COLLECTION ÉTUDES ET STATISTIQUES

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES,
DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2015

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2015

COLLECTION ÉTUDES ET STATISTIQUES

L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2015

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE

Rapport 2015

Coordination : Thierry Prost et Sylvie Rey
Relecture scientifique : Nathalie Fourcade

Directeur de la publication : Franck von Lennep
Responsable d'édition : Carmela Riposa
Secrétariat de rédaction : Reine Bellivier
Maquette et mise en pages : Philippe Brulin

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

ABM (Agence de la biomédecine) ▶ Cécile Couchoud, Fabienne Pessione

ANSM (Agence nationale de la sécurité du médicament) ▶ Philippe Cavalié

AFDPHE (Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant) ▶ Michel Roussey

CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés) ▶ Anne Fagot Campagna, Isabelle Limoge-Lendais, Philippe Tuppin

CNR-MyRMA (Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux) ▶ Vincent Jarlier

DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) ▶ Département Conditions de travail et santé : Élisabeth Algava, Thomas Coutrot, Marine Cavet, Ceren Inan

DGS (Direction générale de la santé) ▶ Sous-direction de la Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, bureau Qualité des eaux : Béatrice Jedor ; bureau Environnement extérieur et produits chimiques : Marie Fiori ; bureau Environnement intérieur, milieux de travail et accidents de la vie courante : Bérengère Ledunois

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) ▶ Samuel d'Almeida, Laure Boisserie-Lacroix, Lucie Calvet, Nathalie Guignon, Noémie Jess, Vincent Le Palud, Marie-Claude Mouquet, Philippe Oberlin, Céline Pilorge, Thierry Prost, Sylvie Rey, Ghislaine Vertueux, Annick Vilain

IFSTTAR (Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux) ▶ Bernard Laumon

INCa (Institut national du cancer) ▶ Lionel Lafay

INED (Institut national des études démographiques) ▶ Emmanuelle Cambois, Nathalie Bajos

INPES (Institut national de prévention et d'éducation en santé) ▶ François Beck, Romain Guignard, Christophe Léon

INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) ▶ Vanessa Bellamy

Inserm – CépiDc (Institut national de la santé et de la recherche médicale – Centre d'épidémiologie sur les causes de décès) ▶ Mireille Eb, Grégoire Rey

Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) ▶ Unité 988 : Marie Jauffret-Roustide ; unité 1018 : Alexis Elbaz ; unité 1153 : Béatrice Blondel, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Catherine Deneux-Tharaux, Babak Khoshnood

InVS (Institut de veille sanitaire) ▶ Département des Maladies chroniques et des traumatismes : Frank Assogba, Christine Chan Chee, Marie-Christine Delmas, Nicolas Duport, Sandrine Fosse-Edorh, Claire Fuhrman, Claire Gourier-Fréry, Isabelle Grémy, Florence de Maria, Valérie Olié, Agnès Rogel, Bertrand Thélot, Anne Thuret ; département des Maladies infectieuses : Delphine Antoine, Sandrine Barquins-Guichard, Cécile Brouard, Christine Campèse, Kathleen Chami, Jean-Paul Guthmann, Guy La Ruche, Florence Lot, Sylvie Maugat, Sophie Vaux ; département Santé environnement : Camille Lecoffre

IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) ▶ Catherine Sermet

OFDT (Observatoire français des toxicomanies) ▶ Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle, Stanislas Spilka

ONISR (Observatoire national interministériel sur la sécurité routière) ▶ Christian Machu

USEN (Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle [InVS – Université Paris XIII]) ▶ Katia Castetbon, Eugênia Gomes do Espirito Santo, Véronique Goulet

Avant-propos

Depuis 2006, les cinq premières éditions du rapport *État de santé de la population en France* se voulaient un outil de suivi des objectifs de la loi de santé publique de 2004. À travers les indicateurs disponibles, elles présentaient un ensemble d'informations et de données sur la santé des Français. Mais la volonté de mieux appréhender certaines problématiques, conjuguée à l'évolution et l'amélioration des systèmes d'information, surtout celles concernant les bases de données médico-administratives, ont conduit à repenser le contenu de ce rapport.

Ainsi, en 2012-2013, un important travail de refonte[1] des indicateurs a été piloté et réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Direction générale de la santé (DGS), en collaboration avec l'ensemble des producteurs de données.

Cette sixième édition constitue à la fois le reflet et l'aboutissement de ce travail. Coordonnée par la DREES, elle a bénéficié de la forte implication de l'Institut de veille sanitaire et mobilisé l'expertise de l'ensemble des producteurs dans le champ de la santé publique[2].

Composé de fiches par déterminants, par groupes de population et par pathologies, ce *Rapport 2015* dessine ainsi un panorama détaillé de l'état de santé de la population française. Il apporte un regard analytique sur les données épidémiologiques pour chaque thématique de santé. Les indicateurs transversaux (démographie, données synthétiques de mortalité et de morbidité, inégalités sociales de santé, etc.), quant à eux, permettent une approche synthétique de l'état de santé des Français. Enfin, cette édition 2015 met l'accent sur les comparaisons infranationales et la mesure des inégalités de santé lorsque les données sont disponibles.

1. www.drees.sante.gouv.fr/indicateurs-de-suivi-de-l-etat-de-sante-de-la-population,11299.html

2. ABM, ANSM, AFDPHE, CNAMTS, CNR-MyRMA, DARES, DGS, DREES, IFSTTAR, INCa, INED, INPES, INSEE, Inserm, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, USEN – InVS – Université de Paris XIII

Sommaire

1. Synthèse 9

2. Indicateurs de santé transversaux 37

Cadrage démographique 39
Données synthétiques de mortalité 47
Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée 53
Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population 63
Déterminants sociaux de l'état de santé et mesure des inégalités de santé 73

3. Indicateurs thématiques 89

Les déterminants de l'état de santé 90

Les déterminants liés à l'environnement 91
Exposition de la population aux polluants atmosphériques 92
Qualité de l'eau de distribution publique 94
Exposition au radon 96

Les déterminants liés aux comportements individuels 99
Consommation d'alcool 100
Consommation de tabac 104
Consommation de drogues illicites 108
Surpoids et obésité de l'adulte 112
Nutrition – Sédentarité et activité physique 116
Nutrition – Consommation de fruits et légumes 120
Nutrition – Statut en vitamine D 122

Les déterminants liés aux conditions de travail 125
Les accidents du travail 126
Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel 128
Exposition au bruit en milieu de travail 132
Contraintes articulaires au travail 134

Les déterminants liés aux soins 137
Événements iatrogènes en cours d'hospitalisation 138
Résistance aux antibiotiques 144

La santé populationnelle 152

Santé de la reproduction et périnatalité 153
Contraception – contraception d'urgence – IVG 154
Âge à l'accouchement et grossesses multiples 156
Tabac et grossesse 160
Déficit en folates 162
Diagnostic anténatal 164
Morbi-mortalité maternelle 166
Mortalité périnatale et mortalité infantile 168
Prématurité et petit poids de naissance 170
Accouchement 172
Allaitement maternel 174

Santé de l'enfant 177
Surpoids et obésité chez l'enfant 178
Couvertures vaccinales (hors grippe) 180
Accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants 182
Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent 186
Exposition au plomb des enfants 188
Drépanocytose 190

Santé des personnes âgées **193**
Qualité de vie chez les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer 194
Ostéoporose 196

Questions de santé et pathologies **198**

Cancer **199**
Incidence, mortalité et survie par type de cancers 200
Cancer du sein 206
Dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) 208
Cancer du col de l'utérus 212
Cancers cutanés 214

Maladies cardio-vasculaires **219**
Cardiopathies ischémiques 220
Accidents vasculaires cérébraux 222
Insuffisance cardiaque 226
Maladie veineuse thromboembolique 230

Diabète **235**
Surveillance des personnes diabétiques 236
Complications du diabète 240

Nephrologie **245**
Insuffisance rénale chronique terminale (IRTC) 246

Santé mentale **251**
Suicide et tentatives de suicide 252
Épisode dépressif caractérisé déclaré 254
Les troubles de l'humeur pris en charge 256
Troubles psychotiques 262

Maladies respiratoires **267**
Bronchopneumopathie chronique obstructive 268
Asthme 270

Neurologie **273**
Maladie de Parkinson 274

Limitations fonctionnelles **277**
Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité 278
Atteintes de la vision chez l'adulte 280
Atteintes de l'audition chez l'adulte 282

VIH - Hépatites - IST **285**
Infections VIH-sida 286
Hépatites B et C 288
Infections sexuellement transmissibles 290
Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques 292

Autres maladies infectieuses **297**
Tuberculose 298
Légionellose 300
Couverture vaccinale grippe 302

Insécurité routière et accidents de la vie courante **305**
Insécurité routière 306
Accidents de la vie courante (AcVC) 308

La santé bucco-dentaire **313**
Santé bucco-dentaire des adultes 314
Santé bucco-dentaire des femmes enceintes 316

Répertoire des sigles utilisés **319**

1. Synthèse

2. Indicateurs de santé transversaux

3. Indicateurs thématiques

Synthèse

Un état de santé globalement bon mais de nombreuses disparités

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

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

▶ Des disparités selon le genre : un écart qui se comble

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

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

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

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

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

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

▶ Des disparités sociales importantes et persistantes

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

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

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

3. Voir encadré « Sous-déclaration des hommes et/ou surexposition aux troubles dépressifs des femmes », *in* Leroux I., Morin T., 2006, « Facteurs de risques de l'épisode dépressif en population générale », *Études et Résultats*, DREES, nº 545.

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

Les inégalités sociales de mortalité sont importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles. Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie socioprofessionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées. De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Les agriculteurs bénéficient, quant à eux, d'une espérance de vie plus longue que la moyenne mais subissent davantage d'années avec des limitations fonctionnelles.

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

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

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

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

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

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

Des disparités territoriales liées aux inégalités sociales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les déterminants de santé : enjeux de la prévention

Des expositions environnementales multiples

L'environnement influe sur l'état de santé. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Les systèmes de surveillance mis en place actuellement permettent de mesurer les expositions à différents polluants de l'environnement extérieur, le plus souvent sur des zones définies du territoire.

Concernant la **qualité de l'air**, de nombreuses études montrent que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel en termes de mortalité et de morbidité. Dans les villes du projet de surveillance APHEKOM, en moyenne, chaque citoyen européen pourrait gagner 8 mois d'espérance de vie si la pollution était ramenée aux concentrations préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 2013, l'OMS a classé la pollution de l'air extérieur et, de manière distincte de cet aspect générique et spécifiquement, les particules de l'air extérieur, comme cancérigènes certains pour l'homme. L'augmentation des niveaux de particules fines (PM10 et PM2.5) est corrélée à une augmentation à court terme de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies cardio-vasculaires et respiratoires. Chez des enfants asthmatiques, un certain nombre d'études mettent en évidence une augmentation de la toux et de la fréquence des crises d'asthme lors d'une augmentation des niveaux d'ozone. L'augmentation des niveaux de dioxyde d'azote (NO_2) ou d'ozone est corrélée à une augmentation de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies respiratoires. Les insuffisants respiratoires et les personnes porteuses de bronchopneumopathie chronique obstructive (bronchite chronique, emphysème, asthme) sont particulièrement sensibles aux polluants atmosphériques et notamment au NO_2. Le NO_2 est souvent émis en même temps que les particules en suspension qui en potentialisent les effets.

Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO_2), les fumées noires ou particules de moins de 10 et celles de moins de 2,5 micromètres de diamètre (PM10 et PM2,5), le dioxyde d'azote (NO_2) et l'ozone (O_3). Malgré la réduction des émissions nationales des principaux polluants, les concentrations mesurées dans l'air ambiant de nombreux polluants atmosphériques (notamment les particules, le NO_2 et l'O_3) dépassent généralement les lignes directrices établies par l'OMS en 2005 et les valeurs réglementaires européennes comme nationales. L'année 2012 reflète une tendance à l'amélioration de la qualité de l'air par rapport à l'année précédente pour les polluants réglementés, avec une diminution des concentrations annuelles pour le NO_2, les particules fines, le SO_2 et le CO. Pour les particules et l'ozone, même si l'évolution est en moyenne favorable entre 2011 et 2012, on ne constate pas de tendance à la baisse depuis le début des années 2000, des facteurs externes tels que la météorologie pouvant expliquer les sensibles hausses ou baisses constatées d'une année sur l'autre[6].

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

6. www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_de_la_qualite_de_l_air_2012_v_finale_corrigee_.pdf

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

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

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

Les déterminants liés aux comportements individuels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le **surpoids et l'obésité**, qui correspondent à un excès de masse grasse, sont fréquemment associés à un risque accru de morbidité et de mortalité. Même si la France connaît une situation plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux, l'augmentation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis le début des années 1980 en a fait un problème de santé publique majeur. Le surpoids et l'obésité sont généralement identifiés en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille² en m) ; chez les adultes, un IMC supérieur ou égal à 30 définit l'obésité, le surpoids étant défini par un IMC compris entre 25 et 30. Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, actuellement la moitié des adultes est en surpoids ou obèse (un adulte sur six est obèse). D'importantes disparités socio-économiques sont observées, notamment en ce qui concerne les femmes. Les évolutions récentes, fondées sur des données de poids et de taille déclarées, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralenti.

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

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

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

L'environnement professionnel et les conditions de travail

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

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

9. www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm

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

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

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

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

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

▶ Les déterminants liés aux soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En 2012, la proportion d'**accouchements multiples** est de 17 pour 1 000 femmes ayant accouché. Cette proportion, qui n'a cessé d'augmenter depuis une quinzaine d'années paraît se stabiliser en 2012 (on observe une baisse en 2012, mais un recul temporel plus important est nécessaire pour savoir s'il s'agit d'un changement de tendance). La proportion d'accouchements multiples augmente, en années révolues, au moment de la naissance, de 10 pour 1 000 femmes âgées entre 20 et 24 ans à 25 pour 1000 chez les femmes de 40 ans et plus. Cette augmentation est due à la fois à un facteur biologique lié à l'âge de la mère et au recours à la procréation médicalement assistée, recours qui augmente avec l'âge en lien avec les difficultés à concevoir. En 2011, la proportion des accouchements multiples, parmi les accouchements issus d'AMP, est de 150 pour 1 000 femmes ayant accouché. Les naissances issues d'AMP représentent 2,8 % des naissances en France et 21,5 % des accouchements multiples. La diminution de la proportion des accouchements multiples est constante et significative pour les techniques de transfert d'embryons du fait de la baisse du nombre d'embryons transférés et, en particulier, de l'augmentation des transferts monoembryonnaires, mais pas pour les inséminations qui présentent plutôt une tendance à la hausse. Le nombre d'accouchements multiples a une conséquence directe sur l'importance de la prématurité, en particulier celle induite par le déclenchement prophylactique de l'accouchement.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La santé des enfants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des problèmes de santé plus fréquents chez les personnes âgées

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

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

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

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

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

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

Questions de santé et pathologies

Cancer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▶ Maladies cardio-vasculaires

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

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

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

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

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

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

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

Diabète

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

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

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

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

▶ Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

▶ Pneumologie

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

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

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

▶ Limitations fonctionnelles

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

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

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

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

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

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

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

Neurologie

Compte tenu du vieillissement de la population française, le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. La **maladie de Parkinson** est, après la maladie d'Alzheimer, la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente. En France, à la fin de 2010, environ 150 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson, soit une prévalence de 2,30 pour 1 000 habitants. Le nombre de patients ayant débuté un traitement pour maladie de Parkinson au cours de 2010 était d'environ 25 000, soit une incidence de 0,39 pour 1000 personnes-années. Les hommes sont touchés par la maladie environ 1,5 fois plus souvent que les femmes. Ces deux indicateurs augmentent avec l'âge, mais il est probable que les patients âgés de plus de 80 ans soient sous-identifiés. Bien qu'elle soit rare avant 65 ans, près de 20 % des patients sont touchés par la maladie avant cet âge.

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

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

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

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

15. Recommandations concernant la vaccination : www.sante.gouv.fr/vaccination-par-le-bcg.html

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

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

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

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

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

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

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

Accidents

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

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

Santé bucco-dentaire des adultes

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

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

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

1. Synthèse

2. Indicateurs de santé transversaux

- Cadrage démographique p. 39
- Données synthétiques de mortalité p. 47
- Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée p. 53
- Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population p. 63
- Déterminants sociaux de l'état de santé et mesure des inégalités de santé p. 73

3. Indicateurs thématiques

Cadrage démographique

Population : 66,3 millions d'habitants au 1er janvier 2015

Au 1er janvier 2015, la population française totalise 66,3 millions d'habitants : 64,2 millions vivent en métropole, 2,1 millions dans les cinq départements d'outre-mer (tableau 1). C'est 3,6 millions de plus qu'en 2005. Au 1er janvier 2014, la France représente ainsi 13,0 % de la population de l'Europe à 28 pays. Elle se classe au deuxième rang derrière l'Allemagne (15,9 %) et juste devant le Royaume-Uni (12,7 %), qui comptent respectivement 63,9 millions et 59,7 millions d'habitants au 1er janvier 2014. Depuis dix ans, les écarts entre ces trois pays se sont resserrés. En 2014, l'Allemagne compte environ 14,8 millions d'habitants de plus que la France (y compris Mayotte), contre 20,3 millions en 2004. La population du Royaume-Uni a crû un peu plus rapidement que celle de la France : l'écart de population entre les deux pays est de 1,7 million d'habitants contre 2,5 millions en 2004.

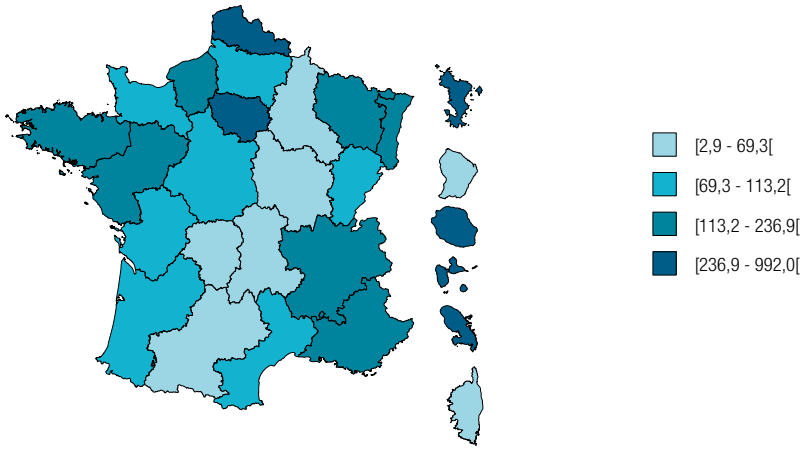
L'accroissement naturel (+ 258 000 personnes en 2014, France hors Mayotte) contribue pour plus de 85 % à la hausse de la population. En 2014, hors Mayotte, le solde naturel repart à la hausse après avoir diminué en 2012 et 2013 du fait de décès plus nombreux et de naissances en légère baisse. L'importance de l'accroissement naturel dans la variation de population caractérise la France au niveau européen depuis plusieurs années, en la situant, avec l'Irlande et le Royaume-Uni, parmi les pays à croissance naturelle la plus élevée.

Tableau 1
Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	12 343 985	18,6	6 308 074	19,6	6 035 911	17,7
15-24 ans	7 822 894	11,8	3 975 075	12,4	3 847 819	11,3
25-44 ans	16 718 839	25,2	8 260 620	25,7	8 458 219	24,7
45-64 ans	17 247 183	26,0	8 400 206	26,1	8 846 977	25,9
65-84 ans	10 226 225	15,4	4 574 963	14,2	5 651 262	16,5
85 ans ou plus	1 958 868	3,0	607 378	1,9	1 351 490	4,0
Ensemble	**66 317 994**	**100,0**	**32 126 316**	**100,0**	**34 191 678**	**100,0**

Champ • France entière.
Source • INSEE, estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2014).

Carte 1
Densité de population par région en 2012 (en quartiles)



Note • Chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre croissant de l'indicateur présenté.
Champ • France entière.
Source • INSEE.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes avant 25 ans ; au-delà, cette prédominance s'inverse et devient particulièrement marquée à partir de 65 ans. Le nombre de naissances de garçons est supérieur à celui des filles (environ 17 000 en 2014), mais les taux de mortalité par âge, en 2012, sont toujours supérieurs chez les hommes, hormis entre 5 et 14 ans. Ils représentent environ le double de celui des femmes à partir de 20 ans.

En France métropolitaine, en 2012, la densité de population varie fortement selon les régions : de 37 habitants/km^2 en Corse à 9 992 habitants/km^2 en Île-de-France (carte 1). Des données plus anciennes (2009) montrent que les variations sont encore plus marquées entre les départements, allant de 15 habitants/km^2 en Lozère pour le moins peuplé à 8 893 habitants/km^2 dans les Hauts-de-Seine et jusqu'à 21 196 habitants/km^2 à Paris. Dans les départements d'outre-mer (DOM), la situation est également très contrastée, la densité variant de 3 habitants/km^2 en Guyane à 351 en Martinique, 11^e département français pour la densité.

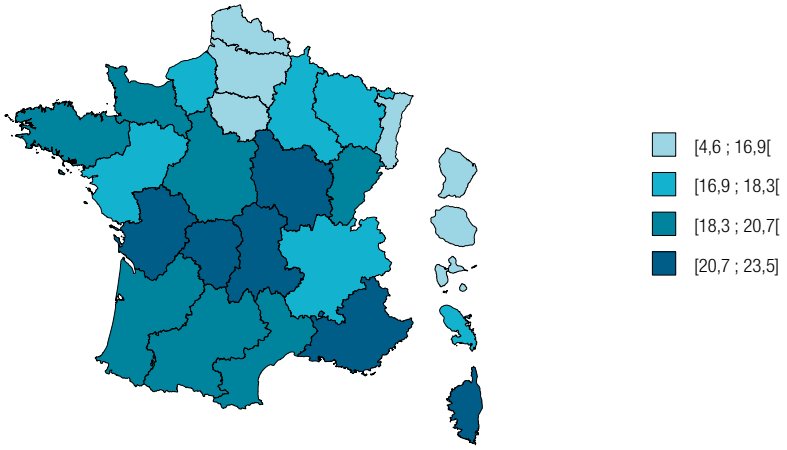
Répartition par âge : 25 % de moins de 20 ans et 18 % de 65 ans ou plus

La population française (France entière hors Mayotte) continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. La part des personnes de moins de 20 ans est restée stable en 2014. Au 1er janvier 2015, ce taux est estimé à 25 % en France entière et a baissé de 2 points depuis vingt ans. Inversement, la part des personnes de 65 ans ou plus a augmenté (18 % au 1er janvier 2015 contre 15 % vingt ans plus tôt). Chez les femmes, la part des moins de 20 ans n'est que de 23 % et la part des plus de 65 ans atteint 20 % alors que, chez les hommes, la part des plus de 65 ans est de 16 %. Ce sont surtout les personnes de 75 ans ou plus qui sont de plus en plus nombreuses : elles représentent désormais 9 % de la population contre 6 % en 1994 et atteignent 11 % chez les femmes.

La France se situe ainsi dans la moyenne des pays européens. L'Italie est le pays où le poids des seniors est le plus élevé ; l'Irlande celui où il est le plus faible. En Allemagne, 21 % de la population a plus de 65 ans au 1er janvier 2014, soit presque deux fois plus qu'en Irlande (12 %).

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 2013, comme les années précédentes, les départements les « plus jeunes » restent la Guyane et La Réunion, avec respectivement 5 % et 9 % de personnes âgées de 65 ans ou plus. En France métropolitaine, c'est la

Carte 2
Part des personnes de 65 ans ou plus en 2013 (en quartiles)



Note • Chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Source • INSEE.

Seine-Saint-Denis qui présente le taux le plus faible de personnes âgées de 65 ans ou plus (11 %). À l'opposé, le département de la Creuse enregistre le plus fort taux (27 %) : avec le Lot, ce sont les seuls départements français où plus d'un quart de la population est âgé d'au moins 65 ans. Outre les DOM, les régions où la part des personnes de plus de 65 ans est la plus faible sont l'Île-de-France et les régions Nord - Pas-de-Calais et Picardie (carte 2).

Natalité : 813 000 naissances en 2014

En France entière hors Mayotte, en 2014, 813 000 enfants sont nés, dont 783 000 en métropole. Le nombre de naissances, bien que très légèrement supérieur à celui de 2013 (+ 1 500), est plus faible qu'en 2012 (- 8 000) : après une augmentation continue depuis 1994 jusqu'au pic de 2010, une baisse est observée sur les dernières années.

Le taux de natalité correspond au rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. Assez stable entre 1995 et 2010, il diminue légèrement depuis 4 ans en France entière hors Mayotte. Il s'élève à 12,3 naissances pour 1 000 habitants en 2014 (tableau 2) en France entière et à 12,2 pour 1 000 habitants en métropole.

En 2014, l'âge moyen des mères à l'accouchement atteint 30,2 ans (âge atteint dans l'année), soit une progression de 0,8 an en dix ans. L'âge des mères à l'accouchement du premier enfant est inférieur d'environ 2 ans à cet âge moyen[1].

1. *Cf.* fiche spécifique sur l'âge des mères dans la thématique « Santé de la reproduction et périnatalité ».

Fécondité : deux enfants par femme en 2014

Le nombre de naissance dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité, tous âges confondus. Le nombre de femmes en âge de procréer, défini comme le nombre de femmes âgées de 15 à 50 ans, baisse depuis 2007 ; le nombre de femmes âgées de 20 à 39 ans ne cesse de baisser depuis 1995 et le nombre de femmes de 15 à 50 ans depuis 2007. La fécondité, qui était restée en progression jusqu'en 2010 puis avait baissé depuis, augmente un peu à nouveau en 2014.

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 (15-50 ans). Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge. 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

TABLEAU 2
Évolution du taux de natalité pour 1 000 habitants en France entre 1994 et 2014

Année	Nombre de naissances	Taux de natalité (pour 1 000 habitants)
1994	740 774	12,5
1995	759 058	12,8
1996	764 028	12,8
1997	757 384	12,7
1998	767 906	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	829 352	13,1
2007	818 705	12,8
2008	828 404	12,9
2009	824 641	12,8
2010	832 799	12,9
2011	823 394	12,7
2012[p]	821 047	12,6
2013[p]	811 510	12,4
2014[p] hors Mayotte	813 000	12,3
2014[p] yc Mayotte	820 000	12,4

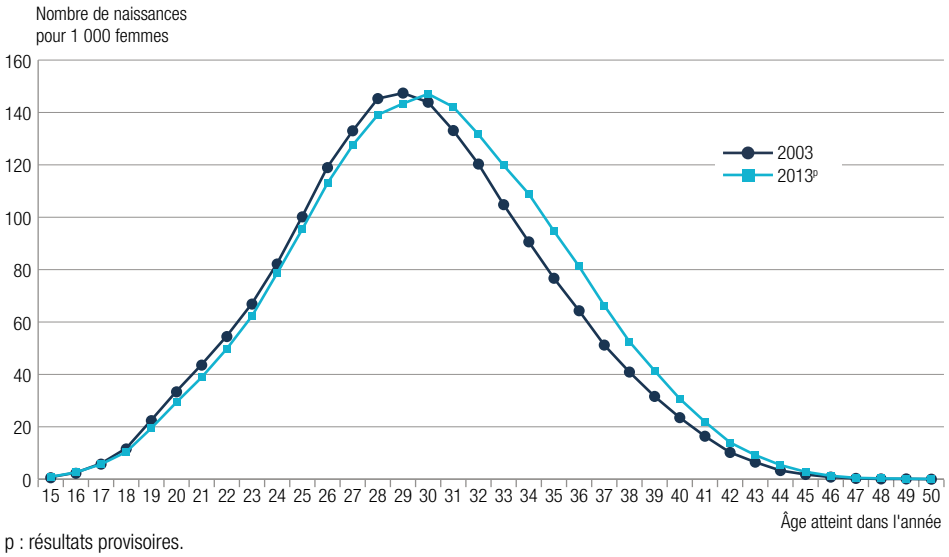
p : résultats provisoires pour le nombre de naissances et les taux 2012, 2013 et 2014.
yc : y compris.
Champ • France entière (hors Mayotte) jusqu'en 2013, y compris Mayotte en 2014.
Source • INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

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 2014

Année	Taux de fécondité par groupe d'âges (nombre de naissances pour 100 femmes)					Indicateur conjoncturel de fécondité (pour 100)	Âge moyen des mères (en années)
	15-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-50 ans		
1994	3,4	12,9	9,3	3,8	0,4	166,3	28,8
1995	3,3	13,2	10,0	4,0	0,4	171,3	29,0
1996	3,2	13,1	10,4	4,2	0,4	173,3	29,1
1997	3,0	12,8	10,4	4,3	0,4	172,6	29,2
1998	3,0	12,9	10,8	4,5	0,5	176,4	29,3
1999	3,0	12,9	11,1	4,7	0,5	179,1	29,3
2000	3,2	13,4	11,6	5,0	0,5	187,4	29,4
2001	3,3	13,2	11,7	5,1	0,5	187,7	29,4
2002	3,2	13,0	11,7	5,1	0,5	186,4	29,5
2003	3,1	12,9	11,9	5,2	0,6	187,4	29,5
2004	3,2	12,9	12,0	5,4	0,6	189,8	29,6
2005	3,1	12,8	12,3	5,6	0,6	192,0	29,7
2006	3,2	13,0	12,7	6,0	0,6	198,0	29,8
2007	3,1	12,8	12,7	6,0	0,7	195,9	29,8
2008	3,2	12,9	13,0	6,2	0,7	199,0	29,9
2009	3,1	12,8	13,1	6,2	0,7	198,9	29,9
2010	3,1	12,9	13,3	6,3	0,7	201,6	30,0
2011	3,0	12,7	13,2	6,4	0,8	199,6	30,1
2012[p]	3,0	12,5	13,2	6,6	0,8	199,3	30,1
2013[p]	2,8	12,3	13,0	6,7	0,8	197,6	30,2
2014[p]	2,7	12,3	13,2	6,9	0,8	198,3	30,3

p : résultats provisoires.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Source • INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Graphique 1
Évolution des taux de fécondité par âge entre 2003 et 2013



p : résultats provisoires.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Source • INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

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.

En 2014, l'ICF augmente légèrement par rapport à 2013 et s'établit à 2,00 enfants par femme (2,03 enfants par femme en 2010) (tableau 3). Les taux de fécondité poursuivent leur baisse chez les femmes de moins de 25 ans, se stabilisent entre 25 et 29 ans et sont en augmentation chez les femmes de 30 à 39 ans (graphique 1).

La France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. Au sein de l'Union européenne (UE), la France et l'Irlande restent les pays les plus féconds. Ces deux pays dépassent largement la moyenne européenne (1,6 en 2012 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 dans différentes zones géographiques de l'Europe, au sud (Portugal, Espagne, Grèce, Chypre) mais aussi à l'est (Slovaquie, Hongrie, Pologne, Allemagne).

Mortalité : environ 8 décès pour 1 000 habitants en 2014

En 2014, environ 556 000 personnes sont décédées en France, dont 544 000 en France métropolitaine, soit une baisse du nombre de décès par rapport à 2013. Cette baisse intervient après avoir atteint en 2012 et en 2013 les plus hauts niveaux depuis 20 ans, dépassant le nombre de décès de l'année 2003, année de l'importante canicule estivale (tableau 4). Le niveau annuel des décès résulte de la taille des générations décrite par la pyramide des âges et de la mortalité à chaque âge, mais aussi de facteurs plus conjoncturels tels que le climat et les conditions épidémiologiques de l'année. Le taux de mortalité brut suit la même tendance. Indépendamment de ces effets liés à la taille des générations, le taux de mortalité à chaque âge baisse régulièrement au fil des ans.

En 2010, comme pour l'ensemble des pays européens, le taux de mortalité standardisé en France a diminué par rapport à l'année précédente (tableau 5). Pour les femmes, la France enregistre le plus bas taux de mortalité de l'Europe des 28, devant l'Espagne et l'Italie (6,9 décès pour 1 000 habitants en 2010). Pour les hommes la France se situe en 7e position derrière notamment la Suède, le Royaume-Uni, la Grèce et la Norvège. Ce sont les pays d'Europe de l'Est qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés, avec 22,8 décès masculins pour 1 000 habitants en Lettonie et 13,8 décès féminins pour 1 000 en Bulgarie.

Tableau 4
Évolution du taux brut de mortalité en France depuis 1994

Année	Nombre de décès	Taux de mortalité (pour 1 000 habitants)
1994	528 121	8,9
1995	540 313	9,1
1996	544 604	9,1
1997	539 267	9,0
1998	543 409	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	542 575	8,5
2009	548 541	8,5
2010	551 218	8,5
2011	545 057	8,4
2012p	569 868	8,7
2013p	569 236	8,7
2014p hors Mayotte	555 000	8,4
2014p yc Mayotte	556 000	8,4

p : résultats provisoires.
yc : y compris.
Champ • France entière.
Source • INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Tableau 5
Évolution du taux de mortalité standardisé* en France et en Europe

Année	France		Union européenne (28 pays)	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
2000	14,7	8,4	–	–
2001	14,5	8,2	–	–
2002	14,3	8,2	15,9	10,2
2003	14,4	8,5	15,9	10,4
2004	13,2	7,5	15,2	9,8
2005	13,3	7,6	15	9,8
2006	12,8	7,2	14,2	9,3
2007	12,6	7,1	14	9,1
2008	12,5	7,2	13,7	9
2009	12,3	7,1	13,5	8,8
2010	12,1	6,9	13,2	8,6
2011	11,6	6,7	–	–

* Taux pour 1 000 habitants, standardisés par âge selon la population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
Champ • France entière ; Union européenne (28 pays).
Sources • Eurostat, Inserm-CépiDc.

Taux de mortalité infantile : 3,6 pour 1 000 en 2013

La mortalité infantile[2] 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 classique de la santé des populations, largement utilisé au niveau européen et plus

2. Voir également la fiche « Mortalité périnatale et mortalité infantile » dans la partie « Santé de la reproduction et périnatalité ».

Tableau 6
Évolution du taux de mortalité infantile* en France

Année	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 enfants nés vivants)
1994	6,0
1995	5,0
1996	4,9
1997	4,9
1998	4,8
1999	4,4
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	3,8
2009	3,9
2010	3,6
2011p	3,5
2011p	3,5
2013p	3,6

* Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • INSEE, statistiques d'état civil et estimations de population.

généralement 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.

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années. Mais, tandis qu'elle continue de baisser dans bon nombre de pays européens, elle reste globalement stable depuis quatre ans en France.

En 2013, pour la France entière, le taux de mortalité infantile s'établit à 3,6 pour 1 000 (tableau 6). Sur la période 2010-2012, il était de 3,3 pour 1 000 en France métropolitaine alors qu'il atteignait 8,6 pour 1 000 dans les DOM.

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. Des éléments complémentaires sont développés dans la fiche « Mortalité périnatale et mortalité infantile ». ■

Références bibliographiques

- **Bellamy V. et Beaumel C.**, 2014, « Bilan démographique 2013 : trois mariages pour deux Pacs », *Insee Première*, INSEE, nº 1482, janvier.
- **Bellamy V. et Beaumel C.**, 2013, « Bilan démographique 2012 : la France croît mais plus modérément », *Insee Première*, INSEE, nº 1429, janvier.
- **Eurostat,** « Démographie européenne », communiqué de presse nº 173, novembre 2013.
- *Tableaux de l'économie française*, édition 2014, avril 2014.

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, c'est-à-dire 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 : 79,2 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2014

En France, en 2014, l'espérance de vie à la naissance augmente, après avoir marqué le pas en 2012 et augmenté légèrement en 2013. Dans les conditions de mortalité de 2014, une femme vivrait en moyenne 85,4 ans et un homme 79,2 ans. L'espérance de vie des femmes atteint en 2014 son plus haut niveau et celle des hommes gagne 0,8 an par rapport à l'année 2011. En dix ans, l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,5 ans et celle des femmes de 1,6 an.

L'écart entre les deux sexes ne cesse de se réduire. Il était de 8,2 ans en 1994, puis de 7,1 ans en 2003 ; il est désormais de 6,2 ans en 2014. Dans les années 1980, l'espérance de vie masculine a rejoint le rythme de croissance rapide de l'espérance de vie féminine pour le dépasser sur les dernières années (tableau 1).

Tableau 1
Évolution des espérances de vie* à la naissance, par sexe

Année	Hommes	Femmes
1994	73,6	81,9
1995	73,8	81,9
1996	74,1	82,0
1997	74,5	82,3
1998	74,7	82,4
1999	74,9	82,5
2000	75,3	82,8
2001	75,4	82,9
2002	75,7	83,0
2003	75,8	82,9
2004	76,7	83,8
2005	76,7	83,8
2006	77,1	84,2
2007	77,4	84,4
2008	77,6	84,3
2009	77,7	84,4
2010	78,0	84,6
2011p	78,4	85,0
2012p	78,5	84,8
2013p	78,7	85,0
2014p	79,2	85,4

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 2014, l'espérance de vie des hommes est de 79,2 ans. Ce chiffre représente le nombre moyen d'années à vivre des hommes à la naissance avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2014.
Champ • France entière.
Source • INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Dans quasiment tous les pays de l'Union européenne, la durée de vie s'allonge et les écarts entre hommes et femmes se réduisent. L'espérance de vie à la naissance des femmes est la plus élevée en France, en Espagne et en Italie tandis qu'elle culmine en Suède et en Espagne pour les hommes.

En 2012, il existe en France des disparités régionales. L'espérance de vie des hommes varie de 80,1 ans en Île-de-France à 75,4 ans dans le Nord - Pas-de-Calais. À l'exception de l'Île-de-France et de l'Alsace, elle est en moyenne plus élevée dans les régions de la moitié sud de la France métropolitaine. La Martinique se situe également dans cette première moitié.

Pour les femmes, l'espérance de vie varie de 85,5 ans en Île-de-France à 82,8 ans dans le Nord - Pas-de-Calais. Si l'on retrouve ici également un gradient Nord-Sud, les différences sont quantitativement moins nettes.

L'espérance de vie à 65 ans : 19,1 ans pour les hommes et 23,4 ans pour les femmes en 2012

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 2012, elle est de 23,4 ans pour les femmes, soit 2,2 ans de plus qu'en 2000, et de 19,1 ans pour les hommes, soit 2,4 ans de plus qu'en 2000. 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 femmes et la troisième pour

les hommes derrière l'Islande et la Suisse. 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[1].

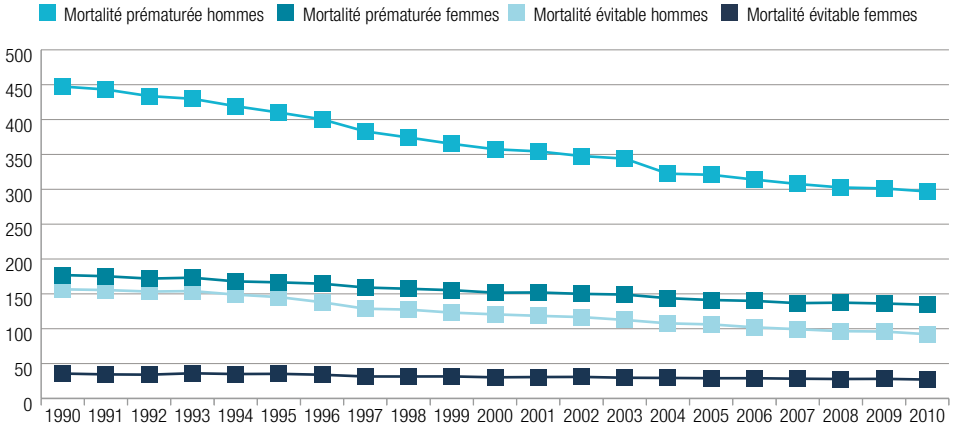
1. Voir chapitre « Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée » pour des données plus détaillées sur l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité.

Taux de mortalité prématurée et « évitable »

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

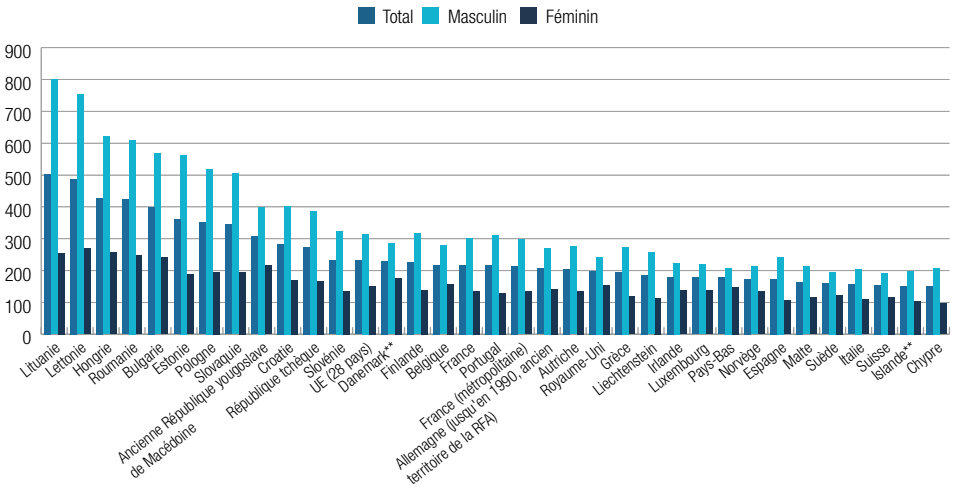
La mortalité prématurée est constituée par convention de l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Cette limite d'âge (qui contient nécessairement une part d'arbitraire) est souvent retenue, en particulier au niveau européen et en France par le Haut Conseil de la santé publique. En 2010, on comptait 109 074 décès prématurés, soit 20 % de l'ensemble des décès.

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 de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • Inserm-CépiDc

Graphique 2
Taux standardisés* de mortalité prématurée en Europe en 2010



* Taux pour 1 000 habitants, standardisés par âge selon la population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
** Données 2009.
Champ • Europe 28 pays.
Sources • Eurostat, Inserm-CépiDc.

Tableau 2
Nombre et taux de décès « évitables » et prématurés selon le sexe entre 1990 et 2010

Sexe	Année	Effectifs domiciliés	Évitables/ Prématurés	Taux de décès*	Variation (2010-1990)**	Variation (2010-2000)***
Mortalité prématurée						
Masculin	1990	89 566		447,4		
	2000	75 162		357,4		
	2010	74 036		296,9	-33,63 %	-16,92 %
Féminin	1990	37 055		177,0		
	2000	33 102		151,7		
	2010	35 038		134,3	-24,11 %	-11,42 %
Total	1990	126 621		309,2		
	2000	108 264		252,9		
	2010	109 074		213,8	-30,84 %	-15,44 %
Mortalité évitable						
Masculin	1990	36 111	40 %	178,7		
	2000	29 529	39 %	137,9		
	2010	26 405	36 %	106,6	-40,34 %	-22,71 %
Féminin	1990	8 470	23 %	39,9		
	2000	7 651	23 %	34,1		
	2010	8 058	23 %	31,2	-21,71 %	-8,49 %
Total	1990	44 581	35 %	108,0		
	2000	37 180	34 %	85,3		
	2010	34 463	32 %	68,1	-36,92 %	-20,13 %

* Taux pour 1 000 habitants, standardisés par âge selon la population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
** (taux 2010 - taux 1990) / taux 1990 (en %).
*** (taux 2010 - taux 2000) / taux 2000 (en %).
Champ • France métropolitaine.
Source • Inserm-CépiDc.

Le taux standardisé de décès prématurés est nettement plus élevé chez les hommes (297 pour 100 000 contre 134 pour les femmes, soit un taux multiplié par 2,2 chez les hommes). La mortalité augmente fortement avec l'âge.

Entre 2000 et 2010, on observe une stagnation des effectifs de décès « prématurés » (+ 0,7 %) et une baisse des taux de mortalité prématurée (- 15 %). Cette diminution est plus marquée pour les hommes (- 17 %) que pour les femmes (- 11 %).

Le niveau de la mortalité varie fortement selon les régions françaises (cartes 1 à 4). Les taux de décès les plus élevés s'observent dans le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie, les taux les plus faibles en Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Île-de-France et Alsace. La baisse de la mortalité (entre 2000-2002 et 2008) concerne toutes les régions (de - 16 % en Corse, Île-de-France et Alsace à - 7 % en Basse-Normandie). En 2007, parmi les 28 pays de l'Union européenne, la France présente les taux de décès prématurés masculins les plus élevés après les pays d'Europe centrale et les pays baltes, la Finlande et le Portugal. Les taux français sont ainsi 17 % plus élevés que ceux du Royaume-Uni (graphique 2).

▶ Mortalité « évitable » liée aux pratiques de prévention primaire : 36 % de la mortalité prématurée chez les hommes et 23 % chez les femmes

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué et intitulé « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire » (résumé ici par le terme mortalité « évitable »). Cet indicateur 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

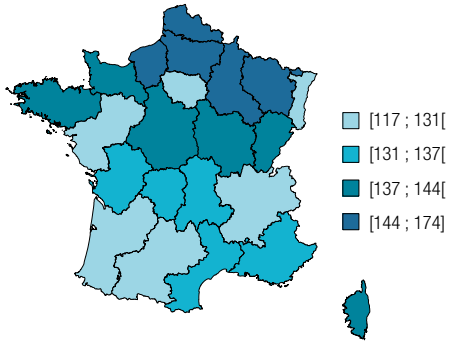
Tableau 3 : Causes de mortalité « évitables » et codes CIM (Classification internationale des maladies) associés

Codes CIM-9	Codes CIM-10	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

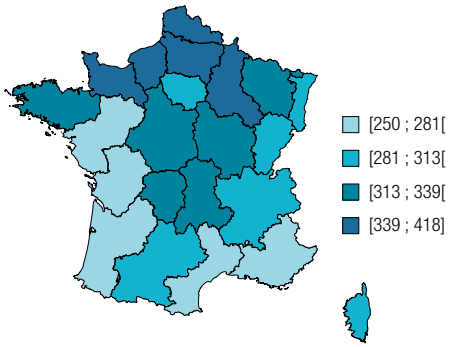
s.p. : sans précision.

Cartes 1 et 2
Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité prématurée en 2010

▶ Femmes



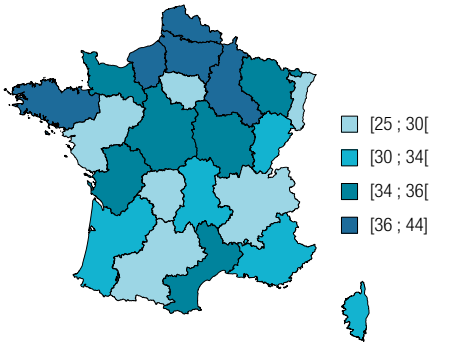
▶ Hommes



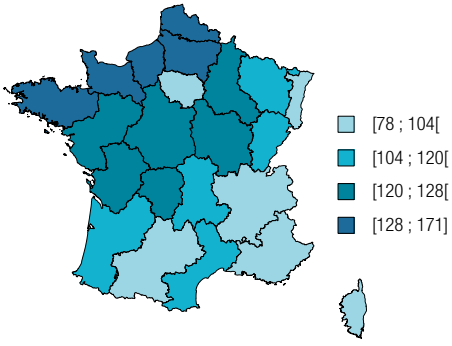
* Taux standardisés de décès pour 100 000 habitants – Population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • Inserm-CépiDc.

Cartes 3 et 4
Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité « évitable », moyennes des années 2008-2010

▶ Femmes



▶ Hommes



* Taux standardisés de décès pour 100 000 habitants – Population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • Inserm-CépiDc.

dangereuses, etc. (tableau 3). 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[2].

Le nombre de décès correspondant à la mortalité « évitable » est de 34 460 en 2010. La mortalité est plus élevée chez les hommes (qui représentent 77 % des décès observés et dont le taux de décès est multiplié par 3,3 par rapport à celui des femmes). La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité prématurée est de 36 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes. Les taux de décès « évitables » diminuent entre 2000 et 2010 (tableau 2) mais plus nettement chez les hommes (- 23 % contre - 8 % 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 et en Alsace (cartes 3 et 4). Dans les DOM, la mortalité « évitable » est plus basse qu'en métropole sur la période 2008-2010. Chez les femmes elle varie de 15,8 en Martinique à 25,9 pour 100 000 habitants en Guyane (contre 31,9 en moyenne en métropole) et de 69,8 en Martinique à 113,3 pour 100 000 à La Réunion chez les hommes (contre 109,6 en moyenne en métropole).

En 2010, parmi les 28 pays européens, c'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé après les pays d'Europe centrale et les pays baltes, devant la Belgique, la Finlande et le Portugal. ■

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

Références bibliographiques

- **Daguet F.**, 2006, «Dans quelles régions françaises meurt-on le plus au début du XXIe siècle ?», *Insee Première*, INSEE, n° 1114, décembre.
- **Jougla E., Pavillon G.**, 2008, « Vivre plus vieux, mourir plus jeune », *La Recherche*, nº 418, p. 52-54.
- **Aouba A., Péquignot F.**, Le Toullec A. et Jougla E., 2007, « Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004 », *Le Concours médical*, nº 31-32, p. 1085-1094.
- **Salem G., Rican S. et Jougla E.**, 2000, *Atlas de la santé en France. Les causes de décès*, Montrouge, John Libbey Eurotexte, vol. 1.
- **Jougla E., Rey G., Bovet M. et Pavillon G.**, 2009, « La mortalité prématurée », *in* Bourdillon F., *Traité de prévention*, Paris, Flammarion.
- **Bellamy V. et Beaumel C.**, 2014, « Bilan démographique 2013 », *Insee Première*, INSEE, nº 1482, janvier.

Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée

Afin de 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. Sur le continent européen, les données sont recueillies pour 31 États. Concernant la santé, un minimodule 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 : 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 : 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 : oui, fortement limité[e] ; oui, limité[e] mais pas fortement ; non, pas limité[e] 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 effective depuis 2008. Pour les différentes enquêtes en population française qui utilisent les questions du minimodule (enquête Santé de l'INSEE, Enquête santé et 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 mortalité.

68 % des français déclarent être en bonne ou très bonne santé

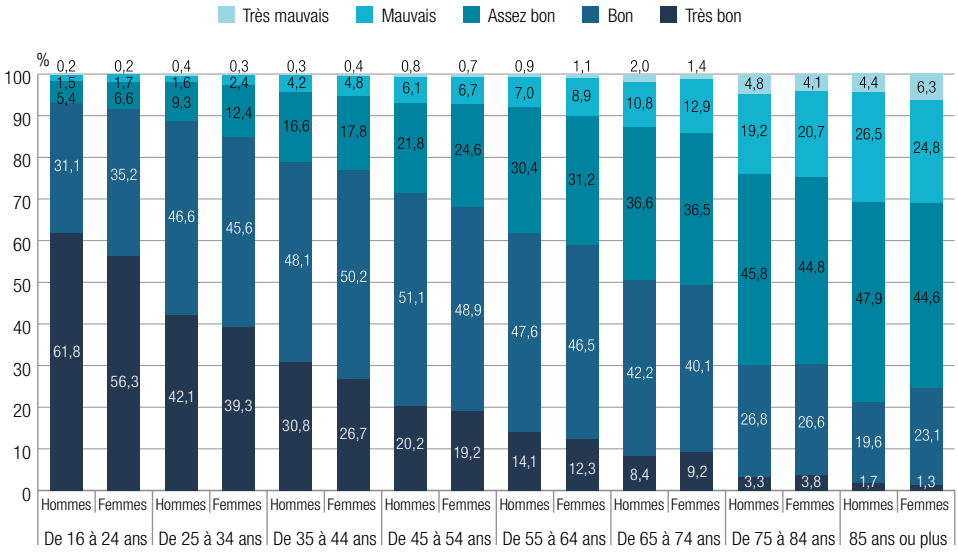
L'autoévaluation de la santé permet de construire un indicateur synthétique reflétant la distribution des personnes selon qu'elles déclarent que leur santé est très bonne, bonne, assez bonne, mauvaise ou très mauvaise. Cet indicateur global peut refléter ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, comme la gravité des maladies, certains aspects positifs de l'état de santé, certains troubles qui ne donnent pas lieu à un recours au système de soins, les composantes physiologiques ou encore certaines dimensions psychologiques, mentales, culturelles et sociales de la santé.

Tableau 1
État de santé perçu selon le sexe en 2012* (en %)

État de santé général	Ensemble	Hommes	Femmes
Très bon	25,2	27,1	23,4
Bon	42,9	43,3	42,5
Assez bon	23,4	22,1	24,6
Mauvais	7,4	6,5	8,2
Très mauvais	1,1	1,1	1,2

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »
Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Graphique 1
État de santé perçu selon l'âge et le sexe en 2012* (en %)



* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »
Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2012 de l'INSEE, 68 % des personnes de 16 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé, soit la même proportion qu'en 2004, alors qu'un peu moins d'une personne sur quatre considère que son état de santé est assez bon et 8,5 %, 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). La santé perçue des hommes reste constamment meilleure que celle des femmes pour toutes les tranches d'âge en dessous de 75 ans et devient proche ensuite.

Moins de 15 % des personnes âgées de 16 à 24 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, contre 73 % des personnes âgées de 85 ans ou plus

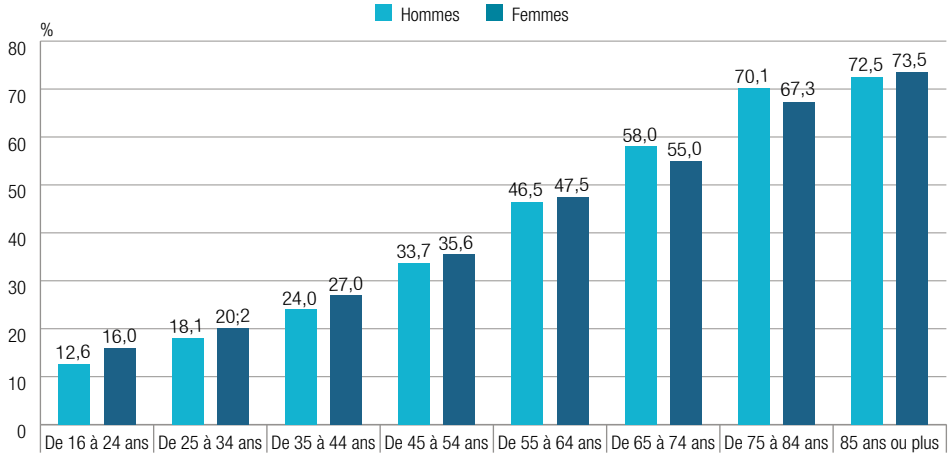
La proportion de personnes déclarant avoir actuellement une maladie chronique est relativement élevée (37 %) (tableau 2), y compris chez les plus jeunes (graphique 2). Cette réponse ne renvoie pas toujours à des maladies graves : la déclaration de problèmes de santé ou de maladies chroniques

Tableau 2
Maladie chronique selon le sexe en 2012* (en %)

Année	Ensemble	Hommes	Femmes
2004	36,1	34,6	37,4
2006	34,4	32,8	35,9
2008	36,7	35,1	38,2
2010	36,9	35,0	38,6
2012	36,6	34,9	38,2

* 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, 16 ans ou plus.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Graphique 2
Déclaration de « maladie chronique » selon le sexe et l'âge en 2012* (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, 16 ans ou plus.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

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 cardio-vasculaires (hypercholestérolémies, surpoids, etc.). La proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de moins de 15 % pour les 16-24 ans à 73 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

À partir de 75 ans, une majorité de personnes déclarent être limitées durablement dans les activités que font les gens habituellement

En 2012, 25 % de la population de 16 ans ou plus 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). Ils étaient 23 % en 2004.

Cette proportion est faible chez les jeunes (moins de 10 % chez les 16-24 ans). Elle augmente progressivement avec l'âge, passant d'environ 30 % pour les personnes de 55-64 ans à trois personnes sur quatre pour les 85 ans et plus. Cette proportion est globalement un peu plus élevée pour la population féminine (77,5 % contre 72,9 % pour les hommes chez les 85 ans et plus) (graphique 3).

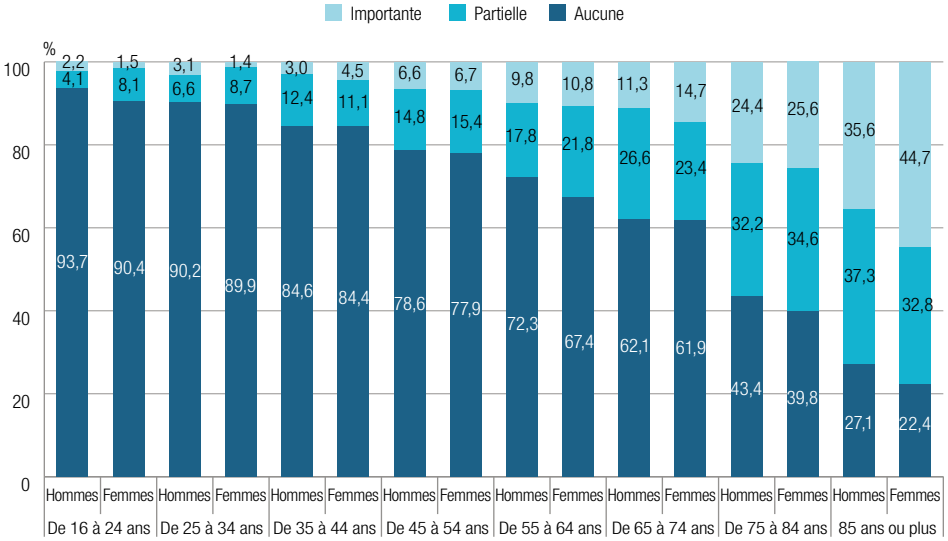
Pour la première fois en 2004, les données des enquêtes européennes EU-SILC ont été rendues disponibles pour 13 pays européens. En 2012, on dispose de données pour 31 pays (tableau 4).

Tableau 3
Limitation d'activité depuis au moins six mois selon le sexe en 2012* (en %)

Limitation d'activité depuis au moins 6 mois	Total	Hommes	Femmes
Très limité(e)	8,8	7,8	9,7
Limité(e)	16,3	15,2	17,3
Non	74,9	77,1	73,0

* 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, 16 ans ou plus.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Graphique 3
Répartition des personnes déclarant une limitation d'activité* depuis au moins six mois selon l'âge et le sexe en 2012 (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, 16 ans ou plus.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Ces enquêtes permettent de comparer les réponses aux trois questions du minimodule sur la santé déclarée. Il faut cependant rester prudent sur l'interprétation de ces données. En effet, les écarts constatés peuvent relever notamment de propensions différentes à déclarer certains troubles de santé comme les maladies chroniques. C'est en Irlande (83 % – Données 2011), en Suisse (82 %) et en Suède (81 %), que l'on trouve la plus forte proportion de la population jugeant sa santé bonne ou très bonne. La France se place en 18e position (68 %). C'est en Croatie que la proportion de personnes se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé est la plus élevée : une personne sur quatre est concernée (8,5 % en France). La Bulgarie est le pays où la proportion de personnes déclarant ne pas être atteintes de maladies chroniques est la plus forte (81 %). La France se situe dans une position plutôt défavorable : seuls 63 % de la population déclarent ne pas avoir de maladie chronique. Cette notion dépend également de la capacité des systèmes de soins à détecter ces pathologies. Concernant les limitations d'activité, la France arrive au 17e rang : 75 % de personnes déclarent ne pas être limitées dans leurs activités. Elle se situe derrière Malte (89,9 %), la Norvège (86,5 %), la Suède (84,4 %) et l'Irlande (83 % – Données 2011) qui ont les taux les plus élevés. En Finlande, Allemagne, Slovénie, Slovaquie et Estonie, moins de 70 % de personnes déclarent ne pas être limitées dans les activités habituelles en raison de problèmes de santé.

Tableau 4
Comparaison de l'état de santé déclaré* en Europe en 2012

	Santé perçue (%)			Maladie chronique (%)	Limitation d'activité		
	Bonne ou très bonne	Assez bonne	Mauvaise ou très mauvaise		Non	Oui, limité(e)	Oui, très limité(e)
Belgique	74,3	16,8	8,9	24,4	78,2	14,2	7,5
Bulgarie	66,6	21,5	11,9	18,6	81,5	14,6	3,9
Rép. tchèque**	60,4	26,8	12,8	30,0	76,3	17,5	6,2
Danemark	70,8	21,6	7,7	28,9	72,4	20,8	6,8
Allemagne	65,3	26,0	8,5	37,0	66,0	23,2	10,9
Estonie	52,4	31,4	16,3	43,7	67,4	22,8	9,8
Irlande (2011)	83,1	14	2,8	26,5	83	12	4,9
Grèce	74,8	15,8	9,3	23,8	77,3	12,6	10,1
Espagne	74,3	17,6	8,1	26,2	78,2	16,7	5,1
France	68,1	23,4	8,5	36,6	74,9	16,3	8,8
Croatie	47,2	27,0	25,8	29,4	76,9	17,8	5,3
Italie	68,4	19,2	12,4	24,5	70,8	19,8	9,5
Chypre	77,1	16,1	6,7	32,6	79,6	12,5	7,9
Lettonie	47,6	37,5	14,9	35,2	71,2	21,9	6,9
Lituanie	44,3	35,1	20,6	29,6	74,2	17,7	8,2
Luxembourg	73,8	18,9	7,4	20,2	80,5	13,7	5,8
Hongrie	57,6	26,4	16,1	36,0	74,6	17,5	7,9
Malte	73,7	23,0	3,4	28,9	89,9	7,3	2,8
Pays-Bas	75,6	18,6	5,8	34,6	71,9	22,3	5,8
Autriche	70,0	21,0	9,0	33,1	72,9	17,6	9,6
Pologne	57,7	27,6	14,7	34,5	76,5	16,1	7,5
Portugal (2011)	48,1	33,8	18,2	37,1	70,5	20,3	9,3
Roumanie	70,3	20,2	9,6	19,8	74,5	17,5	8,0
Slovénie	63,1	24,4	12,4	35,3	66,6	22,0	11,5
Slovaquie	65,6	21,7	12,6	29,8	66,8	23,2	10,0
Finlande	67,1	26,1	6,7	46,7	65,7	27,1	7,1
Suède	81,1	14,7	4,3	34,0	84,4	9,5	6,1
Royaume-Uni	74,7	17,1	8,2	32,9	78,2	11,1	10,6
Islande	76,9	18,1	5,0	28,8	83,0	6,8	10,2
Norvège	78,8	14,9	6,3	30,8	86,5	9,2	4,3
Suisse	81,9	14,9	3,1	34,0	81,0	13,2	5,8

* À partir des trois questions sur la santé perçue du minimodule européen.
** Données peu fiables.
Champ • 31 pays d'Europe, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Espérance de vie sans incapacité à 65 ans

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) permet d'évaluer le nombre d'années de vie avec et sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale. L'incapacité mesure des difficultés au niveau de l'activité des personnes en raison de problèmes de santé. Elle recouvre différentes dimensions qu'il est pertinent de distinguer puisqu'elles correspondent à des situations et des besoins différenciés. Les formes les plus fréquentes sont les troubles des fonctions physiques et sensorielles qui augmentent fortement avec l'âge mais qui, pour bon nombre d'entre elles, peuvent être efficacement compensées par des aides techniques, l'aménagement du domicile ou la rééducation. Les formes les plus complexes sont les situations dans lesquelles les individus sont gênés dans leurs activités du quotidien : par exemple pour les tâches domestiques ou les soins personnels. Ces personnes ont alors besoin de l'assistance d'un tiers pour assurer ces activités.

On estime plusieurs indicateurs d'EVSI pour refléter ces diverses dimensions de la santé fonctionnelle afin de pouvoir distinguer les situations des personnes et les besoins qui leur sont associés. L'enquête Handicap-Santé a permis de calculer de nouvelles EVSI pour 2008 : les espérances de vie sans limitations fonctionnelles, sans gênes dans les activités en général, sans restrictions dans les activités domestiques et sans restrictions dans les activités de soins personnels.

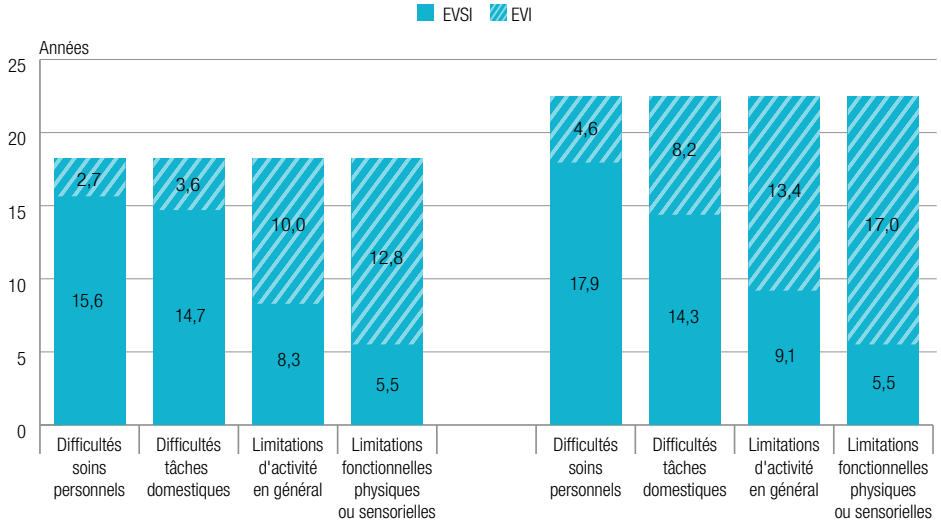
▶ Des années de vie avec incapacité souvent concentrées en fin de vie et qui concernent plus les femmes

En 2012 (données Eurostat), l'espérance de vie totale des hommes de 65 ans est de 19,1 ans et celle des femmes de 23,4 ans. À cet âge, les Français peuvent encore espérer vivre 9,4 ans (pour les hommes) et 10,4 ans (pour les femmes) sans limitations d'activité (« être limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement »).

Selon l'enquête Handicap-Santé 2008, à 65 ans, l'espérance de vie sans restrictions d'activités de soins personnels est de 15,6 ans pour les hommes et presque 18 ans pour les femmes (« avoir des difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, etc. ») ; l'espérance de vie sans restrictions dans les activités domestiques est de presque 15 ans pour les hommes et un peu plus de 14 ans pour les femmes (« avoir des difficultés ou besoin d'aide pour faire les courses, les repas, gérer les tâches administratives courantes, prendre ses médicaments, etc. »). L'espérance de vie sans limitations physiques ou sensorielles est de 5,5 ans pour les hommes comme pour les femmes.

Ainsi, à 65 ans, les troubles fonctionnels courants occupent en moyenne les deux tiers 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 ; les limitations d'activité en général occupent un peu plus de la moitié de l'espérance de vie à 65 ans et les difficultés pour les activités de soins personnels occupent 15 % des années restant à vivre des hommes et 20 % de celles des femmes. 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 quatre indicateurs d'incapacité en 2008*



EV : espérance de vie ; EVSI : espérance de vie sans incapacité ; EVI : espérance de vie avec incapacité.
* Ces quatre indicateurs sont les limitations fonctionnelles sensorielles et physiques, les limitations dans les activités en général, les restrictions dans les activités domestiques et les restrictions dans les activités de soins personnels.
Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 65 ans ou plus.
Source • Enquête Handicap-Santé, volet Ménages, INSEE, 2008.

L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité

Cet indicateur compte dorénavant parmi les indicateurs structurels de l'Union européenne (*healthy life years*). Dans les comparaisons européennes réalisées à partir des enquêtes européennes SILC, on estime l'espérance de vie sans limitations d'activité. Cet indicateur est proche de celui présenté plus haut à partir de l'enquête Handicap-Santé 2008 mais son calcul diffère légèrement. Ainsi, pour la France, l'espérance de vie sans incapacité est légèrement supérieure dans le calcul européen, en particulier pour les femmes.

Les enquêtes en population générale permettant de produire ces indicateurs ne sont pas strictement comparables. Il n'est donc pas possible de déterminer avec précision comment ont évolué les espérances de vie sans incapacité. Toutefois, l'analyse des estimations portant sur les mêmes dimensions de l'incapacité permet de dégager de grandes tendances. Ainsi, jusque dans les premières années de la décennie 2000, les années de vie avec restrictions dans les activités de soins personnels étaient sur une tendance stable et les années de vie avec des limitations fonctionnelles étaient plutôt en augmentation : les années d'espérance de vie gagnées après 65 ans s'accompagnaient de troubles fonctionnels mais pas de restrictions d'activité sévères (restrictions pour les soins personnels). Les nouvelles estimations indiquent une légère rupture dans le sens où l'évolution de l'espérance de vie sans difficultés pour les soins personnels continue de croître mais plus faiblement que l'espérance de vie totale. On peut évoquer plusieurs hypothèses pour éclairer ces évolutions : le rôle du progrès médical induisant une survie plus grande de personnes atteintes de maladies chroniques qui vivent avec des incapacités ; une meilleure sensibilisation des populations qui pourrait conduire les personnes à mieux repérer mais aussi à mieux gérer leurs troubles fonctionnels ; le rôle des conditions de vie et des fins de carrières sur la santé des 50-65 ans par rapport aux générations qui les précèdent (Cambois *et al.*, 2012).

L'espérance de vie sans incapacité en Europe

En 2012 de grandes variations en matière d'espérance de vie sans limitations d'activité subsistent entre les pays, même parmi ceux qui ont une espérance de vie proche (graphiques 5A et 5B).

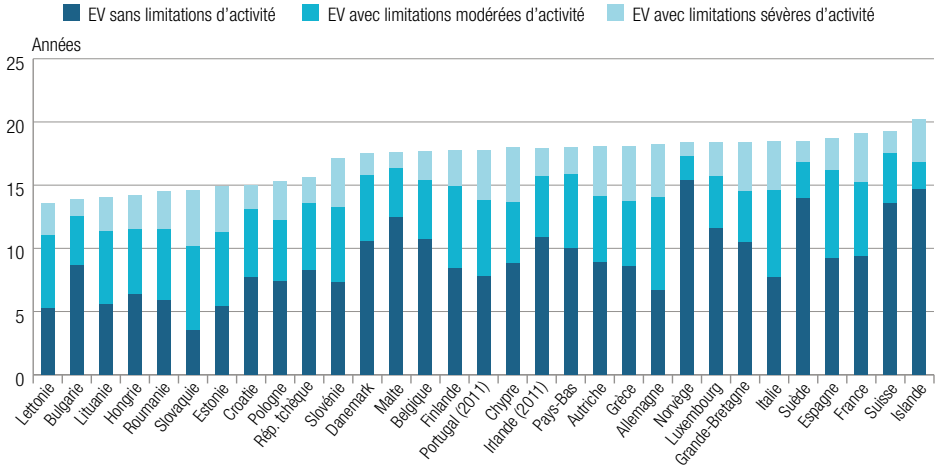
Pour les hommes, un premier groupe de 13 pays se caractérise par une espérance de vie à 65 ans élevée, comprise entre 18 et 20 ans. La France est en troisième position dans ce groupe derrière l'Islande et la Suisse. Pour ces pays, l'espérance de vie sans limitations d'activité est également élevée, sauf l'Allemagne et l'Italie où elle est inférieure à 8 ans et représente moins de 50 % de l'espérance de vie à 65 ans. Toujours dans ce groupe, 6 pays, dont la France, ont une espérance de vie avec limitations d'activité sévères supérieure à 20 % de l'espérance de vie globale à 65 ans. Par comparaison, elle est inférieure à 15 % pour 6 autres pays. Le deuxième groupe rassemble 8 pays qui ont une espérance de vie plus basse, située entre 16 et 18 ans, et une espérance de vie avec limitations d'activité sévères supérieure à 20 % de l'espérance de vie à 65 ans pour 3 pays (Chypre, Portugal et Slovénie), et inférieure à 15 % pour 4 d'entre eux. Le troisième groupe, enfin, est constitué de 10 pays d'Europe de l'Est. Il rassemble les pays dont l'espérance de vie à 65 ans est la plus basse. Si les années de vie avec incapacité sévère occupent moins de 20 % de l'espérance de vie à 65 ans pour la Bulgarie, la République tchèque, la Croatie, la Hongrie et la Lituanie, elle y est supérieure (jusqu'à plus de 30 % pour la Slovaquie) pour les autres alors que l'espérance de vie globale y est déjà parmi les plus basses.

Pour les femmes, 22 pays sur les 31 analysés ont une espérance de vie à 65 ans supérieure à 20 ans. La France est en tête de ce classement avec 23,4 ans en 2012. Parmi ceux-ci, 10 d'entre eux, dont la France, ont une espérance de vie avec limitations sévères d'activité supérieure à 20 % de l'espérance de vie globale. Concernant l'espérance de vie sans aucune limitation d'activité, 12 pays de ce groupe dépassent 10 ans (15,9 ans pour la Norvège qui a la valeur la plus élevée).

Les 9 pays suivants ont une espérance de vie totale comprise entre 17,3 ans pour la Bulgarie et 19,9 ans pour la Pologne. Tous font partie de l'ancienne Europe de l'Est. La part de l'espérance

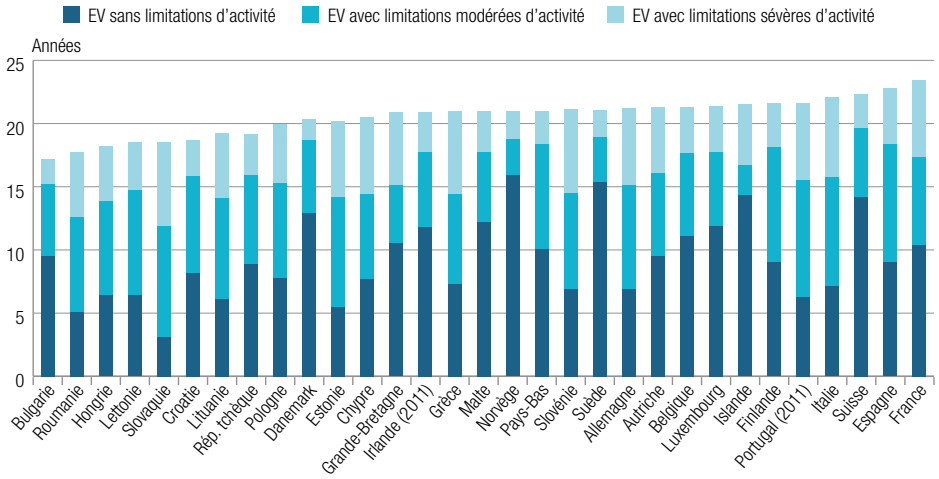
GRAPHIQUE 5A

Espérance de vie (EV) des hommes à 65 ans en 2012 selon le degré de sévérité des limitations d'activité*



GRAPHIQUE 5B

Espérance de vie (EV) des femmes à 65 ans en 2012 selon le degré de sévérité des limitations d'activité*



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

Note • Des variations minimes peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.

Champ • Pays renseignant EU-SILC (EU28 et Islande, Norvège et Suisse).

Source • Enquête EU-SILC (site www.ehemu.eu), 2012.

de vie avec incapacité sévère est supérieure à 20 % pour 6 d'entre eux (allant jusqu'à 35,7 % en Slovaquie), et inférieure à 15 % pour un seul pays, la Bulgarie (11,6 %).

Les disparités constatées, y compris au sein de groupes homogènes au regard de l'espérance de vie, s'expliquent en partie par des différences assorties aux données et aux difficultés de traduction ou de choix de formulation des questions d'enquêtes. Des ajustements se font progressivement et permettront à terme un calcul annuel d'espérance de vie sans incapacité assurant une meilleure comparabilité entre pays. Des analyses plus poussées montrent cependant 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 les limitations d'activité. Il a été démontré que l'organisation sociale des différents pays et la manière de gérer les troubles de santé contribuent aussi à ces disparités géographiques d'espérance de vie sans limitations d'activité (Jagger *et al.*, 2008). ■

Tableau 5

Espérance de vie (EV) à 65 ans dans 31 pays d'Europe en 2012, selon le degré de sévérité des limitations d'activité*

	Hommes					Femmes				
	EV totale à 65 ans	EV sans limitations d'activité	EV avec limitations sévères d'activité	% sans limitations d'activité	% avec limitations sévères	EV totale à 65 ans	EV sans limitations d'activité	EV avec limitations sévères d'activité	% sans limitations d'activité	% avec limitations sévères
Autriche	18,1	8,9	4,0	49,0	22,0	21,3	9,5	5,2	44,8	24.5
Belgique	17,7	10,7	2,3	60,7	12,7	21,3	11,1	3,7	5,2	17,3
Bulgarie	13,9	8,7	1,4	62,4	10,1	17,3	9,5	2,0	55,3	11,8
Croatie	15,0	7,7	1,9	51,7	12,5	18,7	8,2	2,9	43,6	15,6
Chypre	17,9	8,8	4,3	48,8	24,1	20,4	7,7	6,1	37,5	29,8
Rép. tchèque	15,7	8,3	2,0	53,3	13,0	19,2	8,9	3,3	46,3	17,3
Danemark	17,5	10,6	1,7	60,8	9,7	20,2	12,9	1,6	63,5	7,8
Estonie	14,9	5,4	3,6	36,5	23,9	20,3	5,5	6,0	27,4	29,4
Finlande	17,8	8,4	2,9	46,9	16,4	21,6	9,0	3,5	41,6	16,4
France	19,1	9,4	3,9	49,4	20,2	23,4	10,4	6,1	44,2	26,1
Allemagne	18,2	6,7	4,2	37,0	22,8	21,2	6,9	6,1	32,4	28,7
Grèce	18,1	8,6	4,4	47,6	24,2	21,0	7,3	6,6	34,7	31,5
Hongrie	14,3	6,4	2,7	45,0	19,1	18,1	6,4	4,3	35,3	23,5
Islande	20,1	14,7	3,4	73,1	16,7	21,5	14,3	4,8	66,4	22,2
Irlande (2011)	17,9	10,9	2,2	60,8	12,3	20,9	11,8	3,2	56,5	15,4
Italie	18,5	7,7	3,9	41,7	20,9	22,1	7,1	6,3	32,2	28,5
Lettonie	13,6	5,3	2,6	38,9	19,1	18,5	6,4	3,8	34,4	20,8
Lituanie	14,1	5,6	2,7	39,8	19,5	19,2	6,1	5,1	31,9	26,4
Luxembourg	18,4	11,6	2,7	63,3	14,6	21,4	11,9	3,7	55,5	17,3
Malte	17,6	12,5	1,3	71,2	7,4	21,0	12,2	3,3	58,0	15,9
Pays-Bas	18,0	10,0	2,1	55,5	11,5	21,0	10,1	2,6	47,9	12,5
Norvège	18,3	15,4	1,1	83,9	5,8	21,0	15,9	2,2	75,8	10,6
Pologne	15,4	7,4	3,1	48,3	20,2	19,9	7,8	4,6	39,4	22,9
Portugal (2011)	17,8	7,8	4,0	43,6	22,6	21,6	6,3	6,1	29,4	28,2
Roumanie	14,5	5,9	3,0	40,7	20,7	17,7	5,1	5,1	28,7	29,1
Slovaquie	14,6	3,5	4,4	24,0	29,9	18,5	3,1	6,6	16,5	35,8
Slovénie	17,1	7,3	3,8	42,5	22,3	21,1	6,9	6,6	32,5	31,3
Espagne	18,7	9,2	2,5	49,1	13,3	22,8	9,0	4,4	39,5	19,2
Suède	18,5	14,0	1,7	75,7	9,1	21,1	15,4	2,2	73,2	10,3
Suisse	19,3	13,6	1,8	70,5	9,3	22,3	14,2	2,7	63,6	12,0
Grande-Bretagne	18,5	10,5	3,9	57,1	21,4	20,9	10,5	5,8	50,4	27,7

* Sans limitations d'activité (tous niveaux de sévérité confondus), avec limitations d'activité modérées et limitations d'activité sévères.
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 minimes peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.
Champ • Pays renseignant EU-SILC (EU28 et Islande, Norvège et Suisse).
Source • Enquête EU-SILC, 2012 (site www.ehemu.eu).

Références bibliographiques

- **Cambois E., Robine J.-M.**, 2012, « Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France », *ADSP*, nº 80, septembre, p. 28-32
- **Cambois E., Clavel A., Robine J.-M.**, 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, avril, nº 2.
- **Desalvo K.B., Fan V.S., McDonell M.B., Fihn S.D.**, 2005, « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, 40, 4, p. 1234-46.
- **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, p. 874-83.
- **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.
- **Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M. et EHLEIS team**, 2008, « Inequalities in Healthy Life Expectancies in EU 25: A Cross-national Meta-Regression Analysis », *The Lancet*, 9656, 372, p. 2124-2131.
- **Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y.**, 2005, « L'état de santé en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, nº 436, octobre.
- **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, p. 123-129.
- **Robine J.M., Cambois E.**, 2013, « Les espérances de vie en bonne santé des Européens », *Population et sociétés*, nº 499, avril.
- **Sieurin A., Cambois E., Robine J.-M.**, 2011, « Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé », Document de travail de l'INED nº 170.

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

Principales causes de mortalité générale[1] : les tumeurs sont depuis 2004 la première cause de mortalité, devant les maladies de l'appareil circulatoire et les morts violentes

En 2010, 539 080 décès ont été enregistrés en France métropolitaine[2]. 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 quinze, et les maladies de l'appareil respiratoire (autres que les tumeurs), qui représentent un décès sur seize. 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. Entre 2002 et 2010, on note une baisse sensible de la mortalité par accidents de transports (- 47 %), ainsi que de la mortalité par tuberculose (- 51 %), asthme (- 43 %), mort subite du nourrisson (- 23 %) et grippe (- 87 %). Pour ces causes, les variations sont importantes d'une année sur l'autre, du fait des faibles effectifs concernés. 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 1,6 fois plus élevé chez les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, cette surmortalité est encore plus marquée : le taux standardisé de mortalité par tumeurs malignes est 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles spécifiquement féminines (sein, ovaire, utérus), les taux standardisés de décès sont plus élevés chez les hommes. On retrouve ici le poids de la mortalité 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 2002 et 2010 pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, et les tumeurs du pancréas et du foie témoigne de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes.

1. Statistiques établies à partir du champ « Cause initiale de décès » de la partie médicale du certificat 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 2010

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2010 (en %)	Femmes	Variations** 2002-2010 (en %)	Ensemble	Variations** 2002-2010 (en %)
A00-B99	**Maladies infectieuses et parasitaires**	**5 288**	**5 430**	**10 718**	**23,1**	**-14**	**14,0**	**-12**	**17,6**	**-13**
A15-A19, B90	Tuberculose	307	276	583	1,4	**-50**	0,7	**-52**	0,9	**-51**
B20-B24	Sida et VIH	330	122	452	1,1	**-57**	0,4	**-46**	0,7	**-55**
B15-B19	Hépatites virales	369	281	650	1,4	**-31**	0,8	**-38**	1,1	**-34**
C00-D48	**Tumeurs**	**92 482**	**66 366**	**158 848**	**377,3**	**-15**	**189,3**	**-8**	**266,7**	**-11**
C00-C97	Tumeurs malignes (TM)	89 166	63 043	152 209	362,9	**-15**	180,6	**-7**	255,9	**-11**
C00-C14	TM lèvre, cavité buccale et pharynx	3 297	768	4 065	12,4	**-23**	2,3	**-16**	6,9	**-21**
C15	TM de l'œsophage	3 115	801	3 916	12,2	**-21**	2,3	**-7**	6,7	**-19**
C16	TM de l'estomac	2 903	1 638	4 541	12,0	**-23**	4,6	**-29**	7,6	**-25**
C18	TM du côlon	6 591	5 866	12 457	27,8	**-13**	16,0	**-15**	20,7	**-14**
C19-C20-C21	TM du rectum et de l'anus	2 490	1 999	4 489	10,2	**-12**	5,5	**-5**	7,5	**-9**
C22	TM du foie et des voies biliaires intrahépatiques	5 839	2 154	7 993	23,5	**-4**	6,1	**4**	13,7	**-1**
C25	TM du pancréas	4 705	4 498	9 203	18,9	**4**	12,8	**7**	15,6	**5**
C32-C34	TM larynx, trachée, bronches, poumon	23 248	7 524	30 772	90,9	**-11**	22,7	**32**	52,5	**-2**
C43	Mélanome malin de la peau	970	818	1 788	3,8	**17**	2,4	**9**	3,0	**13**
C50	TM sein	170	11 752	11 922	0,7	**-20**	34,6	**-9**	20,0	**-10**
C53	TM col de l'utérus		736	736			2,2	**-5**	1,2	**-6**
C54-C55	TM d'autres parties de l'utérus		2 391	2 391			6,9	**-5**	4,0	**-7**
C56	TM ovaire		3 481	3 481			10,3	**-9**	5,9	**-10**
C61	TM de la prostate	9 031		9 031	40,9	**-24**			14,8	**-21**
C64	TM du rein	2 250	1 216	3 466	9,2	**-1**	3,4	**-11**	5,8	**-4**
C67	TM de la vessie	3 882	1 171	5 053	16,6	**-3**	3,1	**-4**	8,4	**-2**
C81-C96	TM des tissus lymphatiques et hématopoïetiques	7 070	6 059	13 129	29,5	**-10**	16,7	**-14**	21,9	**-11**
E00-E90	**Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques**	**8 277**	**10 987**	**19 264**	**36,9**	**-18**	**28,2**	**-22**	**32,0**	**-20**
E10-E14	Diabète	5 093	5 586	10 679	22,1	**-17**	14,4	**-26**	17,6	**-22**
I00-I99	**Maladies de l'appareil circulatoire**	**66 223**	**76 233**	**142 456**	**300,1**	**-27**	**190,0**	**-27**	**234,9**	**-27**
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	20 291	15 033	35 324	88,4	**-32**	37,7	**-37**	58,3	**-34**
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies	19 113	25 171	44 284	91,2	**-21**	62,1	**-22**	73,5	**-22**
I60-I69	Maladies cérébro-vasculaires	13 192	18 447	31 639	59,4	**-32**	46,1	**-30**	51,7	**-31**
J00-J99	**Maladies de l'appareil respiratoire**	**17 133**	**14 794**	**31 927**	**79,2**	**-24**	**37,4**	**-24**	**52,8**	**-23**
J10-J11	Grippe	35	48	83	0,1	**-87**	0,1	**-87**	0,1	**-87**
J12-J18	Pneumonie	5 086	5 232	10 318	24,7	**-25**	12,9	**-29**	17,2	**-25**
J40-J47	Maladies chroniques voies respiratoires inférieures	5 545	3 477	9 022	24,7	**-21**	9,0	**-14**	14,9	**-17**
J45-J46	Asthme	316	609	925	1,3	**-48**	1,6	**-39**	1,5	**-43**
R00-R99	**Symptômes et états mals définis**	**20 722**	**24 315**	**45 037**	**90,7**	**8**	**62,7**	**3**	**75,8**	**6**
R95	Mort subite du nourrisson	146	81	227	0,4	**-19**	0,2	**-29**	0,3	**-23**
V01-Y89	**Causes externes**	**22 392**	**15 023**	**37 415**	**87,4**	**-17**	**40,6**	**-22**	**61,4**	**-19**
V01-X59	Accidents	13 534	11 409	24 943	55,3	**-19**	29,7	**-23**	41,0	**-21**
V01-V99	Accidents de transport	3 009	917	3 926	10,1	**-46**	2,8	**-54**	6,3	**-47**
W00-W19	Chutes accidentelles	2 849	3 041	5 890	12,7	**-10**	7,7	**-10**	9,7	**-10**
X40-X49	Intoxications accidentelles	984	795	1 779	3,7	**111**	2,2	**53**	2,9	**80**
X60-X84	Suicides	7 606	2 728	10 334	27,3	**-10**	8,5	**-13**	17,0	**-10**
X85-Y09	Homicides	249	150	399	0,8	**-14**	0,5	**-30**	0,6	**-20**
A00-Y89	**Total**	**274 600**	**264 483**	**539 083**	**1 176,3**	**-17**	**692,5**	**-16**	**894,0**	**-16**

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
** (taux 2010 - taux 2002) x 100/taux 2002.
Champ • France métropolitaine.
Source • Inserm-CépiDc.

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 près de 3 fois plus élevé chez les hommes. La surmortalité masculine reste également très marquée pour les morts violentes (causes externes) (taux 2,1 fois plus élevé), particulièrement par accidents de transports (3,6) et par suicides (3,2). Tous ces ratios de surmortalité masculine sont stables depuis 2002. Pour les hommes, on observe entre 2002 et 2010 une augmentation des tumeurs malignes du pancréas et des intoxications accidentelles.

Entre 2002 et 2010, les taux standardisés de mortalité ont diminué de 17 %, toutes causes confondues, un peu plus chez les hommes (17 %) que chez les femmes (16 %). En effet, l'espérance de vie progresse plus vite chez les hommes que chez les femmes depuis 1994. Entre les périodes triennales 2000-2002 et 2009-2011, la mortalité cardio-vasculaire a diminué de 27 % de manière comparable chez les deux sexes, celle par cancers de 11 % pour les deux sexes dont 15 % chez les hommes et 8 % chez les femmes. Ce dernier chiffre témoigne à nouveau certainement de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes.

Au sein de l'Union européenne, la France se situe en 2010 à un niveau favorable pour la mortalité globale avec le taux standardisé le plus faible, bien au-dessous de la moyenne européenne (28 pays), devant l'Espagne et l'Italie. 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 cérébro-vasculaires). En revanche, elle enregistre des taux de mortalité standardisés très élevés pour les morts par suicides chez les hommes (18e rang sur 28) et parmi les plus élevés chez les femmes (23e rang sur 28). Pour la mortalité par tumeurs, les hommes se situent au 16e rang de l'Europe des 28 (et au niveau de la moyenne) pour l'ensemble des tumeurs, et dans la position la plus défavorable de l'ensemble des hommes en Europe pour le cancer du foie. Les femmes, au contraire, présentent des taux standardisés de mortalité par tumeurs moins élevés que la moyenne de l'UE à 28 (6e rang). Le niveau français de mortalité par cancer du sein se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne (17e rang sur 28) et celui de la mortalité par cancer du col de l'utérus est largement au-dessous de la moyenne européenne (6e rang sur 28).

Principales causes de mortalité prématurée : tumeurs et morts violentes

En 2010, le nombre de décès prématurés (survenus avant 65 ans) s'élève à 109 000 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 % des décès prématurés (cause initiale), suivies des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès : 15 % des décès avant 65 ans) et des maladies de l'appareil circulatoire (13 % des décès prématurés). Les maladies de l'appareil digestif, les troubles mentaux ou du comportement et les maladies du système nerveux et des organes des sens représentent ensuite respectivement 6 %, 3 % et 2 % 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 (1,7), qui ont un poids important dans la mortalité prématurée féminine, mais il est de 3,5 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement et de 3,1 pour les morts violentes et les maladies de l'appareil circulatoire. Au total, les tumeurs sont responsables de 38 % des décès prématurés masculins, les morts violentes de 16 %, et les maladies de l'appareil circulatoire de 14 %, alors que ces proportions s'élèvent à respectivement 49 %, 12 % et 10 % chez les femmes. Chez elles, le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée (12 % de la mortalité prématurée en 2010).

Pour la mortalité prématurée par tumeurs malignes, le niveau des hommes est supérieur à celui de la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (UE) et la France a le taux le plus défavorable des pays

de l'UE à 15. Elle est également à l'avant-dernier rang en ce qui concerne les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Cependant, alors que la position des femmes françaises en Europe est la meilleure pour les maladies cardio-vasculaires et un peu au-dessous de la moyenne pour la mortalité par tumeur, la France est plutôt mal située pour ce qui concerne la mortalité prématurée par cancer du sein (17e rang) : les taux standardisés de mortalité prématurée par cancer du sein chez les femmes sont de 15,8 pour la France métropolitaine contre 15,1 pour l'Europe à 28 comme à 15. Les taux de décès par suicide sont également très élevés pour les hommes (18e rang de l'UE des 28) comme pour les femmes (23e rang de l'UE des 28, environ 1,7 fois ceux de la moyenne européenne pour les femmes en France).

Tableau 2

Nombre et taux de décès standardisés avant 65 ans selon les causes de décès en France en 2010

		Nombre de décès			Taux standardisés*					
Codes CIM-10	Causes de décès	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2010 (en %)	Femmes	Variations** 2002-2010 (en %)	Ensemble	Variations** 2002-2010 (en %)
A00-B99	**Maladies infectieuses et parasitaires**	**1 299**	**604**	**1 903**	**5,3**	**-30**	**2,3**	**-20**	**3,8**	**-28**
B20-B24	Sida et VIH	284	108	392	1,2	-61	0,4	-44	0,8	-58
C00-D48	**Tumeurs**	**28 036**	**16 904**	**44 940**	**113,9**	**-15**	**65,5**	**-6**	**89,0**	**-12**
C00-C97	Tumeurs malignes (TM)	27 351	16 513	43 864	111,2	-15	64,0	-6	86,9	-12
C00-C14	TM lèvre, cavité buccale et pharynx	1 872	324	2 196	7,6	-27	1,3	-18	4,4	-26
C18	TM du côlon	1 327	876	2 203	5,4	-12	3,4	-13	4,4	-12
C32-C34	TM larynx, trachée, bronches, poumon	9 290	3 122	12 412	37,8	-12	12,1	41	24,6	-4
C50	TM sein	45	4 087	4 132	0,2	-24	15,9	-14	8,2	-14
C81-C96	TM des tissus lymphatiques et hématopoïetiques	1 528	927	2 455	6,2	-22	3,6	-27	4,8	-24
E00-E90	**Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques**	**1 564**	**883**	**2 447**	**6,3**	**-8**	**3,4**	**-6**	**4,8**	**-7**
E10-E14	Diabète	873	367	1 240	3,6	-10	1,4	-22	2,5	-14
F00-F99	**Troubles mentaux et du comportement**	**2 587**	**776**	**3 363**	**10,6**	**-1**	**3,0**	**-5**	**6,7**	**-2**
F10	Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	1 767	411	2 178	7,2	-9	1,6	-16	4,4	-11
G00-H95	**Maladies du système nerveux et des organes des sens**	**1 965**	**1 267**	**3 232**	**7,9**	**-9**	**4,9**	**-6**	**6,3**	**-8**
I00-I99	**Maladies de l'appareil circulatoire**	**10 352**	**3 518**	**13 870**	**42,1**	**-23**	**13,6**	**-20**	**27,5**	**-22**
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	4 103	755	4 858	16,7	-26	2,9	-19	9,6	-25
I60-I69	Maladies cérébro-vasculaires	1 760	975	2 735	7,2	-23	3,8	-24	5,4	-23
J00-J99	**Maladies de l'appareil respiratoire**	**1 935**	**842**	**2 777**	**7,8**	**-13**	**3,3**	**-3**	**5,5**	**-10**
J40-J47	Maladies chroniques voies respiratoires inférieures	690	304	994	2,8	-18	1,2	-9	2,0	-16
J45-J46	Asthme	109	114	223	0,4	-45	0,4	-27	0,4	-37
K00-K93	**Maladies de l'appareil digestif**	**4 727**	**1 780**	**6 507**	**19,2**	**-18**	**6,9**	**-25**	**12,9**	**-20**
K70, K73-K74	Maladie chronique du foie	3 224	1 108	4 332	13,2	-22	4,3	-34	8,6	-25
V01-Y89	**Causes externes**	**12 257**	**4 052**	**16 309**	**49,2**	**-18**	**15,8**	**-21**	**32,3**	**-19**
V01-X59	Accidents	6 110	1 849	7 959	24,3	-26	7,1	-25	15,6	-26
V01-V99	Accidents de transport	2 504	589	3 093	9,8	-45	2,3	-55	6,0	-47
W00-W19	Chutes accidentelles	706	230	936	2,9	-22	0,9	-15	1,9	-21
X60-X84	Suicides	5 524	1 937	7 461	22,4	-6	7,6	-12	14,9	-8
A00-Y89	**Total**	**74 036**	**35 040**	**109 076**	**298,8**	**-14**	**135,2**	**-10**	**215,1**	**-13**

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
** (taux 2010 - taux 2002) x 100/taux 2002.
Champ • France métropolitaine.
Source • 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 » (*cf.* « Données synthétiques de mortalité »). 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 « mortalité prématurée évitable » est de 34 460 en 2010 pour la France métropolitaine, soit environ un tiers des décès prématurés (tableau 3). La mortalité prématurée évitable est plus élevée chez les hommes : 77 % des décès observés concernent des hommes et les taux de décès standardisés sont multipliés par plus de 3 par rapport aux femmes. La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité prématurée est de 36 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes.

Entre 2002 et 2010, 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 41 % chez les femmes et ne diminuent que faiblement chez les hommes (- 12 %). Ces cancers ont connu un développement important chez les femmes : en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé et cette augmentation a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans. Le suicide reste aussi une cause de mortalité « évitable » préoccupante : il baisse peu chez les hommes comme chez les femmes.

Parmi les 28 pays de l'UE, les taux standardisés par causes de décès prématurés « évitables » enregistrés en France sont supérieurs à la moyenne européenne pour les cancers du poumon, des voies aériennes supérieures et de l'œsophage, et pour les suicides pour les deux sexes.

Tableau 3
Nombre et taux standardisés* de mortalité prématurée « évitable » selon les causes de décès en France en 2010

		Nombre de décès			Taux standardisés*					
Codes CIM-10	Causes de décès	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2010 (en %)	Femmes	Variations** 2002-2010 (en %)	Ensemble	Variations** 2002-2010 (en %)
B20-B24	Sida et VIH	284	108	392	1,2	-61	0,4	-44	0,8	-58
C00-C14	Tumeur maligne lèvre, cavité buccale et pharynx	1 872	324	2 196	7,6	-27	1,3	-18	4,4	-26
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	1 278	248	1 526	5,2	-27	1,0	9	3,0	-23
C32-C34	Tumeur maligne larynx, trachée, bronches, poumon	9 290	3 122	12 412	37,8	-12	12,1	41	24,6	-4
F10	Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	1 767	411	2 178	7,2	-9	1,6	-16	4,3	-11
K70, K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	3 216	1 094	4 310	13,1	-22	4,2	-34	8,6	-26
V01-V89	Accidents de la circulation	2 465	582	3 047	9,7	-44	2,2	-55	5,9	-47
W00-W19	Chutes accidentelles	706	230	936	2,9	-23	0,9	-15	1,9	-21
X60-X84, Y87.0	Suicides et séquelles de suicides	5 527	1 939	7 466	22,4	-6	7,6	-12	14,9	-8
A00-Y89	**Total mortalité prématurée évitable**	**26 405**	**8 058**	**34 463**	**107,1**	**-231**	**31,4**	**-145**	**68,4**	**-223**
	Total mortalité prématurée	**74 036**	**35 040**	**109 076**	**298,8**	**-14**	**135,2**	**-10**	**215,1**	**-13**

s.p. : sans précision.
* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population de référence européenne et European Free Trade Association (EFTA), Eurostat 2010.
** (taux 2010 - taux 2002) x 100/taux 2002.
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de moins de 65 ans.
Source • Inserm-CépiDc.

Principaux motifs de recours aux soins ambulatoires : les pathologies respiratoires pour les plus jeunes, les maladies cardio-vasculaires pour les plus âgés

Le nombre de motifs de consultation augmente avec l'âge. Avant 25 ans, selon l'enquête permanente sur la prescription médicale en 2011-2012[3], la consultation porte fréquemment sur un seul motif. Pour cette tranche d'âge, on enregistre 119 motifs de recours pour 100 séances contre 140 motifs entre 25 et 64 ans et 206 à partir de 65 ans.

Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours est identique chez les filles et les garçons (118 pour 100 séances). On retrouve cette tendance chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans (respectivement 141 et 140 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 123 motifs de recours pour 100 séances contre 114 chez les garçons. Il en est de même à partir de 65 ans (208 motifs de recours pour 100 séances chez les femmes contre 201 chez les hommes). Les raisons qui ont amené à consulter sont différentes selon l'âge (tableau 4). Les pathologies respiratoires sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : elles représentent 25 motifs pour 100 séances chez les nourrissons de moins d'un an, 43 entre 1 et 14 ans et 26 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 : 60 motifs pour 100 séances pour les moins d'un an, 17 motifs pour les enfants âgés de 1 à 14 ans et 24 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

3. 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. Sur 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) diagnostics(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 ».

Tableau 4
Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (1er septembre 2011-31 août 2012)

	Nombre de recours pour 100 séances					
	Moins de 25 ans		25 à 64 ans		65 ans ou plus	
	H	F	H	F	H	F
Ensemble des pathologies	**117**	**119,9**	**140,5**	**139,9**	**200,7**	**208,3**
Causes externes de morbidité et de mortalité	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Prévention et motifs administratifs	19,3	27,0	6,2	14,5	7,0	6,4
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0	0,4	0,0	1,0	0,0	0,0
Lésions traumatiques	5,2	3,5	5,1	3,2	2,1	2,5
Maladies de l'appareil circulatoire	0,5	0,6	20,1	11,6	59,6	51,7
Maladies de l'appareil digestif	3,3	3,3	7,8	6,9	11,8	13,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,9	4,7	2,6	7,6	10,3	4,6
Maladies de l'appareil respiratoire	37,5	32,8	20,3	18,4	14,0	12,0
Maladies de l'œil et de ses annexes	3,5	2,9	2,6	2,6	4,9	5,6
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	7,5	6,3	2,1	1,7	1,2	1,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	7,8	7,8	5,2	5,4	4,4	3,9
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,1	0,3	0,1	0,5	0,6	0,6
Maladies du système nerveux	1,1	1,4	5,1	6,2	9,4	11,7
Maladies du système ostéo-articulaire	3,3	3,2	17,6	15,8	18,2	29,1
Maladies endocriennes, nutritionnelles et métaboliques	0,6	0,8	15,2	11,5	31,9	32,4
Maladies infectieuses et parasitaires	12,3	10,9	6,7	6,6	3,1	3,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	12,1	11,5	8,4	9,7	11,2	13,4
Troubles mentaux et du comportement	1,9	2,2	14,6	15,9	8,2	14,7
Tumeurs	0,1	0,1	0,7	0,8	2,6	1,5

Note • Les motifs de recours ont été classés, dans chaque groupe d'âges, par ordre décroissant d'importance pour les deux sexes réunis.
Champ • France métropolitaine (hors Corse) – Médecine libérale ; étude réalisée entre le 1er septembre 2011 et le 31 août 2012.
Source • IMS-Health, Étude permanente de la prescription médicale, exploitation DREES.

également une activité importante de prévention : environ 1,9 million d'examens cliniques ont été réalisés auprès de 700 100 enfants consultant dans la France entière en 2012[4]. On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et états de santé mal définis et les maladies infectieuses (respectivement 12 pour les garçons et 11,5 pour les filles et 12 pour les garçons et 11 pour les filles). Les maladies de la peau représentent également une part importante des motifs de recours, en particulier chez les 15-24 ans (11 % des motifs de séances).

4. Activité de la Protection maternelle et infantile, consultations infantiles, résultats 2012, exploitation DRESS.

Entre 25 et 64 ans, les motifs de recours aux soins de ville diffèrent entre les hommes et les femmes. Pour les hommes, 20 séances sur 100 sont motivées par une maladie respiratoire, 20 par un problème cardio-vasculaire et 18 par une pathologie ostéo-articulaire. Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (15 motifs pour 100 séances) et les troubles mentaux (15 motifs pour 100 séances) se situent juste après. Pour les femmes, les maladies de l'appareil respiratoire sont également le motif le plus fréquent de recours (18 pour 100 séances), suivies des troubles mentaux (16 pour 100 séances). Il est intéressant de noter que les motifs gynéco-obstétricaux ne figurent pas parmi les premiers. À partir de 65 ans, les pathologies cardio-vasculaires prédominent nettement chez les hommes (60 motifs de recours pour 100 séances) comme chez les femmes (52). Viennent ensuite les maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques (32 motifs pour 100 séances, pour les hommes comme pour les femmes), les maladies ostéo-articulaires (25), plus fréquentes chez les femmes (29 contre 18 chez les hommes) et les maladies de l'appareil respiratoire (13), plus fréquentes chez les hommes (14) que chez les femmes (12).

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 et protection sociale (ESPS) 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.). Les données commentées sont issues de l'enquête 2010[5].

5. Les résultats correspondent à l'échantillon des individus de plus de 16 ans ayant renvoyé l'autoquestionnaire correspondant.

Quel que soit l'âge, les femmes font état de problèmes de santé nettement plus fréquents que les hommes. En effet, elles déclarent en moyenne plus de maladies ou de troubles de la santé que les hommes (3,3 contre 2,3 en 2010 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 (tableau 5). 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 71 % des femmes en déclarent). Puis viennent les affections ostéo-articulaires, qui touchent plus de 33 % 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 (20 % contre 10 % 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 5,6 affections

en moyenne pour les femmes et 5,1 pour les hommes. Après les troubles de la vue qui concernent 90 % des plus de 64 ans, presque 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 (52 % chez les hommes et 69 % chez les femmes). Les maladies endocriniennes et métaboliques incluant l'obésité sont déclarées par 58 % des hommes et 59 % des femmes. Le diabète à lui seul est déclaré par 13 % des femmes et 17 % des hommes.

Le niveau socio-économique est aussi associé au nombre de maladies déclarées et met en évidence un gradient social. Les personnes ayant un revenu inférieur à 1 200 euros déclarent plus de maladies que ceux présentant des revenus plus élevés. L'indice comparatif du nombre moyen de maladies à âge et sexe égal est de 1,10 pour les revenus inférieurs à 1 200 euros *versus* 0,93 pour les revenus de 2 000 euros ou plus. 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 2,5 maladies tandis que celles ayant un niveau scolaire primaire en déclarent en moyenne 5,7. L'indice à âge et sexe comparable est de 0,91 pour les personnes ayant un niveau d'étude supérieur *versus* 1,12 pour celles ayant un niveau d'étude primaire.

Au total, le suivi de la morbidité déclarée provenant des enquêtes ESPS 2004, 2006, 2008 et 2010 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 (disparition de certaines affections grâce à l'apparition de nouveaux traitements ou au contraire apparition de nouveaux troubles liés par exemple à la mise en place de nouvelles mesures de dépistage ou de diagnostic).

Tableau 5
Principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge en 2010 (en %)

	Moins de 25 ans			25 à 64 ans			65 ans ou plus			Ensemble
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	
01 – Maladies de l'appareil circulatoire	1,4	1,9	1,7	24,3	31,4	28,1	72,3	73,7	73,1	28,2
02 – Tumeurs	0,2	0,2	0,2	2,8	5,1	4,1	16,2	11,8	13,8	4,6
03 – Maladies de l'appareil respiratoire	19,8	17,6	18,7	17,8	22,7	20,4	24,2	24,8	24,5	20,6
04 – Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	3,5	3,9	3,7	7,2	6,7	6,9	27,8	22,8	25,0	9,1
05 – Maladies de l'œil et troubles de la vue	22,7	28,4	25,5	57,9	70,8	64,8	87,4	92,5	90,2	57,8
06 – Maladies de la bouche et des dents*	8,1	9,2	8,6	18,1	24,5	21,6	16,9	19,8	18,5	17,3
07 – Maladies de l'appareil digestif	3,8	5,2	4,5	15,0	20,0	17,7	27,0	30,0	28,7	15,8
08 – Maladies du système ostéo-articulaire	4,1	6,9	5,5	29,4	36,8	33,3	52,3	66,8	60,3	29,9
09 – Maladies ou problèmes génito-urinaires	0,6	5,4	2,9	3,7	15,9	10,3	24,4	11,1	17,1	9,3
10 – Maladies endocriniennes et métaboliques**	3,8	4,9	4,3	24,1	28,8	26,6	57,7	58,8	58,3	25,6
11 – Maladies ou problèmes psychiques	5,6	5,4	5,5	10,2	20,2	15,6	14,2	30,4	23,1	14,0
12 – Maladies du système nerveux	3,1	6,2	4,6	8,5	17,1	13,1	11,0	16,7	14,1	10,8
13 – Maladies de la peau	8,4	11,5	9,9	8,5	11,6	10,2	8,0	7,7	7,9	9,7
14 – Maladies infectieuses et parasitaires	2,3	2,6	2,5	1,2	1,7	1,5	1,2	1,4	1,3	1,7
15 – Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,4	0,5	0,5	0,2	0,9	0,6	0,6	0,9	0,8	0,6
16 – Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques	1,7	1,3	1,5	1,3	1,0	1,1	0,5	0,2	0,4	1,1
17 – Symptômes, maladies illisibles	2,9	3,5	3,2	2,0	4,7	3,4	5,2	7,3	6,4	3,9
18 – Causes externes, lésions traumatiques et facteurs influant sur l'état de santé	9,8	11,6	10,7	47,8	54,8	51,5	72,0	79,7	76,2	44,0

* Hors prothèses dentaires et caries.
** Dont obésité calculée à partir du Body Mass Index (BMI) (= Poids/Taille^2 déclaré).
Lecture • 1,4 % des hommes de moins de 25 ans déclarent une maladie de l'appareil circulatoire.
Champ • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).
Source • Enquête ESPS, 2010.

Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les traumatismes pour les enfants, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 64 ans

En 2012, ce sont, comme les années précédentes, les enfants de moins d'un an, les hommes à partir de 55 ans et les femmes à partir de 65 ans qui présentent les risques d'hospitalisation les plus élevés dans les services hospitaliers de soins de courte durée publics et privés français (métropole et DOM). La fréquentation hospitalière est majoritairement féminine (270 séjours pour 1 000 femmes, contre 241 séjours pour 1 000 hommes). Mais en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour accouchement normal, le taux d'hospitalisation féminin ainsi standardisé est équivalent à celui des hommes (240 pour 1 000).

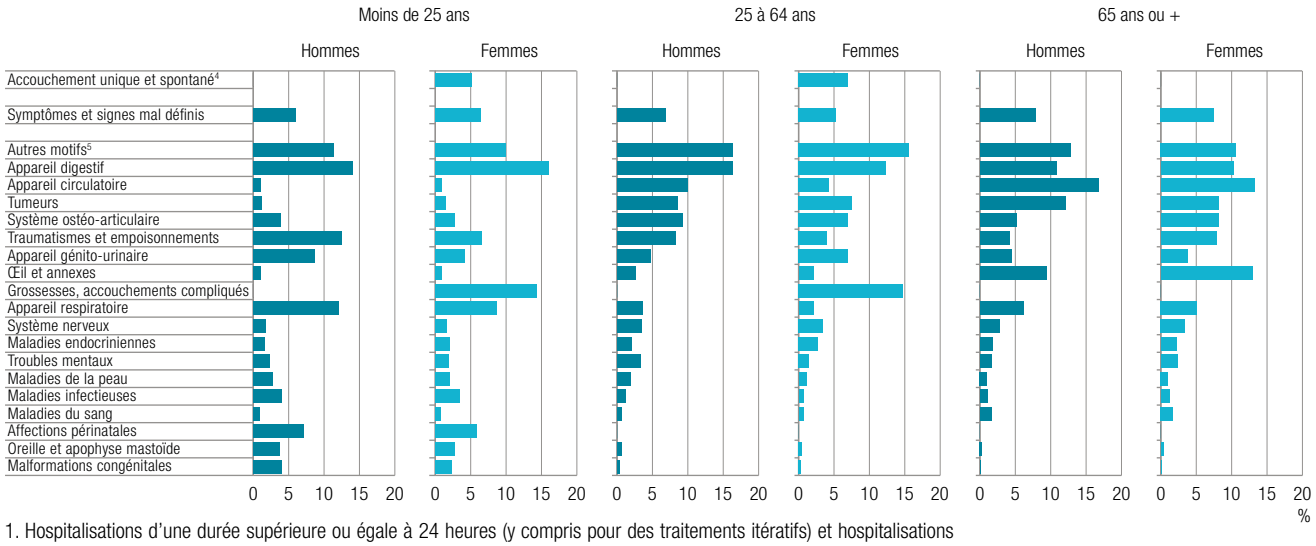
En 2012, l'hospitalisation des personnes de moins de 25 ans représente 16 % des séjours hospitaliers en soins de courte durée. Si l'on exclut les nourrissons (moins d'un an), le taux de recours à l'hôpital des enfants est beaucoup plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Avec un taux de recours de 533[6] pour 1 000 en 2012, la fréquentation hospitalière des enfants de moins d'un an se situe nettement au-dessus de la moyenne tous âges (256 pour 1 000), mais elle reste inférieure à celle des personnes de plus de 74 ans (584 pour 1 000 pour les personnes de 75 à 84 ans et 690 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 42,5 % des séjours, suivies par les maladies de l'appareil respiratoire, avec 14 %. Ces dernières constituent d'ailleurs la première cause d'hospitalisation des moins de 15 ans (16 % des séjours pour les garçons comme pour les filles).

Pour l'ensemble des moins de 25 ans, les pathologies digestives (maladies des dents et appendicite notamment), représentent le motif d'hospitalisation le plus fréquent des hommes (14 % des séjours)

6. En 2012, les résumés de sortie anonymes (RSA) des nouveau-nés restés auprès de leur mère, dits « nouveau-nés non hospitalisés », ne sont pas toujours clairement identifiés dans la base nationale support de l'exploitation. Le taux d'hospitalisation élevé observé pour les enfants de moins d'un an laisse à penser qu'un certain nombre d'entre eux présentant une pathologie peu grave ne nécessitant pas une hospitalisation mais entraînant la dispensation de soins médicaux spécifiques et donc l'affectation d'un diagnostic principal de maladie sont considérés dans l'exploitation comme des nouveau-nés hospitalisés.

Graphique 1

Répartition des séjours[1] annuels dans les services de soins de courte durée MCO[2] selon la pathologie traitée[3], l'âge et le sexe du patient en 2012 (en %)



1. Hospitalisations d'une durée supérieure ou égale à 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).
2. Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
3. Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM-10 de l'OMS.
4. Code O80 de la CIM-10.
5. Motifs de recours aux services de santé autres que maladies ou traumatismes, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

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.
Champ • Établissements publics et privés. Résidents de France (métropole et DOM hors Mayotte).
Source • Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

et la maternité celui des femmes (19,5 % des séjours) (graphique 1). Les causes accidentelles arrivent au deuxième rang pour les hommes (12,5 %) et les pathologies digestives pour les femmes (16 %). Les atteintes respiratoires (pathologies des amygdales, des végétations adénoïdes, asthme), au nombre de 12 pour 100 séjours chez les hommes et de 9 chez les femmes, et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention (11 chez les hommes contre 10 chez les femmes) viennent ensuite, respectivement au 3e et 4e rang pour les hommes et au 3e et 4e rang pour les femmes. Chez ces dernières, les traumatismes ne représentent que le 5e motif de recours à l'hospitalisation dans ce groupe d'âge (6,5 % des séjours).

Entre 25 et 64 ans, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22 % des séjours), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention et les maladies de l'appareil digestif arrivent en tête des motifs de recours à l'hôpital pour les hommes comme pour les femmes (à égalité avec 16 % des séjours chez les hommes, et respectivement, 16 % et 12 % des séjours chez les femmes). Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements sont un motif fréquent de recours chez les hommes (à rapprocher de la mortalité par morts violentes tels que les accidents ou les suicides dans cette tranche d'âge) : ils représentent le deuxième motif pour les 25-34 ans et le 3e pour les 35-44 ans. Chez les femmes, les maladies de l'appareil génito-urinaire sont également un motif courant de recours aux établissements de santé avant 45 ans. Pour les 45-64 ans, les fréquences d'hospitalisation pour des tumeurs pour les hommes comme pour les femmes, des maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et des maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent pour se rapprocher de celles causées par les maladies digestives.

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près de 1 séjour hospitalier sur 7 (17 % des séjours chez les hommes et 13 chez les femmes). Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont également très fréquents (respectivement 13 et 11 pour 100 séjours). Pour les femmes, les maladies de l'œil motivent 13 % des séjours, avec notamment la cataracte qui est responsable à elle seule de 12 % des hospitalisations. Quatre groupes interviennent ensuite dans des proportions proches : les maladies de l'appareil digestif (10 % des séjours), les tumeurs et les maladies ostéo-articulaires, les traumatismes en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral en particulier chez les plus âgés (8 % des séjours chacun). Pour les hommes, les affections les plus représentées après les maladies cardio-vasculaires et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'œil (respectivement 12, 11 et 9 pour 100 séjours). ■

Références bibliographiques

- **Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G. et Jougla E.**, 2011, « Données sur la mortalité en France : principales causes de décès et évolutions depuis 2000 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, nº 22.
- **Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T.**, 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, nº 553, juillet.
- **Labarthe G.**, 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats*, DREES, nº 315, juin.
- **Mouquet M.C.**, 2013, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Document de travail*, série « Études et recherche », DREES, nº 128, novembre.

Liens utiles

- Causes de décès en France : www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm.
- Causes de décès en Europe : http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr&lang=en.

Données de morbidité hospitalière :

- www.drees.sante.gouv.fr/donnees-disponibles-sur-la-morbidite-hospitaliere,3369.html

Déterminants sociaux de l'état de santé et mesure des inégalités de santé

Les aspects sociaux et économiques interagissent et influencent l'état de santé des populations. En 2008, l'OMS formulait la définition des déterminants sociaux de la santé de la manière suivante : « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie », ces circonstances étant déterminées par des forces politiques, sociales et économiques.

L'état de santé de la population s'est globalement amélioré en France et dans les pays de niveau socio-économique équivalent. Mais des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France, selon une distribution socialement stratifiée appelée « gradient social » des inégalités de santé. De nombreux travaux leur ont été consacrés en France depuis plus de 10 ans[1]. En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) 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, les inégalités de mortalité demeurent dans notre pays plus importantes que dans d'autres pays européens et se sont aggravées au cours des dernières décennies.

Le 8 mars 2011, le Parlement européen a adopté une résolution[2] en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité qui doit être mise en œuvre dans les principes du « *Health in all policies* » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques), que la lutte contre les inégalités de santé ne pourra être efficace sans une politique commune et des stratégies de santé publique coordonnées, et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé. Le conseil régional Europe de l'OMS a inscrit en 2012 la réduction des inégalités de santé comme premier objectif stratégique[3].

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

Il paraît donc très important de décrire la situation et d'en observer les évolutions à l'aide d'indicateurs. 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 (Institut national de santé publique, 2013). En sus de ces critères de pertinence,

1. Leclerc A., Fassin D., Granjean H., Kaminski M., Lang T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm ; Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2002, « La santé en France 2002 », Paris, La Documentation française ; Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2009, « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » ; Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2013, « Indicateurs de suivi des inégalités de santé ».

2. www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=INI/2010/2089

3. www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century

la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs sont des éléments déterminants de leur choix.

Cette partie du rapport sur l'état de santé de la population présente donc :
• des indicateurs sociaux considérés comme déterminants de la santé et utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé ;
• la prise en compte des caractéristiques sociales dans des indicateurs transversaux et synthétiques de santé comprenant, d'une part, des indicateurs de santé perçue, de santé fonctionnelle et des 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 terminées et la vie professionnelle entamée).

Concernant la mesure du gradient social, deux variables de stratification ont été retenues dans le cadre des indicateurs synthétiques :
• la répartition de la population en six catégories selon la classification en profession et catégorie sociale (PCS) qui est la plus 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). Cette variable, utilisée par Eurostat, permet d'établir des comparaisons européennes.

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, reste relativement agrégé. Par exemple, il 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 ou niveau de diplôme serait dans ce cas plus approprié. 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. Ainsi, 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. De même, un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des sans diplômes ou 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.

Par ailleurs, dans l'ensemble du rapport sur l'état de santé, la mesure des inégalités de santé est déclinée pour les indicateurs spécifiques, lorsqu'au moins une variable de mesure est disponible dans les systèmes d'information utilisés pour l'indicateur de santé concerné. Pour de nombreux indicateurs issus des bases médico-administratives, l'information « sociale » individuelle est inexistante ou très limitée.

Indicateurs sociaux

Différents indicateurs sociaux sont utilisés pour rendre compte des inégalités sociales. Les sources statistiques d'où sont issus ces indicateurs sont différentes, expliquant les différences concernant la fraîcheur des données.

▶ Niveau d'instruction : 71 % des femmes et 62 % 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, mais elle tend à se stabiliser pour les plus jeunes. En 2012, en France métropolitaine,

Tableau 1
Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2012 (en %)

	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Aucun diplôme ou CEP	10,0	11,9	14,2	16,3	22,9	23,0	34,7	30,0
BEPC seul	5,0	6,5	5,4	5,1	9,9	6,9	10,0	6,8
CAP, BEP ou équivalent	13,7	20,0	19,7	26,2	26,3	35,1	22,2	31,2
Baccalauréat ou brevet professionnel	24,0	23,3	20,4	17,5	16,3	12,0	13,7	12,3
Baccalauréat + 2 ans	19,4	14,4	17,9	15,7	12,6	9,4	9,8	6,6
Diplôme supérieur	27,9	23,8	22,4	19,1	12,0	13,6	9,7	13,1
Ensemble	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Part de diplômés, niveau bachelier ou plus	**71,3**	**61,5**	**60,7**	**52,4**	**40,9**	**35,1**	**33,1**	**32,0**

Note • Résultats en moyenne annuelle.
Champ • France métropolitaine, population des ménages, personnes de 25 à 64 ans (âge au 31 décembre).
Source • INSEE, enquête Emploi 2012.

79 % des jeunes de 18 à 24 ans ont acquis un diplôme du second cycle de l'enseignement supérieur (CAP, BEP ou baccalauréat).

Ce constat se vérifie à la fois pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, en 2012, 33 % des femmes âgées de 55 à 64 ans déclarent avoir obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur ; cette proportion atteint 71 % chez les femmes âgées de 25 à 34 ans. De la même façon, 32 % des hommes de 55 à 64 ans ont obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur, contre 62 % des hommes âgés de 25 à 34 ans (tableau 1). Si dans le passé la proportion des hommes ayant obtenu le baccalauréat était plus forte que celle des femmes, cette tendance s'est maintenant inversée pour toutes les tranches d'âge. En 10 ans, la proportion de diplômés de l'enseignement supérieur a augmenté de 8 points chez les femmes et de 9 points chez les hommes.

▶ Population active : 21 % d'ouvriers et 18 % de cadres en 2012

Le taux d'activité se définit comme le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et la population totale correspondante. En 2012, en France, le taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans est globalement de 71 %. Il reste assez stable depuis plus de 10 ans mais est très variable selon la classe d'âge considérée. Le taux d'activité apparaît faible pour les personnes âgées de plus de 50 ans (tableau 2) mais est en augmentation depuis 4 ans[4]. Il est également faible pour les jeunes de moins de 24 ans, sachant qu'une proportion importante de cette tranche d'âge est encore en cours d'études initiales (90 % des 15-19 ans et 42 % des 20-24 ans). Par ailleurs, le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âge considérée.

4. « Fiches thématiques : emploi, salaires », *France portrait social*, INSEE, 2013, coll. « Insee Références ».

Tableau 2
Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge en 2012 (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
15-64 ans	66,6	75,3	70,9
15-24 ans	34,0	40,6	37,3
25-49 ans	83,8	94,2	88,9
50-64 ans	57,5	65,0	61,1
dont : 55-64 ans	*44,8*	*51,2*	*47,9*
65 ans ou plus	1,7	3,1	2,3
Ensemble	**51,8**	**61,9**	**56,7**

Champ • Personnes de plus de 15 ans, France métropolitaine.
Source • INSEE, enquête Emploi 2012.

Tableau 3
Répartition des actifs selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012 (en %)

Catégorie socioprofessionnelle	15 à 29 ans	30 à 49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Agriculteurs exploitants	**0,5**	**1,7**	**3,4**	**2,0**
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	**2,6**	**6,7**	**8,5**	**6,5**
Cadres et professions intellectuelles supérieures	**11,4**	**19,4**	**19,8**	**18,0**
Professions intermédiaires	**25,5**	**25,8**	**21,8**	**24,7**
Instituteurs et assimilés	3,2	3,8	3,0	3,5
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	6,4	5,1	4,6	5,2
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	8,4	7,9	5,9	7,4
Techniciens	5,3	4,7	3,7	4,5
Employés	**33,1**	**26,4**	**28,0**	**28,1**
Employés civils et agents de service de la fonction publique	7,3	8,8	10,3	8,9
Policiers et militaires	2,5	2,0	0,9	1,8
Employés administratifs d'entreprises	6,8	6,0	5,5	6,0
Employés de commerce	8,5	3,6	2,3	4,2
Personnels des services directs aux particuliers	8,0	6,1	9,0	7,3
Ouvriers	**26,8**	**19,8**	**18,4**	**20,8**
Ouvriers qualifiés de type industriel	4,3	4,6	4,2	4,4
Ouvriers qualifiés de type artisanal	7,5	4,9	4,3	5,2
Chauffeurs	1,8	2,4	2,6	2,3
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	1,5	1,8	1,4	1,7
Ouvriers non qualifiés de type industriel	5,5	3,1	2,6	3,4
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	4,7	2,3	2,4	2,8
Ouvriers agricoles	1,5	0,8	0,7	0,9
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.
Source • INSEE, enquête Emploi 2012.

▶ La situation professionnelle de la population active à un moment donné comprend deux dimensions : la profession et le statut vis-à-vis de l'emploi

La répartition des actifs ayant un emploi selon la tranche d'âge et la catégorie sociale en 2012 (tableau 3) met en lumière un vieillissement des agriculteurs exploitants dont la proportion parmi les actifs augmente avec l'âge. De même, la part des artisans, commerçants et chefs d'entreprise est moins importante chez les jeunes générations. À l'inverse, la part des ouvriers parmi les actifs diminue avec l'âge et la part des employés est sensiblement plus importante dans les nouvelles générations. Cette évolution était déjà observée sur des données antérieures[5].

En 2012, en France métropolitaine, parmi les actifs occupés de plus de 15 ans, près de 9 sur 10 sont des salariés. Parmi ceux-ci, 8,5 % ont un contrat de travail à durée déterminée, 2 % sont intérimaires et 1,5 % sont des apprentis. Les femmes sont plus souvent salariées que les hommes (92,3 % *versus* 85,1 %) mais sont plus nombreuses à avoir un contrat à durée déterminée (10,6 % *versus* 6,5 %).

Les personnes en situation de sous-emploi représentent 5,3 % des actifs occupés. Cette proportion est plus importante chez les femmes (7,9 % *versus* 2,8 %).

▶ Le taux de chômage poursuit son augmentation

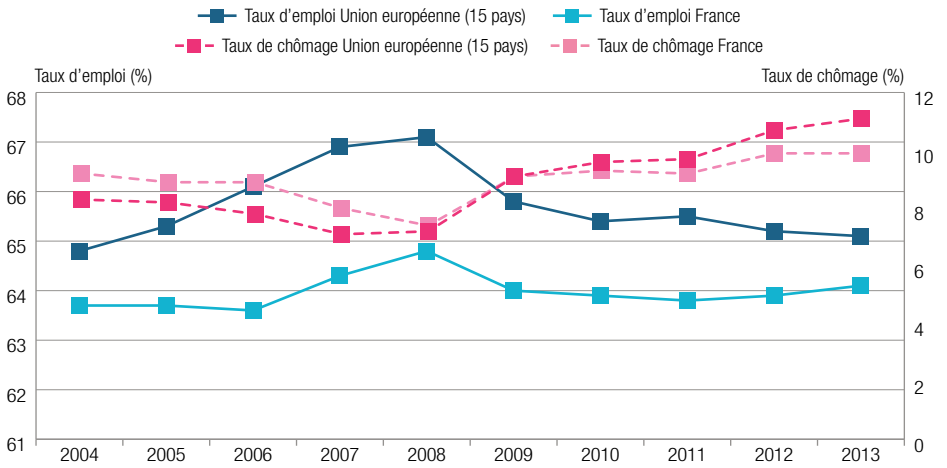
Le taux d'emploi est le rapport entre le nombre de personnes ayant un emploi et la population totale. Le taux de chômage représente la part des chômeurs dans la population active (personnes en emploi ou « actifs occupés » et chômeurs).

5. *L'état de santé de la population en France*, Études et statistiques, DREES, 2011.

Le taux d'emploi des 15-64 ans s'établit au premier trimestre 2014 et en France métropolitaine à 64,3 %. Les évolutions des taux d'emploi sont les plus contrastées entre les séniors et les moins de 50 ans : le taux d'emploi des personnes de 25-49 ans évolue à la baisse depuis 2008 alors qu'il est en augmentation pour les personnes de 55-64 ans.

Le taux d'emploi des hommes est plus élevé que celui des femmes (+ 7,9 points) mais il évolue à la baisse (- 1,6 point) depuis 2005, alors que celui des femmes est plus stable sur la même période, en lien avec les reculs d'âge de départ à la retraite.

Graphique 1
Évolution du taux de chômage et du taux d'emploi en France et dans l'Europe des quinze (2004-2013)*



* Données 2013 provisoires.
Champ • France entière, EU 15 pays, 15-64 ans.
Sources • Eurostat 2014, INSEE.

Tableau 4
Nombre de chômeurs et taux de chômage* entre 2007 et 2013 (moyennes annuelles)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013p
Nombre de chômeurs (milliers)	**2 223**	**2 064**	**2 573**	**2 635**	**2 604**	**2 811**	**2 825**
Hommes	1 092	1 014	1 316	1 329	1 295	1 451	1 492
Femmes	1 131	1 050	1 257	1 306	1 309	1 361	1 333
Taux de chômage (en %)	**8**	**7,4**	**9,1**	**9,3**	**9,2**	**9,8**	**9,9**
Par sexe							
Hommes	7,5	6,9	8,9	9	8,7	9,7	10
Femmes	8,6	7,9	9,4	9,7	9,7	10	9,8
Par âge							
15-24 ans	19,1	18,6	23,2	22,9	22,1	23,9	23,9
25-49 ans	7,2	6,5	8	8,3	8,3	9	9,2
50 ans ou plus	5,3	4,9	6	6,3	6,3	6,8	6,5
Par catégorie socioprofessionnelle							
Cadres	3,2	3	3,8	3,9	3,8	3,7	
Professions intermédiaires	4,6	4	5,3	4,9	5	5,4	
Employés	8,2	7,4	8,8	9,5	9,8	10,3	
Ouvriers	10,6	10,2	13,1	13,4	12,9	14,4	
Ouvriers qualifiés	*7,5*	*7,4*	*9,2*	*9,9*	*9,6*	*11*	
Ouvriers non qualifiés	*15,8*	*15,3*	*19,9*	*19,4*	*18,5*	*20,4*	
Rapport ouvriers non qualifiés/cadres	5	5,1	5,3	4,9	4,9	5,5	

p : données provisoires.
* Chômage au sens du BIT.
Champ • France métropolitaine, individus de 15 ans ou plus.
Source • INSEE, enquête Emploi : moyennes annuelles ; « Fiche chômage », *France portrait social*, INSEE, 2013, coll. « Insee Références ».

Le taux de chômage s'établit en France entière à 10,2 % au quatrième trimestre 2013. En moyenne sur l'année 2013, en France métropolitaine, 2,8 millions de personnes sont au chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) et le taux de chômage s'élève à 9,9 % de la population active en moyenne annuelle (tableau 4). Ce taux reste inférieur à la moyenne européenne (graphique 1). Le taux de chômage augmente plus particulièrement chez les jeunes actifs de 15 à 24 ans et, selon les groupes d'âge, les taux sont très différents : de 23,9 % chez les 15-24 ans à 6,5 % chez les 50 ans et plus. Le taux de chômage des hommes augmente de manière un peu plus importante que celui des femmes.

En 2012, dernière année disponible pour cette catégorisation, le chômage a augmenté de 0,4 points par rapport à 2011 pour les professions intermédiaires, de 1,9 point pour les ouvriers non qualifiés (tableau 4), épargnant seulement les cadres. Le taux de chômage dépend fortement du niveau de diplôme : 17 % des personnes sans diplôme ou de niveau d'études primaire *versus* 5,4 % des personnes avec un niveau supérieur à bac + 2.

Le nombre de chômeurs de longue durée atteint 1 118 000 personnes en 2012. Le chômage de longue durée (plus d'un an) et celui de très longue durée (plus de 2 ans) poursuivent leur progression entamée en 2008 : en 2012, 3,9 % des actifs sont chômeurs depuis plus d'un an (+ 1,2 point par rapport à 2008) et 1,9 % depuis plus de deux ans (+ 0,6 point). Cette proportion reste plus forte chez les plus de 50 ans que parmi les plus jeunes ; elle atteint 57,9 % en 2012 contre 40,1 % pour les 25-49 ans et 28,5 % pour les 15-24 ans.

Inégalités de revenus

En 2012, en France métropolitaine, le niveau de vie médian de la population s'élève à 19 740 euros annuels ; il baisse de 1,0 % en euros constants par rapport à 2011. Toute l'échelle des niveaux de vie est en recul, mais de manière plus marquée en bas et en haut de la distribution. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 610 euros. Les 10 % les plus aisées disposent d'au moins 37 430 euros, soit 3,5 fois plus.

Seuil de pauvreté : 13,9 % de la population en 2012

Le seuil de pauvreté qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 987 euros mensuels pour une personne seule. La pauvreté, mesurée par référence à ce seuil, diminue et revient à un niveau proche de celui de 2010 : elle concerne 8,5 millions de personnes (13,9 % de la population), après 8,7 millions en 2011 (14,3 %).

Dans le même temps, l'intensité de la pauvreté augmente : le niveau de vie des personnes pauvres est relativement plus éloigné du seuil de pauvreté. De fait, la moitié des personnes pauvres vivent avec moins de 784 euros par mois, soit, en euros constants, un niveau qui n'avait pas été aussi bas depuis 2006. L'intensité de la pauvreté augmente donc nettement, passant de 19,1 % en 2011 à 20,5 % en 2012 : les personnes pauvres sont globalement plus éloignées du seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté au seuil de 50 %, qui cible une population plus pauvre que le taux au seuil de 60 % (seuil retenu le plus souvent au niveau européen) passe d'ailleurs de 7,9 % en 2011 à 8,1 % en 2012.

La composition de la population la moins favorisée se modifie un peu : parmi les adultes pauvres, la part des chômeurs augmente, quand celle des retraités diminue. Les familles monoparentales sont plus nombreuses : leur part dans la population pauvre passe de 20,6 % en 2011 à 22,3 % en 2012. Le taux de pauvreté des enfants de moins de 18 ans atteint 19,6 %.

Indicateurs d'accès aux soins

Les bénéficiaires de la CMU-C : 4,5 millions en 2012

Le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, en complétant les remboursements de la Sécurité sociale, permet de limiter les restes à charges et favorise l'accès aux soins. Ainsi, les dépenses de ville des bénéficiaires d'une couverture complémentaire sont 20 % plus élevées que

celles des personnes qui en sont dépourvues, et le renoncement aux soins pour raisons financières est diminué de moitié. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis en place la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) pour permettre aux plus modestes de bénéficier d'une couverture. L'Accord national interprofessionnel (ANI) signé en 2013 prévoit une généralisation de la couverture maladie complémentaire pour tous les salariés en 2016.

La CMU-C constitue l'un des dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées.

De 2005 à 2009, le nombre de bénéficiaires a connu une diminution, passant de 4,4 à 4,2 millions et progresse depuis 2010 (tableau 5). Au 31 décembre 2012, 4,4 millions de personnes sont bénéficiaires de la CMU-C en France pour les trois grands régimes d'Assurance maladie, soit 6 % de la population en Métropole et 30 % dans les DOM.

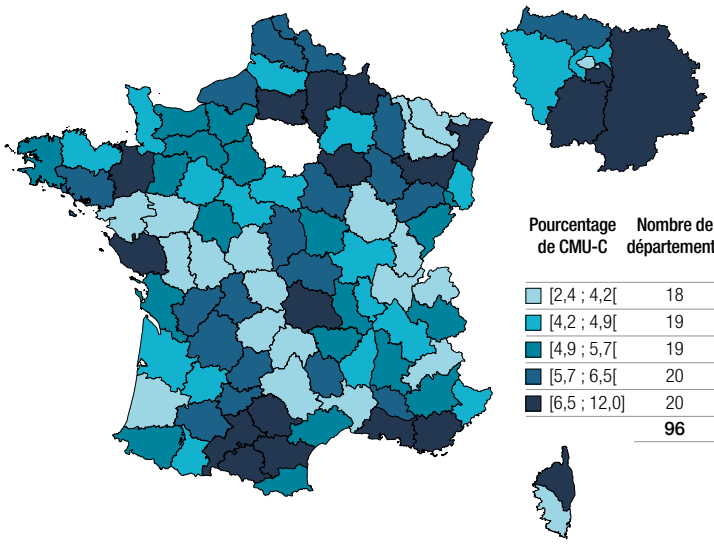
Depuis 2000, date de création de la CMU-C, les bénéficiaires de la CMU-C conservent les mêmes grandes caractéristiques. Selon les données de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2010, c'est une population jeune, féminine, appartenant plus souvent à des familles monoparentales, au sein de laquelle les ouvriers et les employés, particulièrement ceux exposés au chômage, sont surreprésentés.

Tableau 5
Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre 2000 et 2012 (en millions)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
5,0	4,7	4,5	4,6	4,7	4,4	4,4	4,4	4,2	4,2	4,2	4,3	4,4

Note • Rupture de série entre 2004 et 2005 (doubles comptes non repérables avant 2005).
Champ • France entière. Bénéficiaires affiliés à la CNAMTS, RSI et MSA, hors sections locales mutualistes.
Sources • CNAMTS, RSI et MSA.

Carte 1
Répartition des départements par quintile selon la proportion de bénéficiaires de la CMU-C en France métropolitaine en 2012



Pourcentage de CMU-C	Nombre de départements	Nombre de bénéficiaires CMU-C	Répartition de CMU-C
[2,4 ; 4,2[	18	319 026	8,3 %
[4,2 ; 4,9[	19	711 856	18,5 %
[4,9 ; 5,7[	19	517 865	13,4 %
[5,7 ; 6,5[	20	819 082	21,2 %
[6,5 ; 12,0]	20	1 489 627	38,6 %
	96	**3 857 456**	**100 %**

Champ • France métropolitaine.
Sources • CNAMTS, RSI, CCMSA.

En 2012, 6 % de la population métropolitaine bénéficient de la CMU-C. Ce taux de couverture varie de 2,4 % dans le département de la Haute-Savoie à 12 % en Seine-Saint-Denis (carte 1). Deux zones géographiques se distinguent par une part élevée de bénéficiaires, l'une au nord de la France (Seine-Maritime, Somme, Nord - Pas-de-Calais, Aisne et Ardennes) et l'autre dans un croissant sud – sud-est (du département de l'Ariège au Vaucluse, en passant par les Pyrénées-Orientales, l'Aude, l'Hérault, le Gard, les Bouches-du-Rhône). Dans les DOM, le taux de couverture atteint 30 %, entre 24 % pour les DFA[6] et 35 % pour La Réunion. La répartition territoriale a subi peu de modifications depuis la mise en œuvre de la CMU-C. Elle est proche de celle observée pour les bénéficiaires du RSA socle.

6. Départements français d'Amérique : Guadeloupe, Guyanne, Martinique.

La CMU-C a permis d'augmenter le taux de personnes couvertes par une protection maladie complémentaire. Mise en place en 2005, l'ACS est une aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % depuis le 1er janvier 2012 (26 % en 2011 et 20 % en 2010). Le nombre de bénéficiaires de l'attestation atteint 1,16 million au 31 décembre 2013. Au 30 novembre 2013, 77 % ont utilisé leur attestation pour souscrire une couverture complémentaire. Selon les premiers résultats de l'enquête ESPS 2012, 5 % de la population enquêtée déclare ne pas être couverte par une complémentaire santé.

▶ Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières

Selon l'Enquête santé et protection sociale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2012[7], près de 26 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois[8] : 18 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 10 % les soins d'optique et 5 % les soins de médecins. 19 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins, contre 16 % des hommes. Le renoncement est maximal entre 40 et 64 ans (19 %) et minimal au-delà de 65 ans (16 %).

7. Premiers résultats de l'Enquête santé et protection sociale 2012, IRDES (www.irdes.fr).

8. En 2012, le nouveau questionnement entraîne par construction un taux de renoncement aux soins plus élevé qu'auparavant. Du fait de cette rupture de série, le suivi du renoncement dans le temps au travers des données de l'enquête ESPS doit être rebasé à partir de 2012.

L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement. Les personnes sans complémentaires santé déclarent plus souvent renoncer aux soins : 24 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optique contre 15 % pour les bénéficiaires de la CMU-C et moins de 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C. Le taux de renoncement varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages : il atteint 28 % pour les individus du premier quintile, contre 9 % pour ceux du dernier. Les ménages d'employés, d'employés de commerce, d'ouvriers non qualifiés et d'employés administratifs sont ceux qui déclarent le plus renoncer à des soins (respectivement 26 %, 23 % et 21 %). Les familles monoparentales sont également plus nombreuses (27 %) à renoncer aux soins que les couples sans enfant et les couples avec enfant (respectivement 14 % et 17 %).

Indicateurs synthétiques d'inégalités 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 comme un indicateur pertinent de l'état de santé et très lié aux autres indicateurs de cet état. Des travaux (Devaux *et al.*, 2008) 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 certain pour ces indicateurs d'état de santé : les ouvriers et les agriculteurs exploitants déclarent moins souvent être en bonne santé et plus souvent des limitations d'activité que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les différences sont plus marquées entre les actifs et les inactifs. Cela

s'explique en partie par le fait que cette dernière catégorie surreprésente des personnes plus âgées n'ayant jamais travaillé, et les personnes handicapées (tableau 6), la proportion de femmes n'ayant jamais travaillé diminuant au fil du temps.

L'état de santé déclaré varie également selon le niveau de diplôme des personnes interrogées : en excluant les personnes retraitées et les étudiants, moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état santé, des limitations d'activité et des maladies chroniques (tableau 7).

Selon les enquêtes EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions), on constate également dans l'Union européenne (UE) une amélioration de l'état de santé ressenti en fonction du statut vis-à-vis de l'emploi (tableau 8). De même, l'activité est associée à un meilleur état de santé déclaré : pour l'ensemble de l'UE, hors personnes retraitées, les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail) sont ceux qui présentent les plus forts taux de personnes considérant que leur état de santé est mauvais ou très mauvais.

Tableau 6

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle en 2011 (en %)

Catégorie socioprofessionnelle	Part de la population déclarant…			Part dans la population
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Agriculteurs exploitants	92,7	36,8	18,0	1,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	96,7	24,8	13,1	3,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,0	22,0	8,7	8,7
Professions intermédiaires	97,9	25,7	12,6	14,0
Employés	95,5	27,7	16,4	14,8
Ouvriers (yc ouvriers agricoles)	94,7	26,3	17,5	11,8
Retraités	81,9	59,7	45,9	27,3
Autres inactifs	88,2	36,8	28,7	18,7
Total	**91,2**	**36,5**	**24,9**	**100,0**

yc : y compris.
* 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.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2011, INSEE.

Tableau 7

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études en 2011 (en %)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant…			Part dans la population****
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Sans diplôme	85,9	40,8	33,4	9,3
BEPC-CAP-BEP	92,2	33,6	22,5	51,0
Bac	95,8	25,9	14,5	16,1
Bac + 2	97,0	25,3	12,8	9,8
Supérieur à bac + 2	98,2	21,3	9,3	13,8
Ensemble	**93,9**	**29,7**	**18,5**	**100,0**

* 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 ? »
**** Population de plus de 16 ans, hors retraités et étudiants.
Champ • Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2011, INSEE-Eurostat.

Tableau 8
Santé perçue selon le statut d'emploi en Europe et en France en 2012 (en %)

Statut d'emploi	Part de la population déclarant être au moins en assez bonne santé	
	Union européenne (28 pays)	France
Personnes occupées	97,2	96,6
Chômeurs	90,7	91,2
Retraités	78,8	82,5
Autres personnes inactives	85,9	89,2
Ensemble de la population	**90,3**	**91,2**

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général : très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ? »
Champ • Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.
Source • Enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2012, INSEE-Eurostat.

Tableau 9
État de santé déclaré, maladies chroniques et limitations fonctionnelles parmi les bénéficiaires du RSA comparés à l'ensemble de la population

		RSA socle non majoré	RSA socle majoré	RSA activité seul	Ensemble RSA	Ensemble population
État de santé déclaré	Bon ou très bon	54	66	66	58	77
	Assez bon	27	25	24	26	18
	Mauvais ou très mauvais	19	9	10	16	5
Maladies chroniques	Oui, au moins une	34	23	26	31	27
	Non	65	77	73	69	69
	Refus/Non réponse	1	-	1		4
Limitations fonctionnelles	Oui, fortement limité	15	7	8	12	4
	Oui, limité mais pas fortement	18	11	13	16	13
	Non, pas limité du tout	67	82	79	72	83

Champ • Population âgée de 18 à 59 ans, France métropolitaine.
Sources • Enquête 2012 auprès des bénéficiaires des minima sociaux, DREES. Enquête santé et protection sociale, 2010, IRDES.

Tableau 10
Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie socioprofessionnelle (en années)

	Cadres	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble	Écart cadres-ouvriers
Hommes									
1976-1984	41,7	40,5	40,3	39,6	37,2	35,7	27,7	**37,8**	6,0
1983-1991	43,7	41,6	41,7	41,0	38,6	37,3	27,5	**39,2**	6,4
1991-1999	45,8	43,0	43,6	43,1	40,1	38,8	28,4	**40,8**	7,0
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	**42,8**	6,3
Écart 2000-2008 et 1976-1984	5,5	4,6	4,3	5,2	5,1	5,2	2,7	**5,0**	
Femmes									
1976-1984	47,5	46,4	45,7	46,0	45,6	44,4	44,3	**45,0**	3,1
1983-1991	49,7	48,1	46,8	47,4	47,4	46,3	45,4	**46,4**	3,4
1991-1999	49,8	49,5	48,8	48,8	48,7	47,2	47,1	**48,0**	2,6
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	**49,4**	3,0
Écart 2000-2008 et 1976-1984	4,2	4,8	3,9	4,3	4,3	4,3	2,7	**4,4**	

Champ • France entière.
Sources • INSEE, Échantillon démographique permanent et état civil.

Par ailleurs, selon l'enquête 2012 sur les bénéficiaires des minima sociaux, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population (tableau 9) : moins de 60 % se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé, contre près de 80 % parmi l'ensemble des 18-59 ans. De même, ils déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de problèmes de santé mentale.

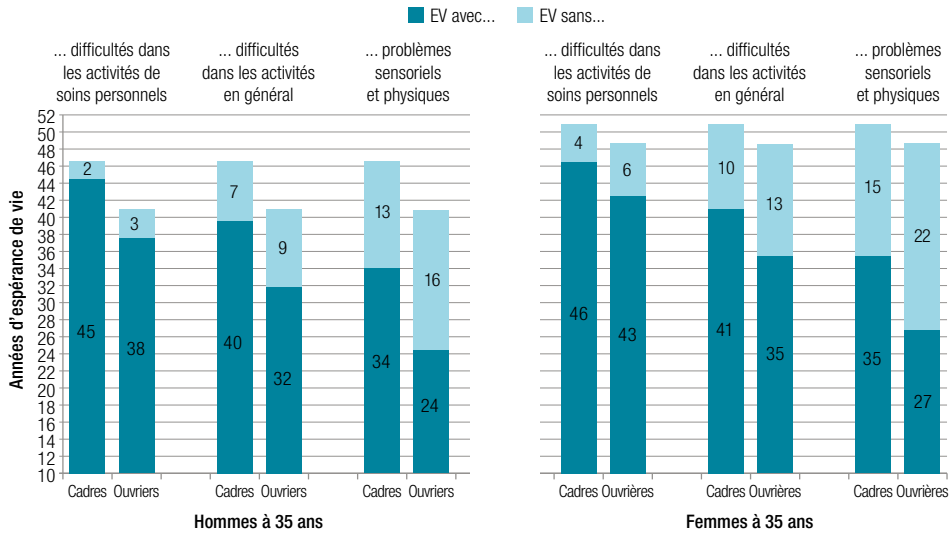
▶ Espérance de vie à 35 ans : un peu plus de six années d'écart entre les cadres et les ouvriers, chez les hommes

L'espérance de vie continue sa progression, mais de façon plus ou moins rapide selon la position sociale (tableau 10). Entre le début des années 1980 et la fin des années 2000, 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 2000-2008, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont, à 35 ans, une espérance de vie de 47,2 ans supplémentaires, contre 40,9 ans pour les ouvriers. À 35 ans, les femmes ont une espérance de vie de 51,7 ans quand elles sont cadres et 47,5 ans quand elles sont ouvrières (tableau 10). Ainsi, les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : pour la période 2000-2008, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de trois ans celle des ouvrières, alors que l'écart entre les hommes cadres et ouvriers s'élève à 6,3 ans (Blanpaint, 2011). Quelle que soit leur catégorie sociale les femmes vivent plus longtemps que les hommes, et l'espérance de vie des ouvrières est supérieure d'un an et demi à celle des hommes cadres. De telles inégalités se retrouvent dans toute l'Europe, même si l'ampleur des écarts ne peut être précisément comparée.

▶ 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 incapacité : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent plus de temps qu'eux avec des incapacités (Cambois *et al.*, 2007). La prévalence de l'incapacité provient de l'Enquête sur la santé et

Graphique 2
Espérance de vie à 35 ans selon trois indicateurs d'incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, en 2003



EV : espérance de vie.
Champ • France métropolitaine.
Sources • Calculs des auteurs (Cambois *et al.*) d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003.

Tableau 11

Espérance de vie des hommes selon leur incapacité et leur catégorie socioprofessionnelle, en 2003

	Espérance de vie	EV avec et sans difficultés dans les activités « soins personnels »		EV avec et sans difficultés dans les activités en général		EV avec et sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels	
Hommes, 35 ans	**Années**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**
Cadres supérieurs	46,6	2,1	95,50	7	84,90	12,6	72,90
Professions intermédiaires	44,8	2,4	94,80	7,9	82,40	14	68,80
Agriculteurs exploitants	45,3	2,9	93,50	8,2	81,80	16,3	64,00
Indépendants	44,4	2,5	94,30	7,4	83,40	14,3	67,80
Employés	42,1	3,1	92,70	8,1	80,80	13,7	67,40
Ouvriers	40,9	3,4	91,70	9,1	77,80	16,5	59,80
Inactifs	30,4	8,7	71,20	20,4	32,80	19,9	34,60
Total	**42,8**	**3**	**92,90**	**8,7**	**79,60**	**15,1**	**64,70**
Écart cadres-ouvriers	5,7	-1,3	3,80	-2	7,10	-3,9	13,20
Hommes, 60 ans	**Années**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**
Cadres supérieurs	23,1	2,1	90,90	5,8	74,80	10,5	54,70
Professions intermédiaires	21,9	2,3	89,40	6,1	72,00	10,7	51,10
Agriculteurs exploitants	21,9	2,9	86,60	5,7	73,90	12,2	44,30
Indépendants	21,4	2,3	89,30	5,8	73,00	10,9	49,30
Employés	20,5	3,2	84,30	6,3	69,10	10,7	47,60
Ouvriers	19,4	3,1	83,80	6,6	65,90	12,1	37,80
Inactifs	14,7	5,9	59,60	10,6	27,70	10,6	28,10
Total	**20,7**	**2,7**	**86,80**	**6,2**	**70,00**	**11,2**	**45,80**
Écart cadres-ouvriers	3,7	-1	7,10	-0,8	8,90	-1,6	16,90

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).

Tableau 12

Espérance de vie des femmes selon leur incapacité et leur catégorie socioprofessionnelle, en 2003

	Espérance de vie	EV avec et sans difficultés dans les activités « soins personnels »		EV avec et sans difficultés dans les activités en général		EV avec et sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels	
Femmes, 35 ans	**Années**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**
Cadres supérieures	50,9	4,4	91,30	9,9	80,60	15,5	69,60
Professions intermédiaires	49,8	4,4	91,10	11,4	77,20	17,7	64,50
Agricultrices exploitantes	50,1	6,2	87,60	12,3	75,50	20,7	58,70
Indépendantes	50,1	5,3	89,50	11,4	77,30	18,4	63,20
Employées	49,4	5	90,00	11,2	77,20	20,5	58,50
Ouvrières	48,6	6,1	87,50	13,2	72,80	21,8	55,20
Inactives	46,7	5,6	88,00	13,9	70,30	21,2	54,60
Total	**48,8**	**5,3**	**89,20**	**12,1**	**75,20**	**20**	**59,00**
Écart cadres-ouvrières	2,3	-1,6	3,70	-3,3	7,70	-6,3	14,40
Femmes, 60 ans	**Années**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**	**EVI**	**EVSI/EV (%)**
Cadres supérieures	26,6	4,4	83,60	7,8	70,70	12,3	53,70
Professions intermédiaires	25,7	4,3	83,30	9,1	64,50	14,1	45,20
Agricultrices exploitantes	25,7	5,5	78,50	10,1	60,60	16,7	34,80
Indépendantes	25,8	4,9	81,00	10,1	60,70	15,4	40,20
Employées	25,4	4,7	81,40	8,9	65,10	16,3	35,70
Ouvrières	24,7	5,5	77,60	10,1	59,00	16,2	34,40
Inactives	23,4	4,4	81,10	8,5	63,60	14	40,40
Total	**24,9**	**4,8**	**80,50**	**9,1**	**63,40**	**15,3**	**38,50**
Écart cadres-ouvrières	1,9	-1,1	5,90	-2,3	11,60	-3,9	19,30

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).

les soins médicaux de 2002-2003 : les données sont donc anciennes et nécessitent une mise à jour. Des travaux européens sont actuellement conduits dans le cadre de l'action conjointe EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System) (Maki *et al.*, 2013).

Trois indicateurs d'incapacité ont été examinés (voir 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.).

L'analyse de l'espérance de vie à 35 ans selon ces indicateurs d'incapacité montre que 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 2). 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 avec des 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'elle est dès lors liée 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), 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.) d'où les relativement nombreuses années de limitations fonctionnelles.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité s'observent également 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 11 et 12). 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.

Encadré
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 ménage ordinaire), en les considérant comme des années d'incapacité.
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.

Une période critique bien avant 65 ans

Les écarts d'espérance de vie avec ou sans incapacité sont déjà présents dans la tranche d'âges 50-65 ans : sur les 15 années à vivre dans cette tranche d'âge, les ouvriers disposent en moyenne de 9 ans sans limitation fonctionnelle contre 12 ans pour les professions les plus qualifiées. En élargissant au concept déclaratif de « bonne ou mauvaise santé perçue » selon la question de l'Enquête décennale santé, ces chiffres sont respectivement de 8 ans pour les ouvriers et 12,5 ans pour les professions les plus qualifiées. Il convient également de souligner que même les situations les plus complexes (les difficultés avec les activités de soins personnels) sont présentes avant 65 ans : si en moyenne elles n'occupent qu'une toute petite part de l'espérance de vie à ces âges, elles concernent là encore plus les ouvriers que les autres professions.

Références bibliographiques

- *L'économie française. Comptes et dossiers*, INSEE, coll. « Insee Références », 2014.
- **Blanpaint N.,** 2011, « L'espérance de vie s'accroît, l'inégalité sociale face à la mort demeure », *Insee Première*, INSEE, nº 1372.
- **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*, nº 441, p. 1-4.
- **Cambois E., Robine J.-M.**, 2011, « Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, dossier : « Inégalités sociales de santé », 8-9, p. 82-86.
- **Cambois E., Sole-Auro A., Robine J.M.**, 2013, « L'espérance de vie, la mortalité prématurée et les espérances de vie sans incapacité », *ADSP*, dossier « Démographie et état de santé des personnes âgées », nº 85, décembre.
- **Celant N., Guillaume S., Rochereau T.**, 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport IRDES, nº 556, juin.
- **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 », *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, nº 1, p. 29-47.
- **Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T.**, 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, nº 553, juillet.
- **Guggemos F., Vidalenc J.**, 2013, « Une photographie du marché du travail en 2012 », *Insee Première*, INSEE division Emploi, nº 1466, septembre.
- **Institut national de santé publique,** 2013, « Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé du Québec ».
- *France, portrait social*, 2013, INSEE, coll. « Insee Références ».
- **Maki, N., Martikainen P.** *et al.***,** 2013. « Educational Differences in Disability-Free Life Expectancy: a Comparative Study of Long-Standing Activity Limitation in Eight European Countries » [en ligne] www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Maki_EURO_2012-0396850433/Maki_EURO_2012.pdf.
- **Moisy M.**, 2014, « État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA », *Études et Résultats*, DREES, nº 882, juin.
- **Pichetti S., Raynaud D., Vidal G.**, 2009, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po.
- **Reduron V., Van Wassenhove T.** (Cnaf), 2014, « Les allocataires du RSA fin juin 2013 », *Études et Résultats*, DREES, nº 864, janvier.
- **Robine J.M., Cambois E.** (pour l'action conjointe EHLEIS), 2013, « Les espérances de vie en bonne santé des Européens », *Population et Sociétés*, nº 499, juillet.

1. Synthèse

2. Indicateurs de santé transversaux

3. Indicateurs thématiques

▶ Les déterminants de l'état de santé p. 90
▶ La santé populationnelle p. 152
▶ Questions de santé et pathologies p. 198

LES DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Les déterminants liés à l'environnement **91**
Exposition de la population aux polluants atmosphériques 92
Qualité de l'eau de distribution publique 94
Exposition au radon 96

Les déterminants liés aux comportements individuels **99**
Consommation d'alcool 100
Consommation de tabac 104
Consommation de drogues illicites 108
Surpoids et obésité de l'adulte 112
Nutrition – Sédentarité et activité physique 116
Nutrition – Consommation de fruits et légumes 120
Nutrition – Statut en vitamine D 122

Les déterminants liés aux conditions de travail **125**
Les accidents du travail 126
Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel 128
Exposition au bruit en milieu de travail 132
Contraintes articulaires au travail 134

Les déterminants liés aux soins **137**
Événements iatrogènes en cours d'hospitalisation 138
Résistance aux antibiotiques 144

Les déterminants liés à l'environnement

Exposition de la population aux polluants atmosphériques

Cet article est dédié à la mémoire de Christophe Declercq, coordonnateur du Programme de surveillance air et santé (PSAS) de l'Institut de veille sanitaire entre 2008 et 2013.

Contexte

Plus de 80 % des Européens sont exposés à des niveaux de particules supérieurs à ceux préconisés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans les villes du projet européen de surveillance APHEKOM, en moyenne, chaque citoyen européen pourrait gagner 8 mois d'espérance de vie si la pollution était ramenée aux concentrations préconisées par l'OMS. En 2013, l'OMS a classé la pollution de l'air extérieur et, de manière distincte de cet aspect générique et spécifiquement, les particules[1] de l'air extérieur, comme cancérigènes certains pour l'homme. L'OMS avait élaboré en 2005 des lignes directrices relatives à la qualité de l'air pour soutenir les actions menées en vue d'atteindre une qualité de l'air permettant de protéger la santé publique dans différents contextes[2].

En France, les niveaux de pollution de l'air rencontrés actuellement continuent d'être à l'origine d'effets significatifs sur la santé (respiratoires, cardio-vasculaires, neurologiques, sur le fœtus…), particulièrement chez les personnes sensibles (enfants…), et cela même à des concentrations inférieures[3] aux valeurs réglementaires européennes transposées en droit français[4]. Ces effets sanitaires engendrent également des coûts de santé élevés (estimés de 20 à 30 milliards d'euros/an en France[5]).

Par ailleurs, la France est en situation de contentieux du fait de concentrations en particules PM10[6] ne respectant pas la réglementation européenne. D'autres contentieux sont possibles en raison de concentrations en dioxyde d'azote (NO_2) et d'émissions en oxydes d'azote (NOx = NO + NO_2) dépassant les valeurs européennes.

Indicateurs

▶ Émissions polluantes nationales

Une réduction des émissions nationales des principaux polluants atmosphériques est observée depuis 1980. Le tableau 1 présente les évolutions observées entre 1990 et 2012 et entre 2000 et 2012. Les émissions les plus importantes en quantités émises sont notamment les émissions de monoxyde de carbone (3 584 kilotonnes/kt, en 2011) et d'oxydes d'azote (1 005 kt en 2011).

▶ Concentrations mesurées dans l'air ambiant pour les polluants réglementés

Depuis 2000, la moyenne annuelle des concentrations en dioxyde d'azote (NO_2) a globalement diminué de façon progressive, avec une année atypique en 2003, pour se stabiliser ces dernières années (graphique 1). En 2012, des dépassements de la valeur fixée par la réglementation européenne en moyenne annuelle ont été observés sur des stations urbaines et périurbaines à Paris et à Nice. Des dépassements des valeurs limites en moyenne annuelle et moyenne horaire ont été observés sur la plupart des sites localisés en proximité de voies routières (sites « trafic »), principalement dans les régions Île-de-France et Rhône-Alpes.

Pour la période 2007-2012 (graphique 2), les concentrations moyennes annuelles en particules PM10 mesurées ont légèrement diminué sur la plupart des sites de mesures à l'exception des sites trafic où elles sont restées globalement stables. En 2012, la valeur réglementaire limite annuelle en PM10 a été dépassée sur un peu moins de 10 % des sites trafic (contre 15 % en 2011). Pour ce même polluant, la valeur réglementaire journalière a été dépassée sur 10 % des sites de surveillance du territoire, principalement en Provence - Alpes - Côte d'Azur, Nord - Pas-de-Calais, Île-de-France et Rhône-Alpes. Concernant les particules PM2.5[7], environ 10 % des sites de surveillance du territoire n'ont pas respecté en 2012 la valeur cible française de 20 µ g/m^3 en moyenne annuelle et environ 2 % étaient au-dessus de la valeur limite européenne de 25 µg/m^3 à respecter au 1er janvier 2015.

Sur l'ensemble de la période 2000-2012, il est observé une augmentation de l'ordre de 8 % de la moyenne annuelle du niveau en ozone (O_3) sur les sites urbains de fond en France (graphique 3). Entre 2011 et 2012, il a été constaté une légère baisse des concentrations annuelles pour les sites ruraux et une stagnation pour les sites urbains de fond.

S'agissant du dioxyde de soufre (SO_2), les concentrations moyennes annuelles ont fortement diminué sur les sites de fond urbains et les sites industriels depuis les années 1980, et sont donc très inférieures à l'objectif de qualité de 50 µg/m^3. Aucun site ne dépasse la valeur limite en moyenne horaire et la valeur limite en moyenne journalière.

▶ Concentrations mesurées dans l'air pour les autres polluants

Les résultats de mesures relatives au cadmium, au nickel, à l'arsenic et au mercure montrent que les moyennes annuelles sont inférieures aux valeurs cibles[8] (hors mercure qui ne dispose pas de valeur cible), à l'exception d'un site dans le Nord - Pas-de-Calais qui enregistre une concentration en nickel deux fois supérieure à la valeur cible. Dans la plupart des agglomérations, la moyenne annuelle des concentrations de plomb est toujours très inférieure à la valeur limite. La surveillance du benzo[a]pyrène ainsi que celle d'autres hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) est relativement récente et, en l'état actuel des données disponibles, il n'est possible d'identifier que deux sites en Rhône-Alpes et un autre en Lorraine ayant dépassé la valeur cible. Concernant le benzène, aucun site n'a présenté de dépassement de la valeur limite annuelle en 2012. En revanche, plusieurs dépassements de l'objectif de qualité sont constatés sur des sites de proximité au trafic (notamment en Île-de-France et Provence - Alpes - Côte d'Azur) et sur un site industriel dans l'agglomération lyonnaise. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DGS, bureau Environnement extérieur et produits chimiques

1. Les particules, ou poussières en suspension (PM) sont des éléments solides qui se retrouvent dans l'air ambiant. Elles sont classées en fonction de leur taille : PM10 = particules de diamètre inférieur à 10 micromètres.
2. www.airparif.asso.fr/_pdf/normes-OMS-revision-2005-resume-2006-VF.pdf
3. « Une série toujours plus grande d'effets indésirables pour la santé a été liée à la pollution de l'air, et ce à des concentrations toujours plus basses. C'est particulièrement le cas des particules en suspension dans l'air. Les nouvelles études font appel à des méthodes plus fines et à des indicateurs plus subtils mais sensibles de leurs effets, par exemple des mesures physiologiques (modifications de la fonction pulmonaire, marqueurs de l'inflammation) », lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air : particules, ozone, dioxyde d'azote, dioxyde de soufre. Mise à jour mondiale 2005 ; synthèse de l'évaluation des risques.
4. Valeurs réglementaires : www.airparif.asso.fr/reglementation/normes-francaises
5. www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/LPS175-2.pdf
6. PM10 : particules en suspension de taille inférieure à 10 micromètres.
7. PM2,5 : particules en suspension de taille inférieure à 2,5 micromètres.
8. Valeur cible : niveau à atteindre, dans la mesure du possible, dans un délai donné, et fixé afin d'éviter, de prévenir ou de réduire les effets nocifs sur la santé humaine ou l'environnement dans son ensemble.

Synthèse

Malgré la réduction des émissions nationales des principaux polluants, les concentrations mesurées dans l'air ambiant de nombreux polluants atmosphériques (notamment les particules, le NO_2 et l'O_3) dépassent généralement les lignes directrices établies par l'OMS en 2005 et les valeurs réglementaires européennes et nationales. L'année 2012 reflète une tendance à l'amélioration de la qualité de l'air par rapport à l'année précédente pour les polluants réglementés avec une diminution des concentrations annuelles pour le NO_2, les particules fines, le SO_2, le CO. Pour les particules et l'ozone, même si l'évolution est en moyenne favorable entre 2011 et 2012, on ne constate pas de tendance à la baisse depuis le début des années 2000, des facteurs externes tels que la météorologie pouvant expliquer les sensibles hausses ou baisses constatées d'une année sur l'autre[1].

Or, de nombreuses études montrent que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel. Ainsi, dans neuf villes françaises[2], environ 2 200 décès annuels pourraient être évités si les concentrations annuelles de PM2,5 étaient réduites de 5 µg/m³[3]. L'augmentation des niveaux de NO_2 est corrélée à une augmentation de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies respiratoires. L'augmentation des niveaux d'ozone est corrélée à une augmentation à court terme de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies respiratoires.

1. www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_de_la_qualite_de_l_air_2012_v_finale_corrigee_.pdf
2. Bordeaux, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rouen, Strasbourg et Toulouse.
3. Declercq C., Pascal M., Chanel O., Corso M., Ung A. *et al.*, 2012, « Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises. Résultats du projet Aphekom », Institut de veille sanitaire.

Tableau 1

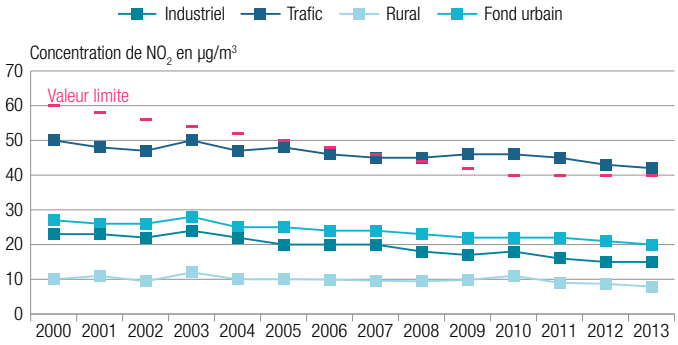
Évolution des émissions des principaux polluants atmosphériques entre 1990 et 2012 et 2000 et 2012, et émissions totales en 2011 et 2012 (données estimées)

Polluant	Évolution entre 1990 et 2012	Évolution entre 2000 et 2012	Émissions totales en 2011	Émissions totales estimées en 2012
Particules totales en suspension (TSP)	-29 %	-19 %	878 kt	875 kt
Particules de taille inférieure à 10 micromètres (PM10)	-50 %	-35 %	260 kt	257 kt
Particules de taille inférieure à 2,5 micromètres (PM2,5)	-56 %	-42 %	173 kt	170 kt
Particules de taille inférieure à 1 micromètre (PM1)	-61 %	-47 %	123 kt	120 kt
Dioxyde de soufre (SO_2)	-82 %	-63 %	255 kt	254 kt
Oxydes d'azote (NOx)	-47 %	-38 %	1 005 kt	982 kt
Ammoniac (NH_3)	-4 %	-6 %	674 kt	636 kt
Composés organiques volatils non méthaniques (COVNM)	-73 %	-59 %	734 kt	689 kt
Monoxyde de carbone (CO)	-70 %	-51 %	3 584 kt	3 460 kt
Benzène	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Arsenic (As)	-63 %	-58 %	6,5 t	6,5 t
Cadmium (Cd)	-88 %	-82 %	2,5 t	2,5 t
Chrome (Cr)	-94 %	-76 %	23 t	22 t
Cuivre (Cu)	-2 %	-1 %	226 t	225 t
Mercure (Hg)	-83 %	-64 %	4,7 t	4,5 t
Nickel (Ni)	-79 %	-68 %	76 t	72 t
Plomb (Pb)	-97 %	-54 %	128 t	127 t
Sélénium (Se)	-23 %	-25 %	12 t	11,3 t
Zinc (Zn)	-77 %	-49 %	441 t	436 t

Source • Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique, CITEPA/format SECTEN – avril 2013.

Graphique 1

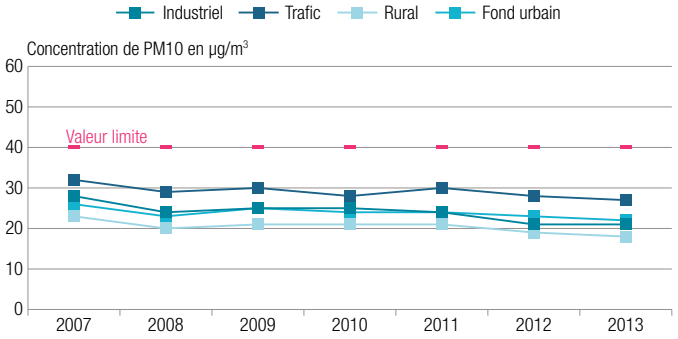
Évolution des concentrations moyennes annuelles en dioxyde d'azote (NO_2) entre 2000 et 2012



Champ • France métropolitaine et DOM.
Source • MEDDE/Bilan 2012 de la qualité de l'air – 2013.

Graphique 2

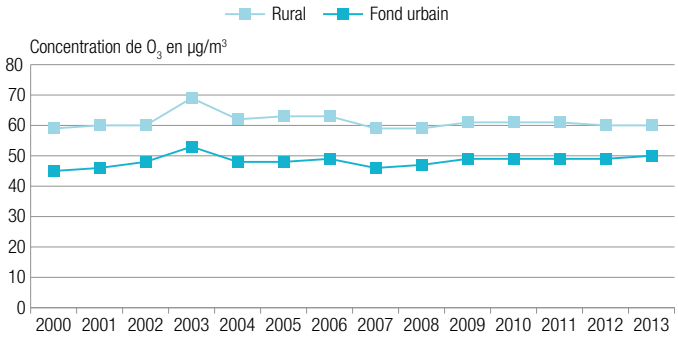
Évolution des concentrations moyennes annuelles en particules PM10 entre 2000 et 2012



Champ • France métropolitaine et DOM.
Source • MEDDE/Bilan 2012 de la qualité de l'air – 2013.

Graphique 3

Évolution des concentrations moyennes annuelles en ozone (O_3) entre 2000 et 2012



Champ • France métropolitaine et DOM.
Source • MEDDE/Bilan 2012 de la qualité de l'air – 2013.

INDICATEUR • **Émissions polluantes nationales**

▶ **Champ** : France (métropole). ▶ **Source** : Données du CITEPA. ▶ **Référence** : Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique (CITEPA), 2014, « Inventaire des émissions de polluants atmosphériques et de gaz à effet de serre en France. Séries sectorielles et analyses étendues. Format SECTEN ».
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CITEPA.

INDICATEUR • **Concentrations mesurées dans l'air ambiant pour les polluants réglementés**

▶ **Champ** : France (métropole et départements d'outre-mer). ▶ **Source** : Données des associations de surveillance de la qualité de l'air. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Toutes les grandes villes sont dotées de dispositifs de surveillance et un indice de qualité de l'air est calculé chaque jour dans plus de 80 agglomérations. Pour compléter les mesures réalisées par des stations fixes ou pour procéder à des études, la surveillance peut être menée au moyen de campagnes de mesures faisant appel à des camions laboratoires ou à d'autres moyens d'investigation. ▶ **Référence** : Direction générale de l'énergie et du climat, 2013, « Bilan de la qualité de l'air en France en 2012 et principales tendances observées au cours de la période 2000-2012 », ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie (MEDDE).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateurs** : MEDDE/LCSQA.

Qualité de l'eau de distribution publique

Contexte

La directive européenne 98/83/CE relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, transposée dans le code de la santé publique, fixe notamment des exigences de qualité pour l'eau du robinet. Les captages, les installations de traitement et les réseaux de distribution d'eau, jusqu'au robinet du consommateur, font l'objet d'un contrôle sanitaire régulier. Celui-ci est mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS), en toute transparence et en toute indépendance vis-à-vis des exploitants, qui réalisent également leur propre surveillance de la qualité de l'eau. Ce suivi sanitaire à deux niveaux fait de l'eau délivrée au robinet la denrée alimentaire la plus contrôlée en France.

Deux indicateurs ont été retenus pour suivre la qualité de l'eau distribuée par le réseau public :
• les micro-organismes dans l'eau du robinet : leur présence fait courir un risque à court terme au consommateur ; les pathologies induites, le plus souvent bénignes (troubles gastro-intestinaux) dépendent de la nature des germes présents, de leur concentration et de la sensibilité du consommateur ;
• les pesticides dans l'eau potable : leur présence donne des indications sur la qualité des ressources en eau. Des études récentes ont mis en évidence des liens entre exposition aux pesticides et effets à plus long terme sur la santé (cancers, effets neurologiques, troubles de la reproduction essentiellement). D'après l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES) (2013), l'eau du robinet contribue à moins de 5 % des apports totaux en pesticides par l'alimentation.

Indicateurs

▶ Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques

La qualité bactériologique de l'eau est évaluée à partir de deux germes indicateurs de contamination fécale (*Escherichia coli* et entérocoques) qui doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau.

Cette proportion est en forte baisse : en 2012, 3,3 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois dans l'année non conforme, contre 8,8 % en 2000 (graphique 1). Cette évolution reflète les efforts entrepris par les responsables de la distribution d'eau et les ARS pour améliorer la qualité de l'eau. Cependant, cette proportion stagne depuis 2009 au niveau national et reste élevée dans les zones où les réseaux de distribution d'eau alimentent peu de personnes (zones rurales, de montagne) (carte 1). En 2012, 100 % des unités de distribution (UDI) desservant plus de 50 000 habitants distribuaient de l'eau de bonne qualité microbiologique contre près de 83 % des UDI alimentant moins de 500 habitants. Ceci traduit les difficultés à distribuer de l'eau en permanence conforme vis-à-vis des paramètres microbiologiques, en particulier dans les petites UDI.

▶ Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les pesticides

La limite de qualité dans l'eau potable est fixée à 0,1 µg/l par pesticide individuel (et à 0,5 µg/l pour la somme des pesticides mesurés). Cette limite est un indicateur de la possible dégradation de la qualité des ressources en eau ; elle est, sauf pour quelques pesticides, inférieure à la « valeur sanitaire maximale » à partir de laquelle un risque sanitaire existe pour le consommateur. Au-dessus de cette valeur sanitaire, des restrictions de consommation sont prononcées.

En 2012, la proportion de la population alimentée par de l'eau ayant été non conforme au moins une fois à la limite de qualité des pesticides était de 4,5 % (environ 2,9 millions d'habitants). Depuis 2003, ce pourcentage a été divisé par 2 (tableau 1) et le nombre de personnes ayant été concernées par des restrictions d'usage de l'eau à cause de la présence de pesticides est également en baisse régulière (environ 27 000 personnes en 2012 contre 164 300 en 2003). En 2012, dans 84 départements, plus de 95 % de la population ont été desservis par une eau respectant en permanence la limite de qualité des pesticides (carte 2). ■

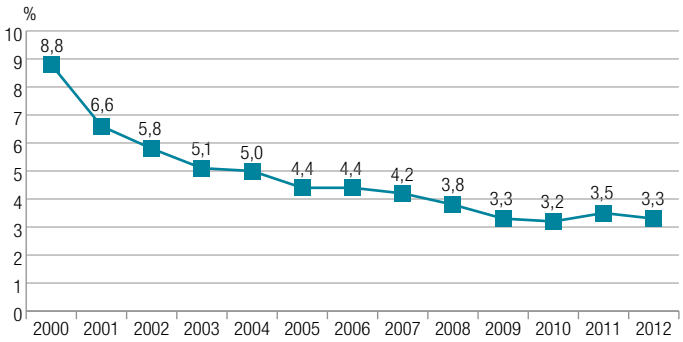
▸▸▸ Organisme responsable de la production de la fiche : DGS, bureau Qualité des eaux

↻ Synthèse

La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques au cours de l'année a diminué de 5,5 points entre 2000 et 2012 (3,3 %). Cette proportion étant constante depuis 2009, la poursuite des travaux de mise en conformité des installations de production et distribution d'eau potable et l'amélioration des traitements de désinfection doivent être encouragées.
S'agissant des pesticides, le pourcentage de population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme dans l'année a été divisé par 2 entre 2003 et 2012. Si ce pourcentage a légèrement augmenté entre 2011 (2,7 %) et 2012 (4,5 %), le nombre de personnes concernées par des restrictions de consommation a en revanche diminué (de 34 000 personnes en 2011 à 27 000 en 2012).

Graphique 1

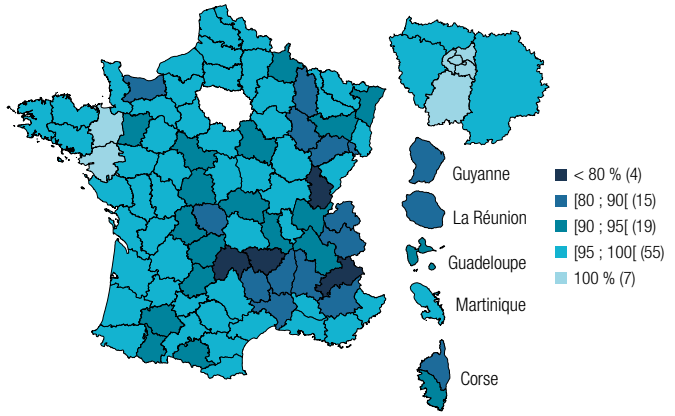
Proportion de la population desservie au moins une fois dans l'année par de l'eau ayant été non conforme pour les paramètres microbiologiques entre 1998 et 2012



Champ • France entière.
Source • Ministère des Affaires sociales, de la Santé de des Droits des femmes, ARS, SISE-Eaux.

Carte 1

Proportion de la population desservie par une eau de bonne qualité bactériologique en 2012



Champ • France entière.
Source • Ministère des Affaires sociales, de la Santé de des Droits des femmes, ARS, SISE-Eaux.

Tableau 1

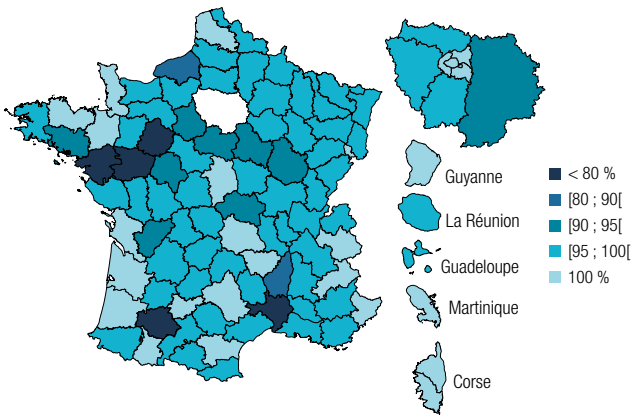
Proportion de la population desservie au moins une fois dans l'année par une eau non conforme pour les pesticides entre 2003 et 2012

Année	Proportion de la population
2003	9,0 %
2004	6,8 %
2005	6,2 %
2006	5,1 %
2007	8,4 %*
2008	8,1 %*
2009	3,0 %
2010	4,0 %
2011	2,7 %
2012	4,5 %

* Essentiellement dû à de faibles dépassements ponctuels des limites de qualité, notamment dans des unités de distribution d'eau d'Île-de-France desservant une portion élevée de population.
Champ • France entière.
Source • Ministère des Affaires sociales, de la Santé de des Droits des femmes, ARS, SISE-Eaux.

Carte 2

Proportion de population alimentée par de l'eau en permanence conforme pour les paramètres pesticides en 2012



Champ • France entière.
Source • Ministère des Affaires sociales, de la Santé de des Droits des femmes, ARS, SISE-Eaux.

▶ **Champ** : France (métropole et départements d'outre-mer). ▶ **Sources** : Données du contrôle sanitaire des eaux mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) et contenues dans la base de données SISE-Eaux (Système d'information en santé environnement sur les eaux) ; informations recueillies auprès des ARS. La fréquence du contrôle sanitaire de l'eau au point de mise en distribution (en sortie de la station de traitement notamment) et sur le réseau de distribution (aux robinets des consommateurs) dépend du nombre de personnes alimentées.
▶ **Mode de construction des indicateurs** :
– Indicateur relatif aux paramètres microbiologiques : cet indicateur est 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.
– Indicateur relatif aux pesticides : cet indicateur est le rapport de la population ayant été alimentée au moins une fois dans l'année par de l'eau non conforme pour les pesticides sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire pour les pesticides.
▶ **Limites d'interprétation et biais connus** :
– Indicateur relatif aux paramètres microbiologiques : compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, cet indicateur 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 dans le cadre du contrôle sanitaire.
– Indicateur relatif aux pesticides : en 2012, les informations ne sont pas disponibles pour moins de 0,8 % de la population (environ 500 000 personnes). En effet, certaines des plus petites unités de distribution n'ont pas fait, en 2012, l'objet d'un contrôle compte tenu de leur taille.
▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : DGS, bureau Qualité des eaux.

Exposition au radon

Contexte

Le radon est un gaz naturel inodore et radioactif provenant de la désintégration de l'uranium et du radium. Il est présent partout à la surface de la Terre mais plus particulièrement au niveau des sous-sols granitiques et volcaniques. La concentration du radon dans l'air extérieur est généralement trop faible pour être préoccupante pour la santé (inférieure à 10 Bq.m^{-3}). En revanche, lorsque le radon s'infiltre dans un espace clos tel une maison ou un sous-sol, du fait des caractéristiques du bâti (procédé de construction, état de la surface des sols), il peut s'accumuler à des concentrations élevées susceptibles de présenter un risque pour la santé.

Depuis 1987, le radon est classé comme cancérigène pulmonaire certain pour l'homme par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Il constitue la seconde cause de cancer du poumon après le tabagisme.

L'exposition domestique au radon serait responsable de 5 % à 12 % des décès annuels par cancer du poumon. Il existe une relation dose/effet linéaire entre l'exposition moyenne (pondérée sur les 30 années précédant le diagnostic) et le risque relatif de cancer du poumon. Par ailleurs une interaction entre le radon et le tabac a été mise en évidence.

Depuis 2004, la réglementation nationale oblige certains établissements recevant du public, situés dans 31 départements[1] jugés prioritaires pour la gestion du risque lié au radon à faire réaliser des mesures de concentration du radon par des organismes agréés. Cette réglementation a été étendue aux lieux de travail souterrains pour certaines catégories d'activités professionnelles en 2008. Dès lors que la concentration en radon dépasse 400 Bq.m^{-3}, des actions correctrices doivent être mises en œuvre. Au niveau de l'habitat individuel, il n'existe actuellement aucune réglementation, mais le Haut Conseil de la santé publique recommande toutefois de fixer à terme un seuil réglementaire à 300 Bq. m^{-3} pour la mise en place d'actions correctrices. De plus, la directive Euratom récemment publiée demande aux États membres de fixer des niveaux de référence nationaux pour les concentrations de radon à l'intérieur des bâtiments qui ne devraient pas excéder 300 Bq.m^{-3} en moyenne annuelle[2]. La gestion du risque lié au radon, notamment dans l'habitat, est présente dans plusieurs plans nationaux dont le Plan radon 2011-2015, les plans nationaux santé environnement 1 et 2 et le Plan cancer 2009-2013.

Indicateurs

▶ Pourcentage d'Établissements recevant du public (ERP) ayant des taux de radon supérieurs aux seuils réglementaires, dans les zones considérées comme prioritaires, parmi ceux dans lesquels le radon a été mesuré

Sur l'ensemble des campagnes de mesures réalisées entre 2005 et 2012, dans les 31 départements prioritaires, le pourcentage d'établissements où sont mesurées des concentrations en radon supérieures à 400 Bq.m^{-3} varie entre 13 et 21 %, tandis que les établissements où les concentrations mesurées excédent les 1 000 Bq. m^{-3} représentent entre 3 et 6 % (tableau 1). Parmi l'ensemble des mesures de la campagne 2011-2012, la proportion de valeurs excédant 300 Bq. m^{-3} est de 28 %, pour 21 % de valeurs dépassant 400 Bq. m^{-3}.

Les ERP à vocation d'enseignement font l'objet d'un effort particulier, justifié à la fois par l'ampleur de la population exposée et par la longue durée d'exposition de celle-ci. Dans ces établissements, la proportion de mesures avec des concentrations supérieures à 400 Bq.m^{-3} ne montre pas d'évolution entre les campagnes annuelles 2005-2006 et 2011-2012.

▶ Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant avoir entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol

Le Baromètre cancer réalisé en 2010 a permis d'évaluer la proportion de personnes d'un échantillon représentatif de la population française connaissant le radon. En 2010, un individu entre 15 et 75 ans sur cinq a déjà entendu parler du radon et sait qu'il s'agit d'un gaz naturel provenant du sol (tableau 2). Cette connaissance est plus fréquente chez les hommes (24,6 % contre 15,5 % chez les femmes) et chez les personnes les plus âgées (29,4 % chez les 65-75 ans contre 4,6 % chez les 15-25 ans). Si moins de 10 % des personnes dont la scolarité s'est arrêtée avant le baccalauréat ont connaissance du radon, un tiers de celles ayant un niveau d'études supérieur au bac en ont connaissance. Cette proportion atteint 43 % chez ceux qui ont fait au moins 5 ans d'études après le baccalauréat. Les fumeurs rapportent une moins bonne connaissance du risque radon (15 % contre 22,5 %). Enfin, les individus qui résident dans un département concerné par le risque radon le connaissent davantage (29,3 % contre 17,7 %) mais cette proportion reste encore bien en deçà de la majorité. Après ajustement mutuel sur les autres facteurs significatifs, l'ensemble des différences observées demeure.

▶ Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant se sentir concernés par un problème de radon dans leur habitation

Parmi les 282 personnes du Baromètre cancer 2010 qui ont connaissance du radon et de son origine et qui résident dans l'un des 31 départements concernés par ce risque, 27,9 % estiment que le radon présente un risque « plutôt » ou « très » élevé dans le département. Seules 15,4 % d'entre elles se sentent personnellement concernées par un risque radon dans leur habitation (Beck *et al.*, 2012 ; Beck *et al.*, 2013). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : INCA

1. Allier, Hautes-Alpes, Ardèche, Ariège, Aveyron, Calvados, Cantal, Corrèze, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Côtes-d'Armor, Creuse, Doubs, Finistère, Indre, Loire, Haute-Loire, Lozère, Haute-Marne, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Rhône, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Savoie, Deux-Sèvres, Haute-Vienne, Vosges, Territoire de Belfort.

2. Le HCSP avait recommandé en 2010 que le seuil soit abaissé à 300 Bq.m^{-3}, à l'instar des Pays-Bas, de la Belgique et de l'Allemagne, considérant que le seuil de la réglementation actuelle (400 Bq.m^{-3}) est associé à un niveau de risque additionnel très élevé de cancer du poumon, de l'ordre de 21,10^{-3} selon la publication CIPR 65 (Commission internationale de protection radiologique), par rapport à un logement qui connaîtrait des teneurs de 100 Bq.m^{-3}. L'OMS préconise quant à elle de passer cette valeur à 100 Bq.m^{-3}, tout en précisant qu'en cas d'impossibilité, la valeur retenue ne devrait pas dépasser 300 Bq.m^{-3}. La directive Euratom fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants a été publiée en décembre 2013 et demande aux États membres de fixer des niveaux de référence nationaux pour les concentrations de radon à l'intérieur des bâtiments qui ne devraient pas excéder 300 Bq.m^{-3} en moyenne annuelle.

Synthèse

Le radon est un gaz d'origine naturelle, radioactif et inodore, présent dans le sol et pouvant s'accumuler dans l'air intérieur des bâtiments. Il s'agit d'un cancérigène pulmonaire certain, identifié comme le second facteur de risque de cancer de poumon derrière le tabac. Des actions de prévention simples permettent de réduire sa concentration au sein des bâtiments (aération et étanchéité). Pourtant, le radon et les risques sanitaires qui lui sont liés sont largement méconnus de la population.

Tableau 1

Évolution entre 2005 et 2012 des résultats des mesures de radon dans les établissements recevant du public (établissements d'enseignement, sanitaires et sociaux, thermaux et pénitentiaires)

Campagnes de mesures	Nombre d'établissements contrôlés	Établissements > 400 Bq. m^{-3}	Établissements > 1 000 Bq. m^{-3}
2005-2006	2 966	13	3
2006-2007	3 000	15	4
2007-2008	1 204	21	6
2008-2009	800	18	6
2009-2010	510	20	5
2010-2011	644	19	5
2011-2012	1 484	21	4

Source • Rapport ASN sur l'état de la sûreté nucléaire et la radioprotection en France en 2012.

Tableau 2

Proportion d'enquêtés ayant déjà entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol, selon le profil sociodémographique

Variables	
Globalement	**19,9 %**
Sexe	***
Hommes	24,6 %
Femmes	15,5 %
Classe d'âge	***
15-25 ans	4,6 %
26-34 ans	12,2 %
35-44 ans	23,6 %
45-54 ans	24,7 %
55-64 ans	27,5 %
65-75 ans	29,4 %
Diplôme	***
Aucun diplôme	9,7 %
< Baccalauréat	15,4 %
Baccalauréat	24,2 %
> Baccalauréat	33,1 %
Revenus	***
≤ 1 100 €	11,4 %
1101-1786 €	21,4 %
≥ 1 786 €	32,6 %
Pas de réponse	15,9 %
Résidence dans un des 31 départements concernés	***
Non	17,7 %
Oui	29,3 %
Fumeur	***
Non	22,5 %
Oui	15,0 %

*** p < 0,001 : résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson.
Champ • France entière.
Source • Baromètre cancer 2010, INPES.

INDICATEUR • **Pourcentage d'ERP (Établissements recevant du public) ayant des taux de radon supérieurs aux seuils réglementaires dans les zones considérées comme prioritaires parmi ceux dans lesquels le radon a été mesuré**

▶ **Champ** : Établissements recevant du public dans les 31 départements prioritaires. ▶ **Sources** : Organismes agréés par l'Autorité de sûreté nucléaire pour la mesure du radon. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Ratio entre le nombre d'ERP où le taux de radon est supérieur au seuil (400 Bq. m^{-3} et 1000 Bq. m^{-3} respectivement) et le nombre d'ERP dans lesquels le radon a été mesuré. ▶ **Limites d'interprétation** : Le nombre total d'ERP présents dans ces départements n'est pas précisé, non plus que les mesures de remédiation entreprises et l'observation des effets de celles-ci, en particulier là où les concentrations excèdent 1 000 Bq. m^{-3}, qui appellent les actions les plus urgentes.
▶ **Références** :
– Rapport de l'ASN sur l'état de la sûreté nucléaire et de la radioprotection en France en 2012, www.asn.fr/annual_report/2012fr/index.html.
– Rapport du Haut Conseil de la santé publique sur l'évaluation du deuxième Plan national santé-environnement, septembre 2013, www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : ASN.

INDICATEURS • **Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant avoir entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol.**
• **Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant se sentir concernés par un problème de radon dans leur habitation**

▶ **Champ** : France métropolitaine, Échantillon aléatoire national représentatif de personnes âgées de 15 à 75 ans. ▶ **Source** : Baromètre cancer 2010, INPES/INCA.
▶ **Mode de construction des indicateurs** :
– Nombre d'individus habitant en zone prioritaire déclarant avoir entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel/Nombre d'individus enquêtés habitant en zone prioritaire.
– Nombre d'individus dans les zones prioritaires déclarant se sentir concernés par un problème de radon dans leur habitation/Nombre de personnes interrogées dans les zones prioritaires.
▶ **Limites d'interprétation** : Celles des enquêtes réalisées par questionnaire posé par téléphone : non-inclusion des personnes n'ayant pas de ligne téléphonique, taux de refus de participation à l'enquête de 40 %.
▶ **Références** :
– Beck F., Gautier A., 2012, *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé ».
– Beck F., Richard J. B., Deutsch A., Benmarhnia T., Pirard P., Roudier C. et Peretti-Watel P., 2013, « Connaissance et perception du risque dû au radon en France », *Cancer/Radiothérapie*, 17(8), p. 744-749.
▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : INPES.

Les déterminants liés aux comportements individuels

Consommation d'alcool

Contexte

L'évolution de la consommation d'alcool[1] au cours des années 2000 doit être resituée dans un contexte de baisse quasi continue de la consommation d'alcool en France depuis la fin des années 1950, diminution essentiellement imputable à celle des quantités de vin. Malgré cette importante contraction, la France reste parmi les pays consommant beaucoup d'alcool. Le premier indicateur calculé en rapportant le total des quantités d'alcool à un nombre d'habitants donne une valeur moyenne qui ne rend pas compte des disparités des niveaux de consommation. La consommation d'alcool est ainsi plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et les volumes absorbés sont en moyenne plus importants chez les premiers. En dehors du sexe, la consommation peut aussi varier suivant différents autres facteurs. Il est ainsi nécessaire de compléter cet indicateur par des données sur la consommation d'alcool issues d'enquêtes auprès de l'ensemble de la population, en distinguant les adultes et les mineurs. Pour ces derniers, le suivi repose sur les résultats d'une enquête sur les consommations de substances psychoactives menée auprès des jeunes de 17 ans. Des données actualisées sur le « *binge drinking* [2] » seront par ailleurs disponibles en 2015.

Indicateurs

▶ Quantité d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus mise à disposition sur le territoire français

En 2012, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français, s'établit à 11,8 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (graphique 1). Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur[3]) par habitant de 15 ans et plus et par jour. Sur la quantité totale d'alcool consommée, un peu plus de 58 % l'a été sous forme de vin (y compris vins mousseux), près de 22 % sous forme de spiritueux, près de 18 % sous forme de bière, le reste (2,5 %) sous forme de cidre et de produits intermédiaires (vins doux, vins de liqueurs, autres). Entre 2008 et 2012, les quantités mises à disposition ont reculé d'un peu moins d'un demi-litre. Le rythme de baisse tend à se ralentir par rapport à celui des années 1970 et 1980 mais reste notable.

D'après les estimations de l'OMS portant sur la consommation d'alcool taxée et non taxée, la France se situerait en 2008 au 16e rang du classement des pays de l'UE suivant la consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus, les pays les plus consommateurs se situant pour la plupart en Europe orientale et centrale. Les chiffres portant uniquement sur l'alcool taxé (ou vendu légalement) placent en revanche la France en 5e position en 2009. Les méthodes de calcul des quantités d'alcool consommées n'étant pas standardisées, et les régimes fiscaux applicables aux alcools étant différents selon les pays, il faut considérer avec prudence ce classement entre pays. Il apparaît, néanmoins, 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, dont le niveau de consommation était auparavant très fortement au-dessus de celui des autres pays européens, ne fait plus figure d'exception.

▶ Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool dans la population française adulte

Au début des années 2010, près de 20 % des 18-75 ans consommaient régulièrement de l'alcool (au moins dix fois dans le mois) et 12 % quotidiennement[4]. Les comportements d'alcoolisation sont très différenciés selon le sexe et l'âge. Parmi les 18-75 ans, la proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente fortement avec l'âge pour les deux sexes. Cette dernière caractéristique s'explique par les habitudes de consommation de vin lors des repas beaucoup plus fréquentes dans les générations plus âgées. Il existe également des différences de prévalence de la consommation quotidienne suivant les professions et catégories sociales : dans les catégories des agriculteurs, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et des inactifs âgés de 18 à 64 ans, 16 à 17 % sont des consommateurs quotidiens contre 2 % chez les étudiants, 5 % parmi les employés, 6 % parmi les professions intermédiaires (tableau 1). Les différences de prévalence suivant les professions sont cependant en partie liées aux différences de répartition entre hommes et femmes suivant les professions. La proportion de femmes est ainsi beaucoup plus élevée dans la catégorie des employés que dans celle des agriculteurs ou des artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ce qui explique en partie la prévalence beaucoup plus faible dans cette catégorie.

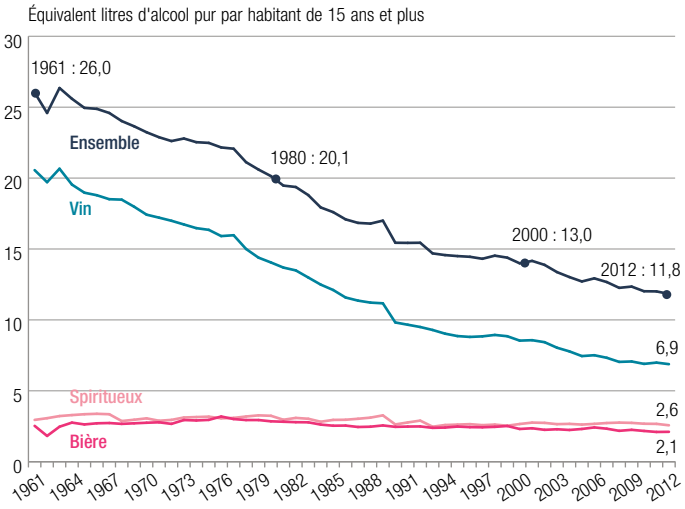
Deux régions se distinguent par une proportion de buveurs quotidiens nettement plus élevée que la moyenne nationale (carte 1) : le Nord - Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon, avec une prévalence de 18 % et 17 % chez les 15-75 ans contre 11 % en moyenne. Les régions Midi-Pyrénées et Pays de la Loire se situent également au-dessus de la moyenne nationale mais s'en écartent plus faiblement. À l'inverse, la proportion de buveurs quotidiens est un peu plus faible qu'au niveau national en Lorraine, Île-de-France et Haute-Normandie.

De façon cohérente avec la diminution des quantités d'alcool consommées, la proportion de Français qui boivent tous les jours de l'alcool a nettement baissé au cours des années 2000 : chez les hommes elle est passée de 31 % en 2000 à 18 % en 2010 et de 12 % à 6 % chez les femmes (graphique 2). Le lien, quasi obligatoire il y a cinquante ans, entre repas et consommation d'alcool continue à se distendre, ce qui explique la baisse des quantités consommées et de la part des buveurs quotidiens. La proportion élevée de consommateurs quotidiens dans les régions Nord - Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées citées pouvait déjà être observée en 2000. Dans un contexte général de baisse des consommations, ce pourcentage est resté à peu près inchangé depuis 2000 dans le Nord - Pas-de-Calais et n'a que très faiblement diminué dans le Languedoc-Roussillon.

1. Les données présentées dans les fiches sont les dernières publiées et ne correspondent pas nécessairement aux dernières enquêtes réalisées. En particulier, pour le Baromètre santé de l'INPES et l'enquête Escapad de l'OFDT, les derniers exercices ont été menés dans le courant de l'année 2014. Les premiers résultats devraient être publiés au premier trimestre 2015.
2. Consommation excessive et rapide d'alcool.
3. Soit approximativement la quantité d'alcool pur contenue dans n'importe quel verre de boisson alcoolisée servi dans un débit de boisson.
4. Ces résultats sont calculés à partir d'une question sur la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois. Les personnes qui boivent quotidiennement le font donc en principe tout au long de l'année.

Graphique 1

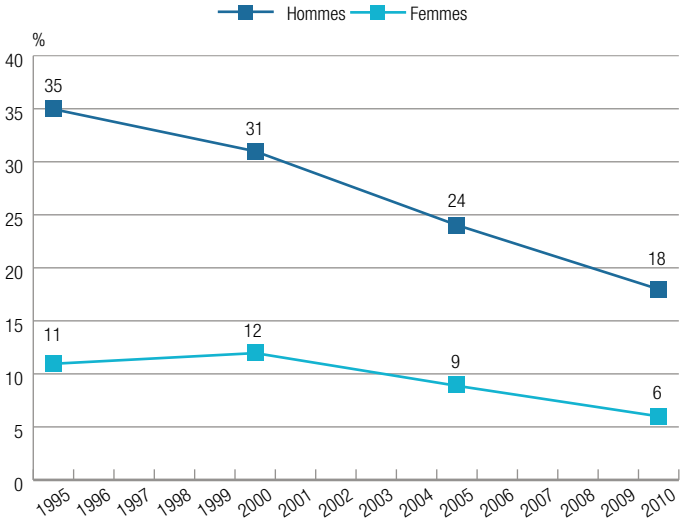
Quantités d'alcool mises à disposition des consommateurs, au total et sous forme de vin, bière et spiritueux sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus (1961-2012)



Champ • France entière.
Sources • 1961-1989 : Organisation mondiale de la santé ; 1990-1999 : IDA ; 2000-2012, INSEE.

Graphique 2

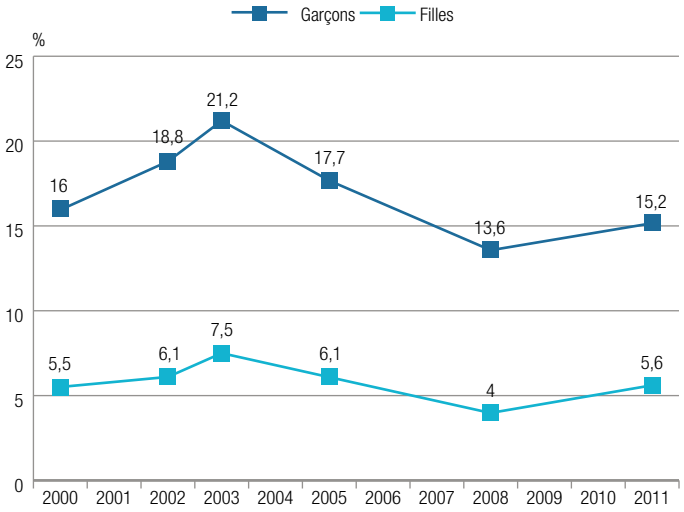
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans, 1995-2010 (en %)



Champ • France métropolitaine.
Sources • Baromètres santé 1995, 2000, 2005, 2010, INPES.

Graphique 3

Prévalence de la consommation régulière d'alcool à 17 ans, 2000-2011 (en %)



Champ • France métropole et DOM (à partir de 2001).
Sources • Escapad 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011, OFDT.

Tableau 1

Usage quotidien d'alcool selon la PCS chez les 18-64 ans en 2010 (en %)

	Population adulte 18-64 ans	Usage quotidien d'alcool (en %)
Actifs occupés	Agriculteurs	17
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	16
	Cadres et professions intellectuelles	8
	Professions intermédiaires	6
	Employés	5
	Ouvriers	11
Chômeurs		8
Étudiants		2
Inactifs		17

Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES (18-64 ans).

Consommation d'alcool (suite)

▶ Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans

Parmi les jeunes de 17 ans, un peu plus de 10 % consommaient régulièrement de l'alcool (au moins 10 fois dans le mois) au début des années 2010. Comme chez les adultes, les garçons sont plus fréquemment consommateurs que les filles : la proportion de consommateurs réguliers est de 15 % chez les premiers contre près de 6 % chez les secondes.

La géographie de l'usage régulier est différente à 17 ans de ce qu'elle est pour l'ensemble de la population adulte. La prévalence de cette consommation est plus élevée qu'en moyenne dans un ensemble disparate de régions : à l'Ouest, en Bretagne et Pays de la Loire, au Sud-Ouest en Aquitaine et Midi-Pyrénées, en Champagne-Ardenne, qui se distingue nettement des autres régions situées au nord de la France, et dans le Centre ou le Sud-Est de la France, en Auvergne et dans la région Rhône-Alpes. Contrairement à ce qui est observé en population adulte, la région Nord - Pas-de-Calais fait partie des régions où la prévalence est plus faible qu'en moyenne. L'Alsace, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, l'Île-de-France et la Haute-Normandie sont également des régions à plus faible niveau de prévalence. La région Languedoc-Roussillon ne se distingue pas significativement de la moyenne nationale (carte 2).

Depuis le début des années 2000, la prévalence de la consommation régulière chez les jeunes de 17 ans a connu une phase d'augmentation jusqu'en 2003, suivi d'une baisse prononcée jusqu'en 2008, puis d'une nouvelle augmentation entre 2008 et 2011. Ces différentes évolutions se traduisent par une prévalence presque identique en 2011 à ce qu'elle était en 2000 (graphique 3) ■

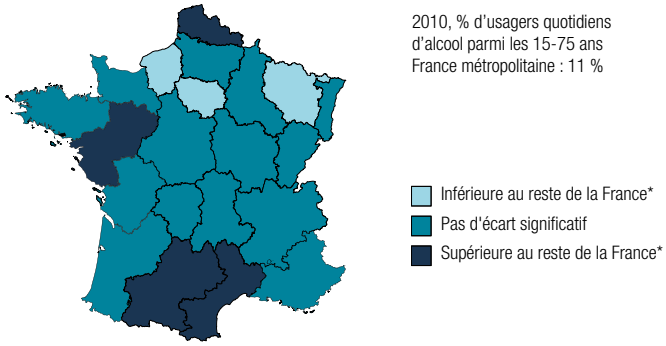
▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : OFDT

○ Synthèse

En 2012, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français, s'établit à 11,8 litres par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur) par habitant de 15 ans et plus et par jour.
La diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000, s'est ralentie depuis 2005 mais la baisse se poursuit. Elle s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne consommant beaucoup d'alcool mais ne se situe plus en tête du classement.
Dans la population française adulte, 20 % consomment régulièrement de l'alcool et 12 % quotidiennement, les hommes étant environ trois fois plus nombreux à consommer de l'alcool tous les jours que les femmes. En cohérence avec la diminution des quantités, la proportion de consommateurs quotidiens a nettement diminué au cours des années 2000. Les régions Nord - Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon se distinguent tout au long des années 2000 par une proportion plus élevée qu'en moyenne de consommateurs quotidiens d'alcool.
À 17 ans la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur dix, beaucoup plus souvent les garçons que les filles. Depuis 2000, la prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans connaît une alternance de phases d'augmentation et de diminution, ce qui la situe en 2011 presque au même niveau qu'en 2000. La tendance à la baisse de la consommation d'alcool observée chez les adultes n'apparaît donc pas chez les jeunes de 17 ans.

Carte 1

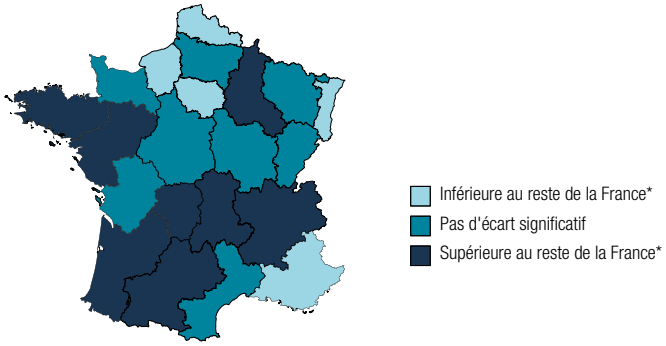
Prévalences régionales de l'usage quotidien d'alcool parmi les 15-75 ans en 2010 (en %)



* Différences significatives avec un risque d'erreur de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.
Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES.

Carte 2

Prévalences régionales de l'usage régulier d'alcool à 17 ans en 2010 (en %)



* Différences significatives avec un risque d'erreur de 5 %. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national. Chaque région est comparée au reste de la France.
Champ • France entière.
Source • Escapad 2011, OFDT.

INDICATEUR • **Quantité d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus mise à disposition sur le territoire français**

▶ **Champ** : France entière, population âgée de 15 ans ou plus. ▶ **Sources** : Statistiques démographiques (INSEE) ; Ventes : statistiques fiscales sur les ventes d'alcool (DGDDI). Exploitation des données : INSEE, OFDT et Groupe Ida. ▶ **Périodicité** : Annuelle. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Cet indicateur 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. ▶ **Limites d'interprétation** : 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 séjournent que pour une courte durée. Des calculs effectués à partir de statistiques de nuitées 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** :

– Got C., Weill J. (dir.), 1997, *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Paris, Seli Arslan.
– OFDT, 2013, « Drogues et addictions, données essentielles », Paris.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

INDICATEUR • **Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool dans la population française adulte**

▶ **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 84 ans, francophones, résidant en ménage ordinaire. ▶ **Source** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : Les enquêtes « Baromètre santé » sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus dont 2 944 joignables uniquement sur téléphone mobile. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé et abordent leurs consommations de drogues licites et illicites. Le mode de tirage est 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. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de la consommation régulière (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) et quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans. Pour les comparaisons régionales l'INPES utilise une population standard nationale. Les différences régionales constatées ne sont donc pas liées à des différences de structure de population. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : La confrontation des quantités consommées d'alcool reconstituées à partir des données fiscales (premier indicateur) et des quantités rapportées dans les enquêtes de consommation fait apparaître une importante sous-déclaration des quantités d'alcool consommées. Les DOM ne sont pas représentés. Le taux de refus est pour l'échantillon des détenteurs exclusifs de téléphone mobile, comme pour celui des détenteurs de ligne fixe, d'environ 40 %. ▶ **Référence** : Beck F., Guignard R., Richard J.B., Tovar M.L., Spilka S., 2011, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, OFDT, nº 76, juin.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : INPES.

INDICATEUR • **Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans**

▶ **Champ** : Jeunes de 17 ans résidant en France, de nationalité française. ▶ **Source** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : Escapad : Enquête triennale sur la santé et la consommation des jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté. Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire autoadministré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives, leur santé et leur mode de vie. En 2011, 32 249 jeunes ont été interrogés, durant une semaine et demie en avril. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de l'usage régulier (au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) à 17 ans. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Comme toute donnée déclarative, et d'autant plus pour un comportement sensible car illicite, l'usage déclaré d'alcool peut faire l'objet d'une sous-déclaration. Les effectifs sont insuffisants dans certaines régions (Guyane, Corse) pour renseigner l'ensemble des prévalences régionales. ▶ **Référence** : Spilka S., Le Nezet O., Tovar M.L., 2012, « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011 », *Tendances*, OFDT, nº 79, février.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

Consommation de tabac

Contexte

En France, le nombre annuel de décès attribués au tabagisme a été estimé à 73 000, dont un tiers par cancer du poumon (OMS, 2004)[1]. La mortalité par cancer du poumon est l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé. Si, à la suite de l'importante baisse du tabagisme en France, notamment parmi les hommes, on observe actuellement une diminution de la mortalité par cancer bronchique chez les hommes, la consommation de tabac constitue la première cause de mortalité évitable, loin devant l'alcool. En outre, le développement du tabagisme féminin au cours des dernières décennies s'est traduit par un accroissement du taux de décès par cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes, en particulier chez celles âgées de moins de 65 ans, alors qu'il a diminué dans le même temps chez les hommes. Ces décès liés à ces cancers restent cependant majoritairement masculins, avec 8 décès sur 10.

En 2010, 26,0 % des femmes et 32,4 % des hommes de 15-75 ans ont déclaré fumer quotidiennement. Après une longue période de baisse depuis la fin des années 1970, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 7 % (+ 2 points) entre 2005 et 2010.

Il en est de même parmi la population adolescente où, après une décennie de baisse continue, la consommation quotidienne a augmenté à nouveau entre 2008 et 2011 : l'usage quotidien, après être passé de 41,1 % à 28,9 % entre 2000 et 2008, a atteint 31,5 % en 2011, progressant ainsi de près de 3 points. Toutefois, l'âge moyen d'expérimentation du tabac déclaré à 17 ans semble être devenu plus tardif puisqu'en 2011, garçons et filles confondus, l'âge moyen est de 14,1 ans pour l'initiation et de 15,0 ans pour l'entrée dans le tabagisme quotidien contre respectivement 13,5 ans et 14,5 ans en 2000.

L'impact de la cigarette électronique ne sera pas traité ici en raison d'une insuffisance de recul. Il pourra l'être dans une édition ultérieure.

Indicateurs

▶ Les ventes de tabac

En 2013, les ventes de tabac en France métropolitaine s'établissent à 58 309 tonnes, soit un recul de 6,2 % par rapport à 2012, passant pour la première fois sous la barre des 60 000 tonnes. Les ventes de cigarettes, qui représentent environ 80 % du marché, diminuent nettement (- 7,6 %) ; la progression de celles de tabac à rouler, moins importante que les années précédentes (+ 2,6 %), ne compense que marginalement cette baisse. Les autres types de tabac (cigares, cigarillos, tabac à priser et à mâcher, etc.) voient aussi leurs ventes reculer de 5,6 %.

Le chiffre d'affaires global du tabac est resté stable par rapport à l'année 2012, s'élevant à 17,8 milliards d'euros. Pour les seules cigarettes, il atteint 15,3 milliards d'euros contre 15,5 milliards en 2012. Dans les deux cas, c'est la première fois depuis 2005 que le chiffre d'affaires ne progresse pas, alors que jusque-là, les hausses de prix avaient toujours compensé les baisses des ventes.

Les augmentations des prix du tabac pratiquées en France se traduisent généralement par un accroissement des achats dans les pays limitrophes, dans la mesure où les prix y sont plus bas. En 2013, ces derniers continuent d'être inférieurs dans tous les pays voisins continentaux, sauf en Suisse. En novembre de la même année, une enquête sur la cigarette électronique menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a été l'occasion d'interroger les fumeurs sur leurs moyens d'approvisionnement en tabac, selon les mêmes modalités qu'une précédente étude menée en juin-juillet 2010. Dans les deux cas, une large majorité des fumeurs (77 %) a déclaré que leur dernier achat de tabac pour leur consommation personnelle a eu lieu chez un buraliste en France, les achats transfrontaliers concernant pour leur part 17 % des fumeurs interrogés, comme en 2010.

▶ Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)

Après avoir longtemps baissé depuis les années 1950, la proportion de fumeurs actuels a augmenté entre 2005 et 2010 (graphique 1), tout comme l'usage quotidien. Ce dernier concerne près de 30 % des 18-75 ans en 2010, soit une hausse de 2 points par rapport à 2005. Il s'agit de la première augmentation significative depuis la loi Évin en 1991. Plus particulièrement, les femmes sont plus nombreuses à fumer quotidiennement (de 23 % à 27 % entre 2005 et 2010), surtout celles de 45 à 64 ans (+ 6 points en cinq ans), issues d'une génération qui a adopté le comportement tabagique des hommes. Toutefois, les hommes restent toujours plus souvent consommateurs que les femmes et fument en plus grande quantité. En 2010, la carte des niveaux du tabagisme quotidien selon les régions montre une relative homogénéité. Trois régions (Languedoc-Roussillon, Aquitaine et PACA), cependant, se distinguent par une proportion plus élevée d'usagers alors que quatre autres présentent des niveaux inférieurs (Île-de-France, Pays de la Loire, Alsace et Rhône-Alpes).

Le tabagisme régulier est associé au sexe et à l'âge ainsi qu'à la situation actuelle des personnes. La prévalence tabagique chez les chômeurs est ainsi la plus élevée, et celle qui a connu la plus forte progression entre 2005 et 2010, passant de 44 % à 51 %. Par ailleurs, parmi les actifs la prévalence tabagique se révèle la plus élevée parmi les ouvriers (43 %), suivie par les artisans, les employés, les professions intermédiaires, les cadres et les agriculteurs où elle est la plus faible (20 %) (tableau 2).

Concernant les quantités fumées en 2010, les fumeurs quotidiens déclarent consommer en moyenne plus de 13,6 cigarettes par jour dont 68 % plus de 10 par jour, soit une diminution par rapport à 2005 (72 %). Le tabagisme quotidien est dans toutes les classes d'âge plus élevé chez les hommes que parmi les femmes, sauf chez les plus âgés (> 75 ans).

▶ Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans

Parmi les jeunes français de 17 ans, 68 % déclarent en 2011 avoir déjà fumé au moins une cigarette, soit 2 points de moins qu'en 2008. Le recul est plus marqué chez les garçons (- 3,5 points) que chez les filles (- 1 point).

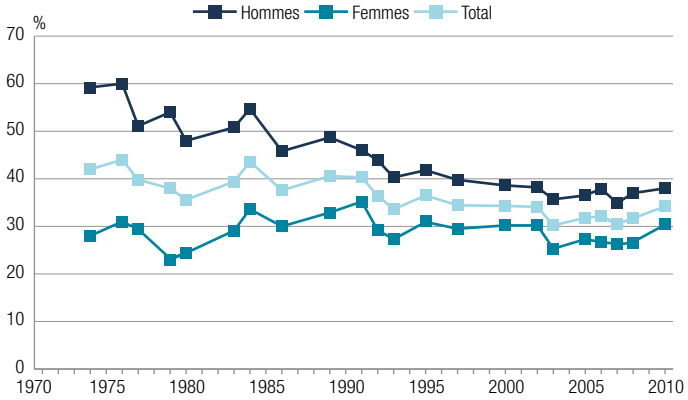
En revanche, les usages au cours du mois progressent, passant de 40,5 % en 2008 à 42,0 % en 2011. Il en est de même pour l'usage quotidien qui augmente pour sa part de 28,9 % à 31,5 %.

Cette évolution est modérée, mais marque une rupture avec la baisse observée depuis 2000. Parmi les jeunes de 17 ans interrogés en 2011, l'âge moyen de la première cigarette est de 14,1 ans.

En 2011, la cartographie des niveaux de diffusion du tabagisme quotidien est marquée par une diffusion importante et homogène sur l'ensemble

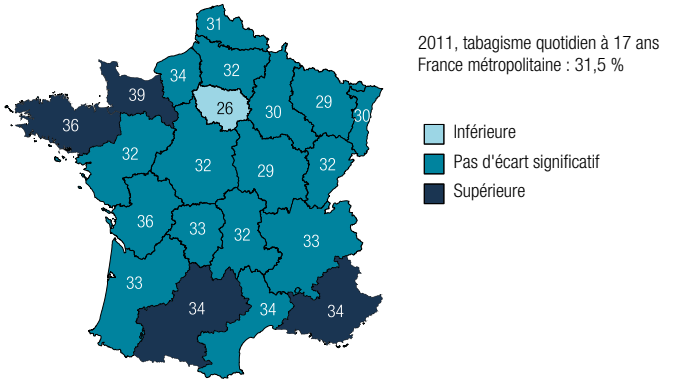
1. www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm. Voir également la fiche « Tabac et grossesse ».

Graphique 1
Évolution de la prévalence de fumeurs actuels* entre 1974 et 2010 (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. Population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.
Sources • Enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002, OFDT ; enquêtes Prévalences 2003-2005, INPES ; baromètres santé 2005 et 2010 ; Baromètre santé environnement 2007, INPES ; Baromètre santé nutrition 2008, INPES.

Carte 1
Prévalence du tabagisme quotidien à 17 ans en régions en 2011 (en %)



Lecture • Prévalence de 31,5 % en France métropolitaine.
Source • Enquête Escapad 2011, OFDT (17 ans).

Tableau 1
Prévalence des fumeurs quotidiens parmi les 17-64 ans en 2010-2011 (en %)

		17 ans	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Tabac	Consommation quotidienne	31	39	42	37	31	18
	sr	1,09	1,13	1,34	1,2	1,12	1,33

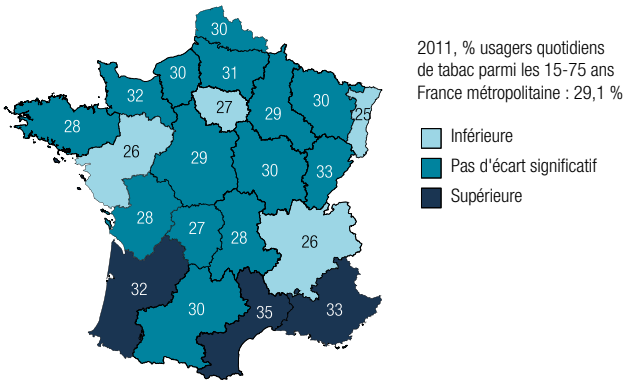
sr : sex ratio = rapport des prévalences hommes et femmes.
Champ • France entière.
Sources • Enquête Escapad 2011, OFDT (17 ans) ; Baromètre santé 2010, INPES (18-64 ans).

Tableau 2
Tabagisme quotidien selon la PCS et la situation actuelle chez les 18-64 ans en 2010

	Population adulte 18-64	Tabagisme quotidien (en %)
Actifs occupés	Agriculteurs	20
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	40
	Cadres et professions intellectuelles	24
	Professions intermédiaires	29
	Employés	34
	Ouvriers	43
Chômeurs		51
Étudiants		29
Inactifs		23

Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES (18-64 ans).

Carte 2
Prévalence du tabagisme quotidien chez les 15-75 ans en régions en 2010 (en %)



Lecture • Prévalence de 29,1 % en France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES.

Consommation de tabac (suite)

du territoire métropolitain. 16 régions sur 21 présentent des niveaux de tabagisme quotidien statistiquement équivalents à la moyenne nationale, avec des taux variant entre 29 % et 34 %. Les régions dont les niveaux sont supérieurs à la moyenne nationale ne présentent pas de véritable cohérence géographique, ainsi on retrouve quatre régions avec des niveaux plus élevés qu'ailleurs : Midi-Pyrénées (34 %), PACA (34 %), Bretagne (36 %) et Basse-Normandie qui présente la prévalence la plus élevée (39 %). L'Île-de-France est la seule région métropolitaine où le tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans est significativement plus rare que sur le reste du territoire, avec 26 % des Franciliens qui ont déclaré fumer au moins une cigarette par jour. Dans les départements d'outre-mer, les adolescents de 17 ans présentent des niveaux nettement inférieurs à ceux observés en France métropolitaine.

En 2011, la France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes de 16 ans ayant consommé du tabac au cours du mois précédant l'enquête. Avec 38 % de fumeurs, elle est bien au-delà de la moyenne européenne, où elle se situait en 2007. Parmi les pays qui ont participé aux cinq éditions de l'enquête ESPAD, le tabagisme chez les jeunes a baissé de 7 points entre 1999 et 2007, baisse qui se maintient entre 2007 et 2011 à l'exception de la France (Hibell, 2012).

▶ Nombre de décès et taux standardisé de mortalité par cancer

Durant la dernière période renseignée, 2009-2011, 30 924 personnes sont décédées par an en moyenne par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (26 900 pour 2003-2005), principalement des hommes (environ 75 % des cas recensés). Si le nombre de décès continue de progresser, le taux standardisé de décès a continué de diminuer entre 1990 et 2011 chez les hommes (- 23 %), alors qu'il progresse toujours chez les femmes durant cette période (+ 100 %), en lien direct avec le développement du tabagisme féminin au cours des dernières décennies. Pour les deux sexes, il existe une baisse de 7 %.

▶ Tabagisme passif

D'après le Baromètre santé 2010, 63 % de la population vivent dans un foyer épargné par le tabac. Cependant, un non-fumeur sur cinq (19,4 %) déclare être exposé régulièrement ou de temps en temps à la fumée de tabac de la part d'au moins un membre de son foyer, proportion qui n'a pas varié entre 2005 et 2010. Parmi les fumeurs, la consommation de tabac à leur domicile a, en revanche, fortement diminué sur la même période (59,3 % *versus* 51,7 %). Que ce soit parmi les fumeurs ou parmi les non-fumeurs, les jeunes de 15 à 25 ans sont les plus nombreux à être exposés de manière régulière au tabagisme à leur domicile (43,4 % des fumeurs et 27,5 % des non-fumeurs). Les individus âgés de 26 à 44 ans sont au contraire ceux qui semblent le plus restreindre le tabagisme à leur domicile. En outre, la présence d'enfants en bas âge vient modifier les habitudes de consommation des fumeurs au domicile. Le pourcentage de répondants fumeurs déclarant que personne ne fume au domicile passe ainsi de 37,3 % à 59,2 % en présence d'enfants de moins de 4 ans dans le foyer. On ne dispose pas de données pour les enfants de plus de 4 ans. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : OFDT

↻ Synthèse

En 2010, 26,0 % des femmes et 32,4 % des hommes de 15-75 ans déclarent fumer quotidiennement. Après une longue période de baisse depuis la fin des années 1970, la prévalence du tabagisme quotidien est en légère hausse entre 2005 et 2010 (+7 %). Cependant, la proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes a diminué, passant de 72 % à 68 % entre 2005 et 2010.

La consommation chez les adolescents a aussi considérablement baissé et la hausse des niveaux d'usage observée entre 2008 et 2011 ne remet pas en cause à ce stade la forte baisse du tabagisme enregistrée dans cette population depuis plus d'une décennie.

Parallèlement, les ventes de tabac ont amorcé, après une période de relative stabilité entre 2005 et 2010, une diminution qui s'est nettement accentuée entre 2012 et 2013.

Le développement du tabagisme féminin au cours des dernières décennies se traduit par un accroissement du taux de décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, en particulier chez les femmes de moins de 65 ans, alors qu'il a diminué dans le même temps chez les hommes. Les décès restent cependant majoritairement masculins (huit décès sur dix).

INDICATEUR • **Ventes de tabac**

▶ **Champ** : France métropolitaine hors Corse. ▶ **Source** : Logista France/Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI-bureau F3 des contributions indirectes et bureau D3 de la lutte contre la fraude) : livraisons de tabac par la filière distribution de Logista en métropole hors Corse. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le poids moyen d'une cigarette manufacturée retenu est d'un gramme. **Limites d'interprétation et biais connus** : Le poids retenu surestime vraisemblablement le poids moyen d'une cigarette alors que parfois on considère un poids de 0,8 gramme. ▶ **Référence** : Tableau de bord tabac. Bilan 2013, Saint-Denis, OFDT 2014.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Logista.

INDICATEUR • **Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte**

▶ **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 84 ans (dans le cadre de l'enquête 2010), francophones, résidant en ménage ordinaire. ▶ **Source** : Les enquêtes baromètres santé sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus dont 2 944 joignables uniquement sur téléphone mobile. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé et abordent leurs consommations de drogues licites et illicites. Le mode de tirage est 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. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de la consommation quotidienne de tabac : avoir déclaré fumer au moins une fois par jour du tabac. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Les DOM ne sont pas représentés. Le taux de refus est pour l'échantillon des détenteurs exclusifs de téléphone mobile, comme pour celui des détenteurs de ligne fixe, d'environ 40 %. ▶
Organisme responsable de la production de l'indicateur : INPES.

INDICATEUR • **Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans**

▶ **Champ** : France entière, adolescents français âgés de 17 ans ▶ **Source** : Escapad : enquête triennale sur la santé et la consommation des jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté. Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire autoadministré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives, leur santé et leur mode de vie. En 2011, 32 249 jeunes ont été interrogés durant une semaine et demie en mars-avril. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de l'expérimentation : avoir déclaré au moins un usage de tabac au cours de la vie ; prévalence de l'usage au cours du mois : avoir déclaré au moins un usage de tabac au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête ; prévalence de l'usage quotidien : avoir déclaré fumer au moins une cigarette par jour. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : ne concerne que les adolescents de nationalité française. Les effectifs sont insuffisants dans certaines régions (Guyane, Corse) pour renseigner l'ensemble des prévalences régionales.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

Références bibliographiques transversales

– **Hill C.**, 2012, « Tobacco epidemiology », *La Revue du praticien*, 62(3), 325, p. 327-329.
– **Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O.** et al.,2012,. « The 2011 ESPAD Report : Substance Use Among Students in 36 European Countries », Stockholm, CAN.
– **Spilka S., Le Nezet O., Tovar, M.L.**, 2012, « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, OFDT, n° 79, février.
– **Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Peretti-Watel P.**, 2013, *Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé ».
– Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac (OFDT), www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac.

Consommation de drogues illicites

Contexte

Le terme de drogues illicites[1] recouvre un ensemble de substances très différentes en termes d'effets sur la santé et de niveaux de consommation. Le cannabis est celle qui est la plus fréquemment consommée : on évalue à l'aide d'enquêtes auprès de l'ensemble de la population française à 3,8 millions le nombre de personnes qui en consomment dans l'année et à 1,2 million les usagers réguliers (10 fois dans le mois). L'usage des autres substances touche un nombre beaucoup plus faible de personnes (400 000 dans l'année pour la cocaïne, 90 000 pour l'héroïne) (Beck, 2011). Le nombre d'usagers réguliers de ces autres substances ne peut d'ailleurs pas être estimé de façon fiable à l'aide de ces enquêtes et il faut avoir recours à d'autres types d'indicateurs.

Indicateurs

Le choix d'un indicateur portant sur la consommation de drogues est subordonné à la possibilité de le renseigner de façon fiable et régulière pour un coût raisonnable, ainsi qu'à sa pertinence en termes de conséquences pour la santé. Il est possible d'obtenir par des enquêtes en population générale des chiffres sur l'expérimentation de toutes les substances illicites. Le lien entre prévalence de l'expérimentation dans l'ensemble de la population et conséquences actuelles pour la santé est en revanche faible. C'est pourquoi on privilégie l'indicateur portant sur les usages réguliers de cannabis au cours de l'année. L'usage régulier ne pouvant être estimé par des enquêtes pour les autres substances illicites plus rarement consommées, on utilise malgré tout pour les jeunes l'expérimentation de ces substances, indicateur beaucoup plus informatif chez eux que lorsqu'on le mesure dans l'ensemble de la population. Chez les jeunes, en effet, l'expérimentation témoigne d'une exposition à un risque plus important qu'en population adulte en raison du caractère obligatoirement plus récent de la consommation et de la vulnérabilité propre aux plus jeunes âges.

Pour la population adulte, l'indicateur retenu dans le cadre de ce rapport pour la consommation des autres substances illicites est le nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Le nombre de personnes en TSO renseigne à la fois sur le niveau de consommation des opiacés et sur la prise en charge de cette dépendance. Introduits en France depuis près de 20 ans, les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés constituent un des fondements de la politique de réduction des risques. Le nombre de personnes en TSO n'a cessé de s'accroître depuis leur mise sur le marché en 1995. Cet indicateur est partiel puisqu'il ne porte que sur la consommation des opiacés. Celle-ci conserve néanmoins encore une place centrale parmi les consommateurs de substances illicites les plus en difficulté : il s'agit de personnes très souvent dépendantes à une ou plusieurs substances, consommant presque toujours de nombreuses substances, drogues illicites comme l'héroïne ou la cocaïne, mais aussi d'autres produits stimulants, médicaments, alcool et tabac. Ces personnes qui vivent, pour une part importante, dans une grande précarité encourent des risques importants pour leur santé du fait de leurs consommations et de leur mode de vie.

▶ Prévalence de l'usage régulier de cannabis

En 2011, l'usage régulier de cannabis (au moins 10 usages dans le mois) à 17 ans fléchit et concerne 6,5 % des jeunes contre 7,3 % en 2008, les garçons plus souvent que les filles (9,5 % contre 3,4 %). Au niveau régional, la Lorraine, la Haute-Normandie et les Pays de la Loire s'avèrent sous-consommateurs, tandis que Rhône-Alpes, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Midi-Pyrénées sont surconsommateurs (carte 1). En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans consomment plus souvent du cannabis que les autres Européens du même âge (pour l'usage au cours du mois, la France est en première position sur 36 pays, Hibell *et al.*, 2012.

En 2010, la consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 2,1 % (3,4 % chez les hommes et 0,9 % chez les femmes), cette proportion s'avérant stable entre 2005 et 2010. La consommation régulière est le fait des jeunes générations et devient très rare au-delà de 35 ans (graphique 1). C'est parmi les étudiants et les chômeurs qu'elle est la plus répandue, parmi les inactifs qu'elle est la plus faible, les actifs occupés se situant dans une position intermédiaire (tableau 1). Au niveau régional, les prévalences les plus élevées chez les 15-64 ans se trouvent en Île-de-France, en Provence - Alpes - Côte d'Azur et en Languedoc-Roussillon (carte 2). La France se situe pour l'usage régulier de cannabis chez les adultes de 15 à 64 ans en deuxième position derrière l'Espagne sur 18 pays européens (EMCDDA, 2013).

▶ Prévalence de l'expérimentation de substances illicites hors cannabis chez les jeunes de 17 ans

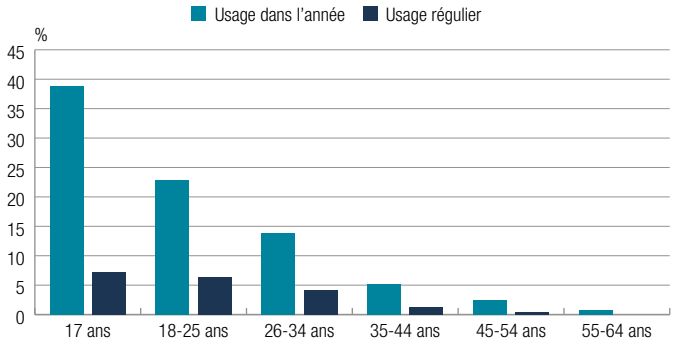
L'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis (poppers, produits à inhaler, champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD, héroïne, crack) à 17 ans concerne 14 % des jeunes en 2011. Les plus fréquemment expérimentés sont les poppers et les produits à inhaler (respectivement 9,0 % et 5,5 %) ; viennent ensuite les champignons hallucinogènes et la cocaïne (3,5 % et 3,0 %), puis les amphétamines, l'ecstasy et le crack (2,4 %, 1,9 % et 1,3 %), enfin LSD et héroïne, dont les niveaux d'expérimentation sont inférieurs à 1 %. Les garçons sont plus souvent expérimentateurs que les filles, excepté en ce qui concerne les poppers, les produits à inhaler et l'héroïne pour lesquels la différence par sexe n'est pas significative. La plupart de ces expérimentations sont en baisse sur la période 2008-2011, particulièrement celles de poppers et d'ecstasy. Au niveau régional, les niveaux d'expérimentation sont supérieurs au reste de la France métropolitaine en Bretagne, Pays de la Loire, Bourgogne, Auvergne et Provence - Alpes - Côte d'Azur (carte 3).

▶ Nombre de patients recevant un traitement de substitution aux opiacés

La consommation de buprénorphine haut dosage (BHD) a progressé très rapidement de 1996 jusqu'en 2003, puis à un rythme plus lent depuis, sauf en 2006, année qui a connu une plus forte augmentation en raison de l'introduction des génériques de la BHD. La consommation de méthadone s'est développée lentement d'abord, puis plus rapidement à partir de 2004, date de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution, prônant une meilleure

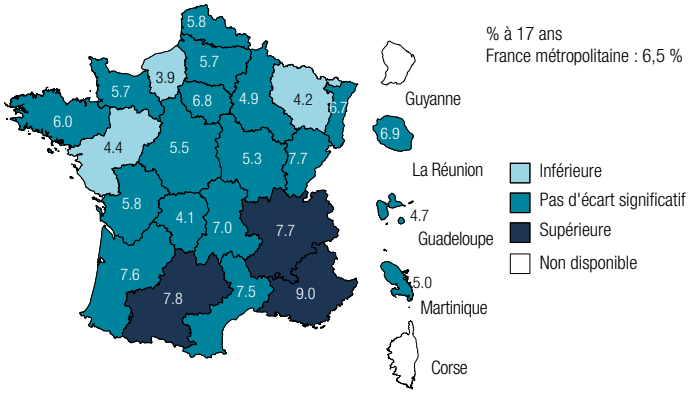
1. Les données présentées dans les fiches sont les dernières publiées et ne correspondent pas nécessairement aux dernières enquêtes réalisées. En particulier, pour le Baromètre santé de l'INPES et l'enquête Escapad de l'OFDT, les derniers exercices ont été menés dans le courant de l'année 2014. Les premiers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

Graphique 1
Prévalence de l'usage régulier de cannabis dans l'année selon l'âge (en %)



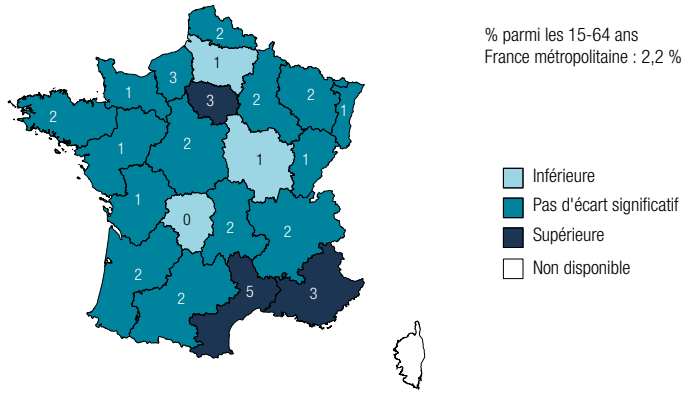
Champs • France entière (Escapad 2011), France métropolitaine (Baromètre santé 2010).
Sources • Enquête Escapad 2011, OFDT (17 ans) ; Baromètre santé 2010, INPES (18-64 ans).

Carte 1
Prévalence de l'usage régulier de cannabis (au moins 10 fois dans le mois) à 17 ans en régions en 2011 (en %)



Lecture • Prévalence de 6,5 % en France métropolitaine. Chaque région est comparée au reste de la France métropolitaine.
Source • Enquête Escapad 2011, OFDT (17 ans).

Carte 2
Prévalence de l'usage régulier de cannabis chez les 15-64 ans en régions en 2010 (en %)



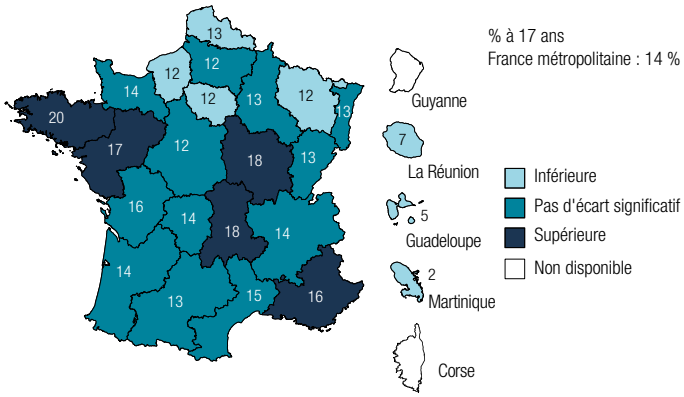
Lecture • Prévalence de 2,2 % en France métropolitaine. Chaque région est comparée au reste de la France métropolitaine. Les chiffres correspondent aux taux standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national.
Source • Baromètre santé 2010, INPES.

Tableau 1
Usage régulier de cannabis selon la PCS chez les 18-64 ans en 2010 (en %)

	Population adulte 18-64 ans	Usage régulier de cannabis (en %)
Actifs occupés	Agriculteurs	0,5
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,4
	Cadres et professions intellectuelles	1,0
	Professions intermédiaires	1,8
	Employés	1,2
	Ouvriers	2,8
Chômeurs		6,1
Étudiants		4,1
Inactifs		0,8

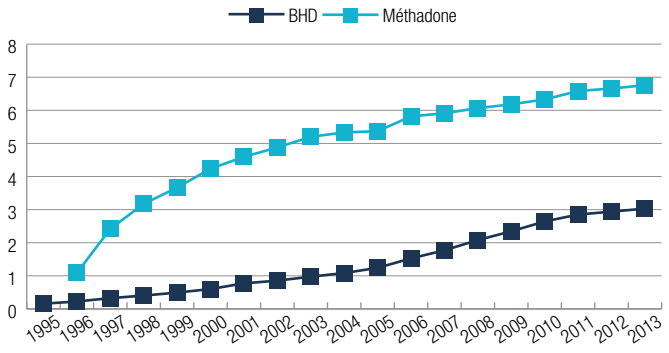
Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES (18-64 ans).

Carte 3
Prévalence de l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis en régions à 17 ans en 2011 (en %)



Lecture • Prévalence de 14 % en France métropolitaine. Chaque région est comparée au reste de la France métropolitaine.
Source • Enquête Escapad 2011, OFDT (17 ans).

Graphique 2
Évolution de la consommation de BHD et de méthadone de 1995 à 2013 (dose journalière/1 000 habitants âgés de 20 à 39 ans/jour*)



* La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone.
Champ • France entière.
Source • Données de vente Siamois (InVS), estimation OFDT.

Consommation de drogues illicites (suite)

accessibilité de celle-ci (graphique 2). Sur la période 2008-2013, la consommation de TSO rapportée à la population âgée de 20 à 39 ans a progressé de 20 %. La part de la consommation de méthadone, bien que moindre que celle de BHD, n'a cessé de croître pour s'établir à 30 % des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) en 2013 *versus* 70 % pour la BHD.

En 2012, près de 150 000 personnes ont eu un remboursement de TSO délivré en officine de ville. La BHD est le médicament de substitution aux opiacés (MSO) le plus prescrit, 105 000 patients en ont bénéficié, dont près de 3 500 ont reçu de la Suboxone®, médicament qui associe la BHD à un antagoniste opiacé, la naloxone. Cette forme mise sur le marché en janvier 2012 a pour objectif la prévention du mésusage en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable. La méthadone a été remboursée à près de 47 000 personnes.

Les patients en TSO ont en moyenne 36,2 ans. Les personnes ayant de la BHD sont en moyenne plus âgées que celles ayant de la méthadone (36,6 ans *versus* 34,9 ans). Les hommes représentent plus des trois quarts des bénéficiaires d'un remboursement de MSO et sont en moyenne plus âgés que les femmes (36,5 ans *versus* 35 ans).

Les bénéficiaires d'un remboursement de MSO sont 39,9 % à être affiliés à la CMU complémentaire (CMU-C).

En 2010, 20 000 personnes ont reçu une dispensation de méthadone dans un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire (CSAPA).

Comme en France, la BHD est le principal MSO en Grèce, en République tchèque, à Chypre et en Turquie en 2011. Ailleurs en Europe, la méthadone est le MSO le plus courant.

La France se situe avec le Royaume-Uni, le Portugal et le Luxembourg parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population âgée de 15 à 64 ans. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : OFDT

Synthèse

En 2011, l'usage régulier de cannabis à 17 ans (au moins 10 usages dans le mois) fléchit et concerne 6,5 % des jeunes contre 7,3 % en 2008. En 2010, la consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 2,1 % et elle est stable par rapport à 2005.
L'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis à 17 ans concerne 14 % des jeunes en 2011. La plupart de ces expérimentations sont en baisse sur la période 2008-2011, particulièrement celles de poppers et d'ecstasy.
En 2012, près de 150 000 personnes ont eu un remboursement de MSO délivré en officine de ville. En 2010, 20 000 personnes ont reçu une dispensation de méthadone dans un CSAPA. La consommation de TSO rapportée à la population âgée de 20 à 39 ans est en augmentation de 20 % sur la période 2008-2013.

INDICATEUR • **Prévalence de l'usage régulier de cannabis**

▶ **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 84 ans, francophones, résidant en ménage ordinaire. ▶ **Source** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : Les enquêtes baromètres santé sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus dont 2 944 joignables uniquement sur téléphone mobile. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé et abordent leurs consommations de drogues licites et illicites. Le mode de tirage est 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. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de la consommation régulière de cannabis (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) parmi les 18-64 ans. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Comme toute donnée déclarative, et d'autant plus pour un comportement sensible car illicite, l'usage déclaré de cannabis peut faire l'objet d'une sous-déclaration. Les DOM ne sont pas représentés. Le taux de refus est pour l'échantillon des détenteurs exclusifs de téléphone mobile, comme pour celui des détenteurs de ligne fixe, d'environ 40 %. ▶ **Référence** : Beck F., Guignard R., Richard J. B., Tovar M. L., Spilka S., 2011, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, OFDT, nº 76, juin.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : INPES.

INDICATEUR • **Prévalence de l'expérimentation de substances illicites hors cannabis chez les jeunes de 17 ans**

▶ **Champ** : France entière, jeunes de 17 ans résidant en France, de nationalité française. ▶ **Source** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : Escapad, Enquête triennale sur la santé et la consommation des jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté. Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire autoadministré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives, leur santé et leur mode de vie. En 2011, 32 249 jeunes ont été interrogés, durant une semaine et demie en mars-avril. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de l'usage régulier (au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) à 17 ans. Prévalence de l'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie) de substances illicites autres que le cannabis (champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD, héroïne, crack, poppers, produits à inhaler) à 17 ans. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : comme toute donnée déclarative, et d'autant plus pour un comportement sensible car illicite, l'usage déclaré de drogues peut faire l'objet d'une sous-déclaration. Les effectifs sont insuffisants dans certaines régions (Guyane, Corse) pour renseigner l'ensemble des prévalences régionales. ▶ **Référence** : Spilka S., Le Nezet O., Tovar M.L., 2012, « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011 », *Tendances*, OFDT, nº 79, février.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

INDICATEUR • **Nombre de patients recevant un traitement de substitution aux opiacés**

▶ **Champ** : France entière, population protégée par le régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). ▶ **Source** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie, données CNAMTS, extraction ANSM. Mesure annuelle, désagrégation par sexe, âge, couverture ou non par la CMU complémentaire. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Estimation du nombre de personnes ayant eu au moins un remboursement de médicaments de substitution aux opiacés dans l'année, à partir de l'EGB, échantillon permanent représentatif de la population protégée par le régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). Il résulte d'un sondage au 1/97 sur le numéro de Sécurité sociale, il regroupe plus de 600 000 bénéficiaires en 2012. Il contient des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et médicales des bénéficiaires et les prestations qu'ils ont perçues. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Il y a une possibilité de doubles comptes entre les données EGB et les rapports d'activité des CSAPA. Les données de remboursement de l'EGB n'incluent pas les MSO dispensés dans les structures spécialisées, ni les bénéficiaires des régimes autres que ceux mentionnés ci-dessus, ou bénéficiaires de l'AME ou ne bénéficiant pas de couverture par l'Assurance maladie. Une partie des médicaments de substitution est détournée en alimentant le trafic ou mésusée et n'entre donc pas dans le cadre d'un TSO. Le taux de sondage n'est pas suffisant pour analyser les données de remboursement de MSO au niveau régional. ▶ **Référence** : Brisacier A.C., Collin C., 2014, « Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes », *Tendances*, OFDT, nº 94.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : ANSM.

INDICATEUR • **Évolution de la consommation de BHD et de méthadone**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Source** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : GERS/Siamois, InVS ; estimations OFDT. Mesure annuelle. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Consommation de buprénorphine haut dosage et de méthadone en dose journalière pour 1 000 habitants âgés de 20 à 39 ans par jour à partir des données de ventes. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone. Les données de vente proviennent du GERS pour les ventes en pharmacie de BHD princeps et de méthadone, d'une extrapolation à partir des données de remboursement Medic'AM-CNAMTS pour les ventes en pharmacie des génériques de la BHD et des laboratoires Bouchara – Recordati pour les données de méthadone en établissements de santé et en CSAPA. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Les doses journalières sont en moyenne moindres pour la méthadone et plus élevées pour la BHD en 2012 d'après les données de remboursement de l'Assurance maladie.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS (Siamois).

INDICATEUR • **Nombre de patients pour lesquels la méthadone a été dispensée par les CSAPA**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Source** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : Rapport d'activité des CSAPA. Mesure annuelle. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Nombre de patients pour lesquels le traitement par méthadone a été dispensé par les CSAPA. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : En moyenne, 15 % des rapports d'activité des CSAPA n'ont pas été transmis ou sont inexploitables. Il y a une possibilité de doubles comptes entre les données EGB et les rapports d'activité des CSAPA. ▶ **Référence** : Palle C., Rattanatray M., 2013, « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010 », *Focus*, OFDT, juin.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DGS, OFDT.

Références bibliographiques transversales

– **Beck F., Guignard R., Richard J.B., Tovar M.L., Spilka S.**, 2011, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, OFDT, nº 76.
– **EMCDDA**, 2013, Table GPS-10 part (i), all adults (aged 15–64), Frequency of Use of Cannabis Amongst Users in the last 30 Days in National General Population Surveys, most Recent Data, *Statistical bulletin*. www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/gpstab10a.
– **Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A.** *et al.*, 2012, « The 2011 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries », Stockholm, CAN.

Surpoids et obésité de l'adulte

Contexte

Le surpoids et l'obésité[1], qui correspondent à un excès de masse grasse, sont fréquemment associés à un risque accru de morbidité et de mortalité. Même si la France connaît une situation plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux, l'augmentation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis le début des années 1980 en a fait un problème de santé publique majeur. Le surpoids et l'obésité sont généralement identifiés en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille² en m) ; chez les adultes, un IMC supérieur ou égal à 30 définit l'obésité, le surpoids (obésité exclue) étant défini par un IMC compris entre 25 et 30. Son calcul repose sur des mesures de poids et taille, de façon standardisée autant que possible. Dans les études où il n'est pas possible d'en disposer, les poids et tailles sont déclarés par les personnes elles-mêmes, ce qui conduit à des biais de classification.

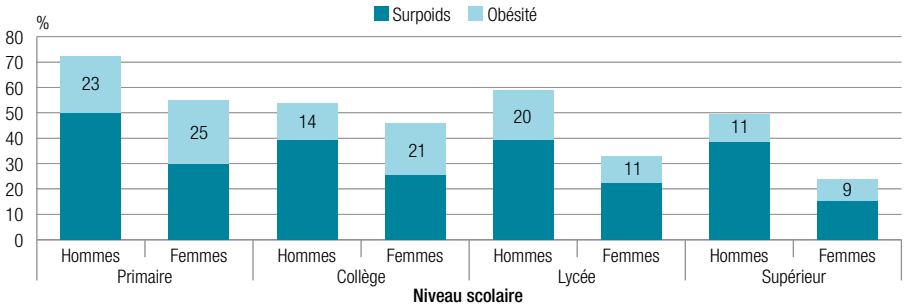
Indicateurs

▶ Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données mesurées de poids et taille

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 ≥ 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 variaient selon la profession, la 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). Des variations similaires sont observées 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, pour qui le surpoids reste stable à partir du niveau collège, que chez les femmes (graphique 1). D'après les données mesurées de l'enquête INCA 2 (2006-2007), la moitié des hommes et un tiers des femmes sont en surcharge pondérale (tableau 1). La réalisation des études Esteban et INCA 3 en 2014-2015 permettra d'actualiser ces informations.

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.
Source • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

En Martinique en 2003, les prévalences de surpoids et d'obésité sont chez les hommes comparables à celles observées en métropole. Par contre, celles chez les femmes sont très supérieures, qu'il s'agisse du surpoids (près d'un tiers contre un quart en métropole) ou de l'obésité (27 % contre 17,6 %). Comme en métropole, les fréquences d'obésité sont plus élevées chez les femmes appartenant aux catégories socio-économiques les moins favorisées, ou peu diplômées. La réalisation de l'étude Kannari en 2013-2014 permettra d'actualiser ces prévalences et d'apporter des informations concernant la Guadeloupe.

▶ Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données déclarées de poids et taille

Les enquêtes déclaratives se caractérisent par une sous-déclaration du poids et une surdéclaration de la taille. Cependant, elles présentent les mêmes variations selon le sexe et la catégorie sociale (PCS et niveau d'études), sur des échantillons de taille plus importante, et permettent d'analyser les évolutions temporelles (tableau 1). Depuis les années 1990, le surpoids et l'obésité ont augmenté chez les hommes comme chez les femmes, et de manière particulièrement marquée pour l'obésité. Des évolutions similaires ont été rapportées dans de nombreux pays de l'Union européenne. D'après l'OCDE, les taux d'obésité sont parmi les plus bas dans un groupe constitué par exemple de la Suisse, l'Italie, la Norvège ; la Suède présente des prévalences d'obésité autour de 10-12 %, tandis qu'un quart de la population au Royaume-Uni et en Irlande est concerné.

Mise en œuvre depuis 1997 tous les trois ans, l'étude ObÉpi a permis de noter un infléchissement récent de l'augmentation de la prévalence de l'obésité (+ 15 à 20 % par tranche de 3 ans sur la période 1997-2003 chez les hommes et les femmes, contre 3 % et 4 % sur la période 2009-2012). L'augmentation relative de l'obésité est restée plutôt comparable chez les hommes et les femmes sur l'ensemble de la période, mais dorénavant, la part des femmes concernées par l'obésité dépasse légèrement celle des hommes. L'Enquête santé et protection sociale montre également un infléchissement de l'augmentation chez les hommes comme chez les femmes depuis la moitié des années 2000. Mais cet infléchissement ne semble pas s'être poursuivi entre 2010 et 2012 (+ 19 % chez les hommes et + 7 % chez les femmes en ce qui concerne l'obésité).

1. Voir également la fiche « Surpoids et obésité chez l'enfant ».

Tableau 1
Prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes en France (en %)

	Année de recueil	Hommes		Femmes	
		Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Enquêtes avec examen de santé					
Escal (Martinique)	2003-2004	39,0	13,8	31,5	27,0
ENNS	2006-2007	41,0	16,1	23,8	17,6
INCA 2	2006-2007	38,9	11,2	24,2	12,0
Enquêtes déclaratives					
Enquête ObÉpi (Inserm-Roche)	1997	36,9	8,8	23,3	8,3
	2000	38,3	10,3	23,5	10,0
	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
	2012	38,8	14,3	26,3	15,7
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
	2010	37,9	12,1	25,6	13,5
	2012	36,3	14,4	24,4	14,4
Baromètres (INPES)	1996a	32,9	7,4	19,6	5,8
	1999 b	36,6	7,0	19,7	7,1
	2002a	34,0	9,9	20,6	5,6
	2005 b	35,3	8,2	20,2	7,5
	2008a	38,6	9,8	22,4	9,8
	2010 b	36,8	11,5	22,8	11,1

Surpoids et obésité de l'adulte (suite)

Par ailleurs, les disparités sociales semblent s'accroître depuis les années 1980. L'Enquête décennale de 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, même si 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, l'écart des prévalences d'obésité entre les personnes de niveau brevet ou sans diplôme et celles titulaires 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 production de la fiche :** Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13)

Synthèse

Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, actuellement la moitié des adultes est en surpoids ou obèse (un adulte sur six est obèse). D'importantes disparités socio-économiques sont observées, notamment en ce qui concerne les femmes. Les évolutions récentes, fondées sur des données de poids et de taille déclarées, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralenti.

INDICATEUR • **Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données mesurées de poids et taille**
▶ **Champ** : Martinique, population adulte âgée de 16 ans et plus résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après la base de recensement des îlots de l'INSEE. Enquête en face à face. ▶ **Sources** : Enquête sur la santé et les consommations alimentaires (2003-2004), enquête Kannari (2013-2014). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Données mesurées de poids et taille. ▶ **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ▶ **Référence** : Observatoire de la santé de Martinique, Institut de veille sanitaire, 2006, Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (ESCAL Martinique 2003-2004). Résultats du volet « santé ».
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Observatoire de la santé de Martinique (OSM).

INDICATEUR • **Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données mesurées de poids et taille**
▶ **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. Enquête en face à face. ▶ **Source** : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007 (Esteban en 2014-2015). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Données mesurées de poids et taille. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : 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 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 – Université Paris 13).

INDICATEUR • **Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données mesurées de poids et taille**
▶ **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. Enquête en face à face. ▶ **Sources** : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires, INCA 1 (1998-1999), INCA 2 (2006-2007), INCA 3 (2014-2015). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Données mesurées de poids et taille. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : 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. (dir.), 2009, « Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2, 2006-2007) », AFSSA, juillet.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Observatoire des consommations alimentaires (ANSES).

INDICATEUR • **Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données déclarées de poids et taille**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après la base de l'Assurance maladie. Enquête en face à face. ▶ **Source** : Enquête santé et protection sociale (ESPS), enquête biennale. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Données déclarées de poids et taille par autoquestionnaire. ▶ **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'Assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ▶ **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids ou à une surestimation de la taille. ▶ **Référence** : Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, n° 553 (biblio n° 1886), juillet.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES.

INDICATEUR • **Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données déclarées de poids et taille**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 18 ans et plus résidant en ménage ordinaire, base permanente TNS-SOFRES, méthode des quotas. Enquête téléphonique. ▶ **Source** : Enquête ObÉpi, rythme triennal depuis 1997. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Données déclarées de poids et taille par autoquestionnaire (mesurées par les personnes interrogées elles-mêmes). ▶ **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les populations des DOM ne sont pas représentées. ▶ **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids ou à une surestimation de la taille. ▶ **Référence** : Charles M.-A., Eschwège E., Basdevant A., 2008, « Monitoring the Obesity Epidemic in France : the Obepi Surveys 1997-2006 », *Obesity* (silver spring), n° 9, septembre.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm, Institut Roche de l'obésité.

INDICATEUR • **Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données déclarées de poids et taille**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 18 ans et plus résidant en ménage ordinaire. ▶ **Sources** : Enquêtes décennales de santé 1991-1992 et 2002-2003. Enquête Handicap-Santé en ménage ordinaire (2008), INSEE. Enquêtes par entretien en face à face. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Données déclarées de poids et taille. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les populations des DOM ne sont pas représentées. ▶ **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids ou à une surestimation de la taille. ▶ **Référence** : (de) Saint 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, INSEE.

INDICATEUR • **Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à partir de données déclarées de poids et taille**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 18 ans à 75 ans résidant en ménage ordinaire. ▶ **Sources** : Baromètres santé nutrition 1996, 2002 et 2008. Baromètres santé 2000 et 2010. Enquêtes téléphoniques. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Données déclarées de poids et taille. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les populations des DOM ne sont pas représentées. ▶ **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids ou à une surestimation de la taille.
▶ **Références** :
– Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C., 1997, « Baromètre santé nutrition 1996 », CFES.
– Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.), 2001, « Baromètre santé 2000 », vol. 2, CFES.
– Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.), 2004, « Baromètre santé nutrition 2002 », INPES.
– Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), 2007, « Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé », INPES.
– Escalon H., Bossard C., Beck F. (dir.), 2009, « Baromètre santé nutrition 2008 », INPES.
– Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. (dir.), « Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé », INPES.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : INPES.

Nutrition – Sédentarité et activité physique

Contexte

Une activité physique régulière et un temps faible passé à des activités sédentaires sont associés à un risque significativement réduit de maladies chroniques. La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures objectives (accéléromètres, podomètres…), mais leurs contraintes amènent à souvent utiliser des informations déclaratives sur les pratiques des individus, ce qui nécessite d'être prudent quant à leur interprétation. Enfin, les recommandations actuelles, établies de façon plutôt ancienne, préconisent une pratique d'activité physique au moins modérée et la réduction du temps sédentaire. Une actualisation de ces recommandations est en cours.

Indicateurs

▶ Proportion de personnes interrogées déclarant comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour

Les personnes qui déclarent faire au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour au moins 5 fois par semaine correspondent, selon les experts, aux personnes ayant une activité physique dans la catégorie au moins « modérée » voire « élevée », dans la mesure où, pour apporter des bénéfices supplémentaires à la santé, une activité minimum de 30 minutes doit être réalisée en plus des activités de faible intensité de la vie quotidienne. Ces deux niveaux sont donc détaillés ici.

La proportion de personnes ayant une activité physique de niveau au moins « modéré » varie selon les enquêtes : entre six et huit adultes sur dix auraient une telle activité physique (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 et la région, mais davantage selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS) : ainsi, dans l'ENNS 2006-2007, 56 % des cadres pratiquent une activité physique de niveau « modéré » ou « élevé » (équivalent à 30 minutes de marche rapide ou plus par jour), contre plus de 80 % des agriculteurs.

Selon les enquêtes, entre 27 % et 46 % des personnes interrogées pratiquent une activité physique de niveau « élevé » (tableau 1). La proportion d'hommes pratiquant une activité physique « élevée » reste supérieure à celle des femmes, les écarts les plus importants étant observés dans les baromètres santé et santé nutrition. Cette proportion diminue avec l'âge chez les hommes (sauf dans INCA 2), tandis qu'elle est stable chez les femmes. Dans toutes ces études, les variations sont importantes selon la PCS (graphique 1). Dans l'ENNS 2006-2007, les hommes ayant un diplôme de niveau collège ou lycée pratiquent plus souvent une activité physique de niveau « élevé » (35,5 % et 31,3 %) que ceux qui ont un diplôme de niveau primaire (21,7 %) ou supérieur (22,3 %). La proportion de femmes pratiquant une activité physique à un niveau « élevé » diminue avec le niveau de diplôme (de 26,6 % à 21,6 %), mais pas de façon significative.

Dans le Baromètre santé 2005, les variations régionales sont modérées. La pratique d'une activité physique de niveau « élevé » est 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 utilise le même type de questionnaire IPAQ (voir encadré), 24,1 % des adultes en France (femmes : 19,5 %, hommes : 29,1 %) pratiquent une activité physique de niveau « élevé », ce qui correspond à l'une des plus faibles fréquences observées en Europe.

▶ Pourcentage d'adultes déclarant faire du sport habituellement

D'après l'Enquête santé et protection sociale 2012, environ 40 % des adultes pratiquent un sport (en salle, piscine, activité de plein air…) au cours d'une semaine habituelle pendant au moins 10 minutes de façon continue, de façon aussi fréquente chez les hommes (40,3 %) et les femmes (39,7 %). Cette part diminue fortement avec l'âge : de 46,1 % chez les 18-39 ans à 30,3 % chez les 65-74 ans, et connaît également de fortes variations selon le niveau scolaire (graphique 2), et les revenus : de 29,0 % dans le 1er quintile de revenus (de 0 à 929 € par unité de consommation) à 51,4 % dans le 5e quintile (2 120 € et plus). Enfin, il existe des variations selon la PCS, avec la fréquence la moins élevée chez les ouvriers non qualifiés (27,3 %), et la plus élevée chez les cadres et professions intellectuelles (53,8 %).

▶ Moyenne journalière du temps passé devant un écran en population adulte et chez l'enfant (hors temps scolaire et travail)

En moyenne, d'après l'étude ENNS, les adultes passent 3 h 21 devant un écran (télévision ou ordinateur) quel que soit le type de jour (travail ou repos), soit plus de 3 heures par jour pour 53,3 % des adultes (hommes : 58,8 %, femmes : 48,0 %). Les proportions les plus élevées sont observées chez les 18-29 ans (hommes : 61,8 %, femmes : 56,8 %) et les 55-74 ans (68,6 % et 57,6 %), contre 52,1 % et 38,5 % pour la catégorie d'âge intermédiaire. Des proportions équivalentes ont été relevées dans l'étude INCA 2 (hommes : 57 %, femmes : 49 %), et la moyenne du temps passé devant un écran varie de 203 minutes chez les personnes de niveau d'études primaire, à 208 minutes chez celles de niveau d'études collège, 225 minutes chez celles de niveau lycée et 208 minutes chez celles de niveau scolaire supérieur.

Chez les enfants, le temps moyen passé devant un écran est de 3 h 01 d'après l'étude ENNS, proportion comparable chez les garçons et les filles. Ce temps moyen augmentant jusqu'à 3 h 42 chez les garçons et 3 h 17 chez les filles de 15-17 ans. Ainsi la proportion des enfants qui passent plus de 3 heures devant un écran évolue de 29 % chez les garçons et 28 % chez les filles de 3-10 ans, à 57,5 % et 47,5 % à 15-17 ans, respectivement. D'après l'étude INCA 2, le temps moyen passé devant un écran diminue lorsque le niveau scolaire du représentant de l'enfant augmente : de 231 minutes chez les enfants dont le représentant est de niveau scolaire primaire à 127 minutes chez ceux dont le représentant est de niveau d'éducation supérieur, la différence la plus importante étant mesurable sur le temps passé devant la télévision (175 minutes contre 86 minutes ; 56 minutes à 41 minutes concernant l'ordinateur).

Selon un mode d'interrogation un peu différent, les enquêtes réalisées en milieu scolaire apportent des informations complémentaires quant au temps passé devant un écran, des jeux vidéo ou l'ordinateur (tableau 2). Si les jours d'école, la grande majorité des enfants et adolescents passent moins de 3 heures devant un écran, les jours avec peu d'école un enfant sur six de grande section de maternelle ou de CM2 et un quart des adolescents passent plus de 3 heures devant un écran. Les jours sans

Tableau 1

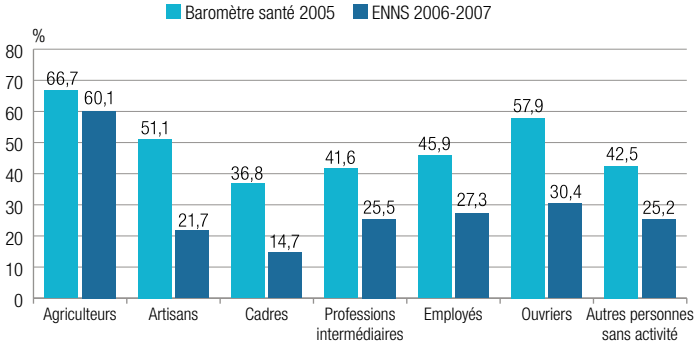
Pratique d'une activité physique de niveau « modéré » ou « élevé » selon le sexe et l'âge (en %)

	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 2006-2007				
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 ; INCA 2 2006-2007 ; Baromètre santé nutrition 2008.

Graphique 1

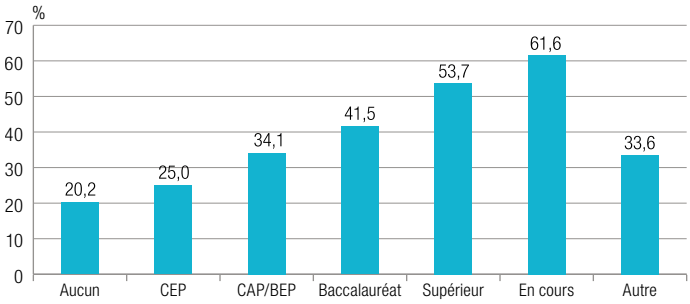
Pratique d'une activité physique de niveau « élevé » selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle (en %)



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.

Graphique 2

Pratique habituelle d'un sport selon le niveau de diplôme (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.
Source • Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012.

Encadré

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, celles d'intensité modérée et la marche. La version courte de l'IPAQ (utilisée dans le Baromètre santé, ENNS et 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[1]-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.

1. MET : équivalent métabolique (unité utilisée pour estimer le coût métabolique [consommation d'oxygène] de l'activité physique).

Nutrition – Sédentarité et activité physique (suite)

école, ces proportions augmentent jusqu'à un quart des enfants en maternelle ou primaire et jusqu'à 43 % des adolescents de 3e. Il n'existe pas d'évolutions notables entre les deux enquêtes conduites en classes de CM2 en 2004-2005 et 2007-2008. En revanche, la part des adolescents de 15 ans passant plus de 3 heures devant un écran a augmenté entre 2003-2004 et 2008-2009 (tableau 2). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13)

Synthèse

Les niveaux d'activité physique observés, que celle-ci soit mesurée de façon globale ou par la pratique d'un sport de façon habituelle, apparaissent insuffisants par rapport aux recommandations. La pratique semble en effet suffisante pour seulement trois à cinq adultes sur dix. Le temps passé devant des écrans est quant à lui élevé : la majorité de la population adulte, et entre 30 % et la moitié des enfants, passent plus de 3 heures par jour devant un écran, en dehors des temps de travail ou scolaire.

TABLEAU 2
Temps passé devant la télévision, les jeux vidéo ou l'ordinateur selon l'âge et l'année d'enquête

	Jours d'école			Jours avec peu d'école			Jours sans école		
Grande section de maternelle	**< 1 h**	**1 à 2 h**	**> = 3 h**	**< 1 h**	**1 à 2 h**	**> = 3 h**	**< 1 h**	**1 à 2 h**	**> = 3 h**
2005-2006	59,6 %	36,3 %	4,1 %	28,2 %	54,4 %	17,4 %	21,6 %	54,6 %	23,8 %
Élèves de CM2	**< 1 h**	**1 à 3 h**	**> 3 h**	**< 1 h**	**1 à 3 h**	**> 3 h**	**< 1 h**	**1 à 3 h**	**> 3 h**
2004-2005	53,4 %	42,0 %	4,6 %	24,9 %	57,8 %	17,4 %	18,0 %	54,6 %	27,5 %
2007-2008	55,1 %	41,3 %	3,6 %	26,1 %	59,4 %	14,5 %	16,9 %	59,1 %	24,0 %
Élèves de 3e	**< 1 h**	**1 à 3 h**	**> 3 h**	**< 1 h**	**1 à 3 h**	**> 3 h**	**< 1 h**	**1 à 3 h**	**> 3 h**
2003-2004	38,2 %	52,0 %	9,8 %	20,9 %	55,6 %	23,4 %	13,7 %	49,2 %	37,1 %
2008-2009	34,2 %	55,4 %	10,4 %	19,3 %	55,0 %	25,7 %	10,6 %	46,1 %	43,3 %

Champ • France métropolitaine, enfants scolarisés.
Sources • Enquêtes en milieu scolaire.

INDICATEUR • **Proportion de personnes interrogées déclarant comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour**
▶ **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. ▶ **Source** : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007 (Esteban en 2014-2015). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Activité physique estimée en utilisant l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) chez les individus de 18 à 74 ans. Temps passé devant des écrans estimé en distinguant les jours de travail/école et les jours de repos, et le temps devant la télévision et un ordinateur. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : 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 connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation des niveaux d'activité physique et sous-estimation des temps passés devant un écran). ▶ **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 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 – Université Paris 13).

INDICATEUR • **Proportion de personnes interrogées déclarant comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour**
▶ **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 1 (1998-1999), INCA 2 (2006-2007), INCA 3 (2014-2015). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Activité physique estimée en utilisant l'*International Physical Activity* Questionnaire (IPAQ) chez les individus de 18 à 74 ans. Temps passé devant des écrans estimé en distinguant les jours de travail/école et les jours de repos, et le temps devant la télévision et un ordinateur. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : 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 connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation des niveaux d'activité physique et sous-estimation des temps passés devant un écran).
▶ **Références** :
– Volatier J.-L., 2000, « Enquête INCA individuelle et nationale sur les consommations alimentaires », Paris, Éditions Tec & Doc.
– Lafay L. (dir.), 2009, « Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2, 2006-2007) », AFSSA, juillet.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Observatoire des consommations alimentaires (ANSES).

INDICATEUR • **Pourcentage d'adultes déclarant faire du sport habituellement**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après la base de l'Assurance maladie. ▶ **Source** : Enquête santé et protection sociale (ESPS), enquête biennale. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Fréquence de la pratique d'un sport pendant une semaine habituelle. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'Assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ▶ **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible de la pratique sportive). ▶ **Référence** : Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, nº 553 (biblio nº 1886).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES.

INDICATEUR • **Proportion de personnes interrogées déclarant comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 15 ans à 75 ans résidant en ménage ordinaire. ▶ **Sources** : Baromètre santé nutrition 2008 et Baromètre santé 2005. Enquêtes téléphoniques. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : IPAQ en 2005 et GPAQ en 2008. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les populations des DOM ne sont pas représentées. ▶ **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation des niveaux d'activité physique).
▶ **Références** :
– Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), 2007, « Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé », INPES.
– Escalon H., Bossard C., Beck F. (dir.), 2009, « Baromètre santé nutrition 2008 », INPES.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : INPES.

INDICATEUR • **Temps passé devant la télévision, les jeux vidéo ou l'ordinateur**
▶ **Champ** : France entière, enfants scolarisés. ▶ **Sources** : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire : enquêtes 2005-2006 (grande section), 2003-2004 et 2008-2009 (troisième), 2004-2005 et 2007-2008 (CM2). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Interrogatoire direct des enfants ou de leurs parents concernant le temps passé devant un écran (trois modalités de réponse possibles) en distinguant les jours avec peu ou pas d'école. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante. ▶ **Limites d'interprétation** : Absence de participation de l'académie de Toulouse en 2003-2004. Absence de participation de la Guyane en 2004-2005. ▶ **Biais connus** : Biais de déclaration (sous-estimation probable du temps total).
▶ **Références** :
– Guignon N., 2007, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats », *Études et Résultats*, DREES, nº 573, mai.
– Guignon N., 2008, « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats », *Études et Résultats*, DREES, nº 632, avril.
– Guignon N., Collet M., Gonzalez L., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, DREES, nº 737, septembre.
– Chardon O., Guignon N., 2013, « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008. Une situation contrastée selon l'origine sociale », *Études et Résultats*, DREES, nº 853, septembre.
– Chardon O., Guignon N., 2014, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième », *Études et Résultats*, DREES, nº 865, février.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

Nutrition – Consommation de fruits et légumes

Contexte

En raison de ses bénéfices démontrés pour la prévention de certaines maladies chroniques, une consommation suffisante de fruits et légumes est un objectif prioritaire de santé publique depuis 2001 dans le cadre du Programme national nutrition santé. Actuellement, les niveaux de consommation observés en population sont insuffisants par rapport aux recommandations (au moins 400 grammes par jour, soit l'équivalent de 5 portions). L'estimation des consommations repose autant que possible sur un descriptif détaillé des quantités et de la nature des fruits et légumes consommés. Ces interrogations étant lourdes à mettre en place, un descriptif des fréquences de consommation peut être utilisé à défaut.

Indicateurs

▶ Proportion de personnes déclarant consommer moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ; distribution des consommations

Les résultats des deux enquêtes de consommations alimentaires individuelles réalisées en population générale en 2006-2007 sont semblables. La proportion d'adultes déclarant consommer moins de 5 portions par jour était 57,2 % dans l'étude ENNS (hommes : 57,5 % ; femmes : 56,9 %) et de 58,7 % dans l'étude INCA 2 (hommes : 58,3 % ; femmes : 59,0 %). Chez les hommes comme chez les femmes, ces proportions diminuent avec l'âge : pour les hommes, de 79,1 % chez les 18-29 ans à 33,8 % chez les 55-74 ans et pour les femmes, de 75,9 % à 38,7 %, respectivement (étude ENNS). Les consommations varient selon le niveau d'études (graphique 1) et la profession et catégorie socioprofessionnelle (graphique 2). Ces variations peuvent être liées aux habitudes alimentaires différentes selon les contextes sociaux et éducatifs, à l'accessibilité de ce type d'aliments selon les moyens financiers, ainsi qu'à un effet de génération. Entre les études INCA 1 (1998-1999) et INCA 2 (2006-2007), une augmentation des consommations moyennes de fruits et légumes (en g/jour) est observée chez les hommes (+ 6,3 %) et les femmes (+ 14,1 %). Cette amélioration concerne davantage les adultes de plus de 65 ans.

L'étude ESCAI, réalisée en 2003-2004, apporte des informations pour la Martinique. Près de 80 % des adultes de 16 ans et plus consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (hommes : 75,4 % ; femmes : 80,8 %). Comme en métropole, la part des adultes consommant moins de 5 portions par jour diminue avec l'âge, mais est élevée chez les personnes appartenant aux catégories socio-économiques les moins favorisées.

▶ Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour

En raison des conditions d'enquête, les personnes de l'étude sur l'Alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (ABENA) ont été interrogées sur leur fréquence de consommation de fruits et légumes en utilisant des questions très simplifiées. En 2004-2005, le pourcentage de personnes de l'étude ABENA déclarant consommer au moins 5 fois par jour des fruits et légumes était de 1,2 % ; cette proportion est passée à 5,6 % en 2011-2012. En utilisant un questionnaire identique, cette proportion était de plus de 12 % dans l'étude ENNS. La part des faibles consommateurs a diminué (1 fois par jour ou moins : 60 % en 2004-2005 chez les personnes recourant à l'aide alimentaire sous forme de denrées à emporter, et 50 % en 2011-2012), tandis que celle des personnes en consommant au moins trois par jour a augmenté (12,9 % en 2004-2005 et 31,3 % en 2011-2012, dans le même sous-groupe d'enquête). Bien qu'encourageantes, ces améliorations restent relativement modestes.

D'après l'Enquête santé et protection sociale réalisée en 2012, 34,9 % des adultes déclarent une fréquence de consommation de fruits et légumes d'au moins 3 fois par jour et 10,2 % d'au moins 5 fois par jour. L'interrogation dans l'enquête ESPS étant limitée à de simples questions de fréquence de consommation de portions, ces résultats ne sont pas directement comparables à ceux des enquêtes faisant appel à des recueils de consommations alimentaires plus détaillés (ensemble des aliments consommés sur plusieurs jours et quantités respectives). La représentation (graphique 3) de ces fréquences en fonction des niveaux de revenu confirme les disparités socio-économiques, avec seulement un quart des adultes du 1er quintile de revenus déclarant une fréquence d'au moins 3 fois par jour (contre 44 % chez ceux du 5e quintile).

▶ Proportion de consommateurs quotidiens de fruits et légumes chez les élèves de grande section de maternelle, CM2 et 3e

D'après les enquêtes réalisées en milieu scolaire les plus récentes, environ la moitié des enfants consomment des fruits chaque jour, quel que soit leur âge, et 45 à 50 % d'entre eux consomment des légumes chaque jour, cette proportion diminuant avec l'âge. Chez les élèves de CM2, une augmentation de ces proportions a été observée entre 2004-2005 (47,6 % pour la consommation quotidienne de fruits et 44,7 % pour les légumes) et 2007-2008 (52,3 % et 48,5 %, respectivement), ce qui, vu que les questions étaient identiques, peut s'interpréter comme une amélioration des comportements. En revanche, chez les élèves de 3e, la part de l'amélioration des comportements et celle due à la modification des questions sont difficilement dissociables : en 2003-2004, les jus de fruits étaient exclus explicitement de cette question, tandis qu'ils étaient inclus, toujours de façon explicite, en 2008-2009. Cependant, la question concernant les légumes n'a pas été modifiée entre ces deux enquêtes, et il est possible de considérer que la fréquence de consommation de légumes a augmenté sur cette période (de 37,1 % à 44,4 %).

Chez les élèves de 3e (enquête 2003-2004), les filles consomment plus fréquemment chaque jour des fruits et légumes que les garçons (40,6 % *versus* 33,5 % pour les légumes et 38,0 % *versus* 34,7 % pour les fruits). Par ailleurs, le fait d'être scolarisé en zone d'éducation prioritaire (ZEP), d'être dans une classe autre qu'une 3e générale et de vivre dans un ménage n'appartenant pas à la catégorie des « professions supérieures ou intermédiaires » sont des facteurs associés à une absence de consommation quotidienne de légumes. La consommation quotidienne de fruits est plus souvent le fait des élèves en ZEP, mais moins fréquemment celui des enfants d'ouvriers ou employés par rapport à ceux de ménages de « professions supérieures ou intermédiaires ». ■

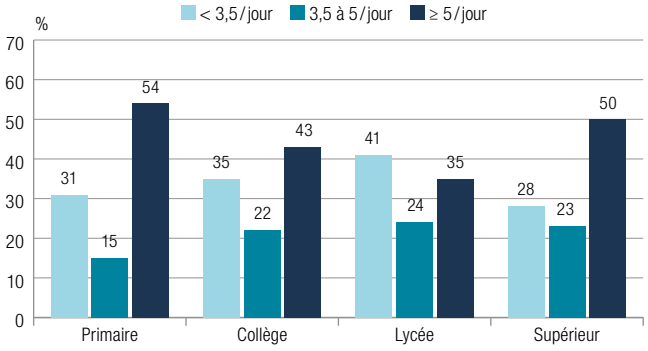
▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13)

Synthèse

Les fruits et légumes apparaissent comme insuffisamment consommés par la population en France (pour 40 % de la population la consommation est conforme aux recommandations actuelles). D'importantes disparités socio-économiques sont observées avec, dans les populations les plus précaires comme les bénéficiaires de l'aide alimentaire, de très faibles fréquences de consommation. Seule la moitié des enfants consomme chaque jour des fruits et des légumes, mais les évolutions au cours des années 2000 suggèrent une amélioration de la situation.

Graphique 1

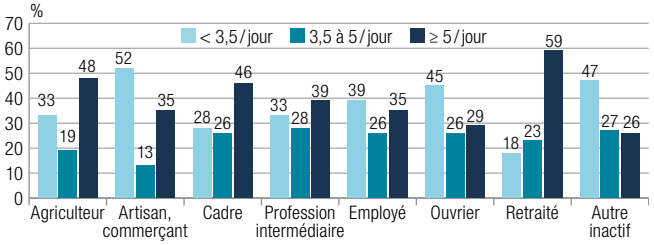
Proportion d'adultes consommant moins de 3,5 fruits et légumes par jour, et plus de 5 par jour selon le niveau d'études (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en domicile ordinaire.
Source • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

Graphique 2

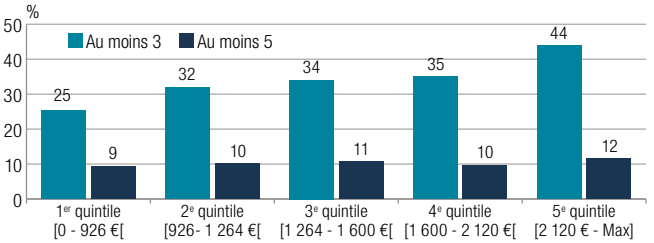
Proportion d'adultes consommant moins de 3,5 fruits et légumes par jour, et plus de 5 par jour selon la PCS (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 79 ans vivant en domicile ordinaire.
Source • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA 2), 2006-2007.

Graphique 3

Proportion d'adultes déclarant une fréquence de consommation d'au moins 3 fois par jour et d'au moins 5 fois par jour en fruits et légumes selon le quintile de revenus par unité de consommation (en %)



Champ • France entière, personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en domicile ordinaire.
Source • Enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012.

INDICATEUR • **Proportion de personnes déclarant consommer moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ; distribution des consommations**

▶ **Champ** : ENNS et INCA : France métropolitaine (hors Corse), population adulte âgée de 18 à 74 ans (18 à 79 ans pour INCA) résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables. Kannari : Martinique, population adulte âgée de 16 ans et plus résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après la base de recensement des îlots de l'Insee. ▶ **Sources** : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007. Étude individuelle nationale des consommations alimentaires, INCA-1 (1998-1999), INCA-2 (2006- 2007), INCA-3 (2014-2015). Enquête sur la santé et les consommations alimentaires (2003-2004), enquête Kannari (2013-2014). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : ENNS : 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. INCA : 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. Kannari : Consommations alimentaires recueillies par deux 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. ▶ **Limites d'interprétation** : Les DOM-TOM ne sont pas représentés dans ENNS et INCA. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ▶ **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connotés positivement).

▶ **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), Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.
– Volatier J.-L., 2000, « Enquête INCA individuelle et nationale sur les consommations alimentaires », Paris, Éditions Tec & Doc.
– Lafay L. (dir.), 2009, « Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2, 2006-2007) », AFSSA, juillet.
– Merle B., Deschamps V., Merle S., Malon A., Blateau A., Pierre-Louis K., Quénel P., Castetbon K., 2008, « Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (ESCAL Martinique 2003-2004) ». Résultats du volet « consommations alimentaires et apports nutritionnels ». Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, Observatoire de la santé de Martinique.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS – Université Paris 13 / Observatoire des consommations alimentaires (ANSES).

INDICATEUR • **Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour**

▶ **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après la base de l'Assurance Maladie (ESPS) ; Enquête auprès des bénéficiaires de l'aide alimentaire dans 4 régions de France métropolitaine (ABENA). ▶ **Sources** : Enquêtes ESPS et ABENA. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : ESPS : Fréquence de consommations alimentaires recueillies par des questions simples. Données pondérées et redressées. ABENA : Fréquences de consommation déclarées par grands groupes d'aliments. ▶ **Limites d'interprétation** : - ESPS : La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ABENA : Ne concerne pas l'ensemble des individus en situation de pauvreté en France. ▶ **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connotés positivement). Par ailleurs, l'interrogatoire simplifié des fréquences de consommation comporte une erreur d'estimation. ▶ **Référence** : Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, n° 553 (biblio n° 1886), juillet.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES / ORS Île de France.

INDICATEUR • **Proportion de consommateurs quotidiens de fruits et légumes chez les élèves de grande section de maternelle, CM2 et 3e**

▶ **Champ** : France métropolitaine et DOM pour les enquêtes nationales de santé. ▶ **Sources** : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire basée sur un échantillon d'élèves scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des DOM, Mayotte incluse depuis 2012-2013. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Interrogation directe des enfants (parents en GSM)

▶ **Limites et biais** : Biais classiques liées aux données déclaratives

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

Nutrition – Statut en vitamine D

Contexte

La vitamine D intervient dans de nombreuses fonctions métaboliques, en particulier en lien avec l'absorption et l'utilisation du calcium ; elle est ainsi fortement impliquée dans la santé osseuse. Elle peut être apportée par l'alimentation, notamment les poissons gras, mais le statut biologique des individus est plutôt déterminé par la part issue de la synthèse endogène, grâce à l'exposition de la peau aux rayonnements UVB. Un statut satisfaisant en vitamine D est particulièrement déterminant pendant l'enfance et à l'âge adulte avancé, compte tenu de son effet préventif sur le risque d'ostéoporose. Les niveaux d'ensoleillement en France devraient permettre une synthèse satisfaisante, mais il peut exister un risque de niveau insatisfaisant dans certains groupes de population, en fonction de leur mode de vie, à certaines périodes (octobre à novembre) et dans certaines régions (les plus au nord). La supplémentation n'est actuellement pas recommandée en population générale, sauf chez les nourrissons et les personnes âgées ; les apports par l'alimentation semblent limités, et certains groupes de la population peuvent se trouver, en raison de leur mode de vie (activité physique, alimentation) et de leurs besoins, à risque de déficit.

Indicateur

▶ Statut en vitamine D chez les moins de 18 ans et les plus de 55 ans

Actuellement, les données disponibles sur le statut biologique en vitamine D proviennent de l'Étude nationale nutrition santé réalisée en 2006-2007. Par conséquent, seules des informations sur les adultes de 18 à 74 ans sont disponibles. Dans cette étude, la concentration moyenne est de 23,0 ng/ml [étendue : 4,6-79,5]. Les hommes présentent une valeur moyenne supérieure à celle des femmes (24,0 ng/ml *versus* 22,0 ng/ml). Il n'y a en revanche pas de variations significatives selon l'âge (moyenne de 23,0 ng/ml dans toutes les classes d'âge 18-29 ans, 30-54 ans et 55-74 ans).

Le déficit sévère (ou carence), défini par un taux plasmatique de 25(OH)-vitamine D[1] inférieur à 10,0 ng/ml, concerne 4,8 % de la population adulte. Cette proportion est plus importante chez les femmes (5,9 %) que chez les hommes (3,6 %), et diminue avec l'âge (7,5 %, 5,2 % et 1,9 %, respectivement dans les trois classes d'âge étudiées ; graphique 1). Les autres facteurs associés à un risque plus élevé de carence en vitamine D est un pays de naissance hors Europe, le fait de vivre seul, de ne pas être parti en vacances au cours des 12 derniers mois (indicateur de précarité), de fumer, de ne pas boire d'alcool et de vivre dans une zone de faible ensoleillement[2]. La période de mesure du statut en vitamine D est également étroitement liée à sa valeur puisque le pourcentage de personnes en situation de carence varie de 1,3 % lorsque la mesure est faite entre juin et septembre, à 8,2 % sur la période février-mai (c'est-à-dire au moment où les réserves sont les plus faibles).

La conjugaison de la période de l'année et du lieu de résidence constitue un facteur de risque mesurable (graphique 2). Ainsi, dans les départements de plus faible ensoleillement et à la période de l'année où les réserves sont les plus faibles (février-mai), le déficit sévère monte jusqu'à 12 %, alors qu'il peut être inexistant dans les autres situations plus favorables.

Le déficit modéré (valeur comprise entre 10 et 20 ng/ml) et l'insuffisance (valeur comprise entre 20 et 30 ng/ml) constituent des indicateurs complémentaires du statut en vitamine D de la population. Ces niveaux de concentration plasmatique ne correspondent pas à un risque prouvé de façon immédiate pour la santé. Toutefois, ils sont intéressants à prendre en considération en raison de leurs effets potentiels sur la santé osseuse, mais aussi, bien que les niveaux de preuve soient incomplets actuellement, sur certaines maladies chroniques, comme les cancers colorectaux ou du sein, le diabète, ou des pathologies neurodégénératives. Ainsi, 42,5 % de la population présentent un déficit modéré à sévère (<20 ng/ml), et 80,1 % une insuffisance de leur statut en vitamine D (<30 ng/ml). Ces risques varient également avec l'âge (graphique 1). Très fréquents, ces niveaux d'insuffisance et de déficit modéré pourraient être corrigés par des modifications du mode de vie. En effet, au-delà de facteurs non modifiables tels que le pays de naissance ou le département de résidence, le niveau d'activité physique et de sédentarité, ainsi que les apports alimentaires sont associés aux risques de déficit modéré.

La réalisation de l'étude Esteban en 2014-2015 permettra de compléter les connaissances à ce sujet, notamment chez les enfants et adolescents. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13)

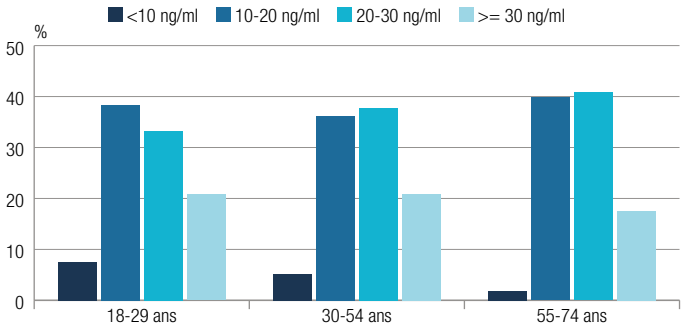
1. La vitamine D est synthétisée par les cellules de la peau sous l'effet du rayonnement ultraviolet solaire.
2. Les réserves de vitamine D, constituées pendant les périodes d'ensoleillement (été), sont utilisées pendant la période hivernale.

Synthèse

L'insuffisance du statut en vitamine D (<30 ng/ml) est très répandue en population, sans que ses effets sur la santé soient clairement connus. En revanche, le déficit sévère (<10 ng/ml) est estimé à près de 5 %, avec des variations importantes selon les lieux et les modes de vie. Si certains de ces facteurs de risque ne peuvent être modifiés, l'incitation à des activités physiques de plein air et à une alimentation pourvoyeuse de vitamine D constitue une perspective majeure d'amélioration du statut de la population.

Graphique 1

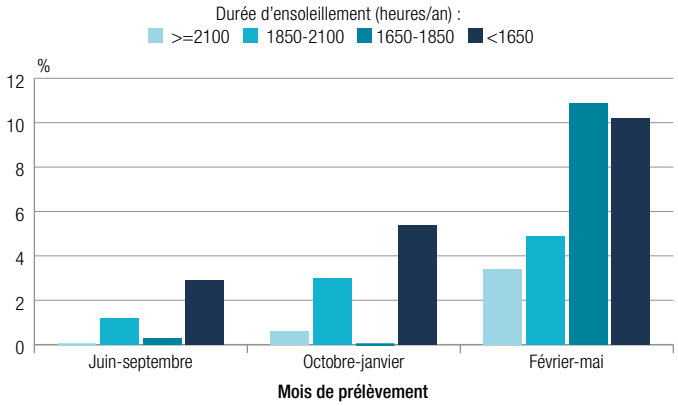
Distribution du statut en vitamine D selon les classes d'âge (mesure biologique, en %)



Champ • France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire.
Source • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

Graphique 2

Risque de déficit sévère (25(OH) vitamine D < 10 ng/ml) selon la période de l'année et la durée d'ensoleillement moyenne du département de résidence (en %)



Champ • France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire.
Source • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

INDICATEUR • **Statut en vitamine D chez les moins de 18 ans et les plus de 55 ans**

▶ **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. Enquête par examen de santé et prélèvement biologique. ▶ **Source** : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007 (Esteban en 2014-2015). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Statut en vitamine D mesuré biologiquement. Données pondérées et redressées. ▶ **Limites d'interprétation** : 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** : Vernay M., Sponga M., Salanave B., Oleko A., Deschamps V., Malon M., Castetbon K., 2012, « Statut en vitamine D de la population adulte en France : l'Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006-2007) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 16-17, p. 189-194.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13).

Les déterminants liés aux conditions de travail

Les accidents du travail

Contexte

Sont définis comme accidents du travail (AT), les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. On distingue habituellement les AT avec arrêt de travail des AT sans arrêt du travail. Dans le cas des AT entraînant des séquelles permanentes, un taux dit d'incapacité partielle permanente (IPP) est attribué par un médecin de la CNAMTS. Ce taux peut s'échelonner entre 1 et 100 % et augmente avec la gravité des séquelles.

Les résultats présentés reposent sur un rapprochement entre les données sur les AT avec arrêt enregistrés par le régime général de Sécurité sociale (CNAMTS[1]) et les déclarations annuelles de données sociales (DADS) traitées par l'INSEE. Le recours à ces deux sources permet notamment de présenter des indicateurs par catégorie socioprofessionnelle et par secteur d'activité détaillé. Dans la suite de cette fiche, le terme AT signifiera accident du travail reconnu par la CNAMTS avec au moins un jour d'arrêt de travail.

La DARES publie des indicateurs statistiques sur les accidents du travail (AT) complémentaires de ceux produits par la CNAMTS, ventilés selon certaines caractéristiques des salariés et de leurs emplois : secteur d'activité, sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et taille de l'établissement employeur. Ces indicateurs permettent de repérer les caractéristiques qui accroissent le risque de subir un AT ou un AT grave (c'est-à-dire avec IPP).

Indicateurs

▶ Nombre et taux de fréquence des accidents du travail occasionnant au moins un jour d'arrêt de travail

En 2010, 657 400 accidents du travail avec arrêt (AT) ont été reconnus pour des salariés du régime général. Entre 2005 et 2010, le taux de fréquence (par rapport au nombre d'heures rémunérées) des AT reconnus a diminué dans le secteur marchand non agricole, en partie du fait du ralentissement de l'activité économique. Le nombre d'accidents du travail avec arrêt comme leur fréquence ont atteint en 2009 leur minimum sur la période, avant d'augmenter légèrement entre 2009 et 2010.

Ces évolutions récentes s'inscrivent dans la continuité d'une tendance de long terme à la baisse des AT reconnus, tant en nombre qu'en taux (Serres *et al.*, 2010). Cependant, à court terme, le taux de fréquence est influencé par la conjoncture économique (Bouvet *et al.*, 2001 ; Ussif, 2004). Le ralentissement de l'activité économique se traduit en général par une baisse du nombre d'AT, du fait de la baisse de l'emploi qu'il induit. Il a également pour conséquence une baisse du taux de fréquence des AT, soit parce que l'intensité du travail se réduit au début d'une récession avant que n'aient lieu les ajustements de l'emploi, soit parce que les victimes hésitent davantage, par crainte de perdre leur emploi, à signaler un accident en période de chômage plus élevé (Boone *et al.*, 2006). La chute du taux de fréquence observée en France entre 2007 et 2009 est donc sans doute en partie liée à la crise économique et financière.

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

Entre 2005 et 2010, les accidents du travail reconnus ont baissé dans une majorité de secteurs d'activité[2]. Dans les secteurs de « production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné », des « télécommunications », des « activités immobilières », le taux de fréquence a même été divisé environ par deux entre ces deux années.

La construction reste en 2010 le secteur le plus exposé, même si le taux de fréquence d'accident du travail y a diminué davantage que la moyenne entre 2005 et 2010. C'est ensuite dans les secteurs des « activités des agences de travail temporaire », de la « production et distribution d'eau et assainissement, gestion des déchets et dépollution », de « l'hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement », des « transports et entreposage » et des « arts, spectacles et activités récréatives » que l'on dénombre le plus d'accidents.

Dans les « activités des agences de travail temporaire », après une période de stabilité entre 2005 et 2008, le risque d'AT a reculé nettement entre 2008 et 2010, en suivant le volume annuel de recours au travail temporaire (Inan, 2014).

En 2010, le risque d'AT est nettement inférieur à la moyenne dans les DOM, en Île-de-France et en Alsace (respectivement 13, 15,7 et 19,5 AT par million d'heures rémunérées), alors qu'en Bourgogne, dans le Limousin et surtout le Languedoc-Roussillon, il apparaît plus élevé (25,8, 26,1 et 28,2 AT par million d'heures rémunérées). Le faible niveau de risque d'AT en Île-de-France s'explique par un effet de composition (un nombre élevé de sièges sociaux et donc de cadres) et cette spécificité n'est plus vérifiée « toutes choses égales par ailleurs ». D'une manière générale, les différences régionales en matière de sinistralité diminuent fortement lorsqu'est neutralisé l'effet des caractéristiques de la main-d'œuvre de chaque région (Inan, 2014).

À un niveau géographique plus fin, les zones d'emploi présentent une forte hétérogénéité du taux de fréquence des AT, y compris par secteur. À titre d'exemple, pour les 36 sous-secteurs à haut risque (carte 1), on enregistre un risque d'AT nettement supérieur, tant en nombre qu'en taux, dans certains grands pôles urbains comme Grenoble, Caen, Tours, Dijon et Montpellier, de très grands pôles urbains comme Lyon, Toulouse, Bordeaux et Lille, ainsi que dans certaines zones d'emploi autour de Paris (Roissy-Sud Picardie, Saclay, Marne-la-Vallée) ou de Lille (Lens-Hénin).

▶ Taux de fréquence des incapacités permanentes

Les accidents ayant occasionné des séquelles permanentes donnent lieu à l'attribution, par un médecin de la CNAMTS, d'un taux d'incapacité partielle permanente (IPP). La part de ces accidents avec IPP dans l'ensemble des accidents du travail a suivi une tendance à la baisse sur la période 2005-2010 (passant de 7,5 % en 2005 à 6,3 % en 2010), ainsi que le taux moyen d'IPP par million d'heures rémunérées (tableau 1). Si la fréquence des AT les plus sérieux a diminué au fil des années, ceux-ci ont eu des conséquences de plus en plus graves : le taux moyen d'incapacité permanente des AT avec IPP est passé de 9,8 % en 2005 à 10,7 % en 2010. L'indice de

1. Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés.
2. Du fait de la modification de la nomenclature d'activités française en 2008 (passage à la Naf rév.2), il n'est pas possible de mesurer directement les variations sectorielles du taux de fréquence des AT entre 2005 et 2010. Pour avoir des séries temporelles sur l'ensemble de la période étudiée, les secteurs d'activité agrégés en 38 postes (NA38) ont été imputés, pour l'année 2005, à partir de la Naf rév.1 et d'une table de passage entre la Naf rév.2.

gravité des accidents du travail, qui rend compte des séquelles permanentes (taux moyen d'IPP) observées par million d'heures de travail, est le plus élevé dans les secteurs de la construction, des industries extractives et de la « production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution ». Dans ce secteur, malgré une fréquence des AT légèrement inférieure à la moyenne, ceux-ci se soldent plus souvent par des séquelles permanentes : 10,6 % donnent lieu à une IPP, contre 6,3 % en moyenne.

▶ Nombre, taux de fréquence des accidents du travail mortels

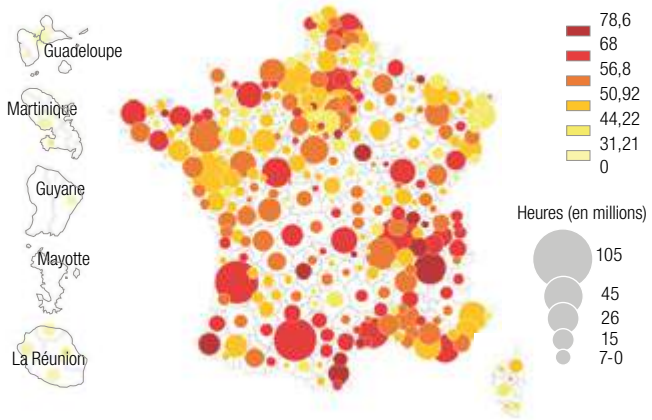
Le nombre d'AT mortels reste en 2010 supérieur au nombre de décès observés en 2005 (535 contre 476) ; il a toutefois diminué depuis 2007, après avoir sensiblement augmenté entre 2005 et 2007. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DARES, département Conditions de travail et santé

↻ Synthèse

En partie du fait de la crise économique, le risque d'accidents du travail a fortement chuté dans le secteur marchand non agricole entre 2005 et 2010. La baisse a été plus rapide parmi les secteurs et les catégories de salariés les plus exposés, notamment dans la construction et parmi les ouvriers, les hommes et les jeunes. *A contrario*, le risque d'accident du travail n'a pas diminué pour les femmes.
La part des accidents ayant occasionné des séquelles permanentes diminue au fil des années, mais ceux-ci ont des conséquences de plus en plus graves.
Les accidents sont les plus graves dans la construction, les industries extractives et dans la production et distribution d'eau, l'assainissement, la gestion des déchets et la dépollution.

Carte 1
Nombre d'heures rémunérées et taux de fréquence des AT par zone d'emploi, dans les 36 sous-secteurs à haut risque d'AT*



* Sous-secteurs où le taux de fréquence d'AT est supérieur à 44 par million d'heures rémunérées, soit le double du taux de fréquence de l'ensemble des secteurs.
En excluant les 8 329 AT dont la variable « commune de l'établissement » est manquante sur les 131 449 que comptent ces 36 activités à risque élevé.
Lecture • Dans la zone d'emploi de Toulouse en 2010, pour les 50,2 millions d'heures rémunérées, on enregistre 2 947 AT, soit un taux de fréquence de 58,7 pour 1 million d'heures rémunérées.
Champ • Salariés du régime général de Sécurité sociale présents dans les DADS-INSEE ; France entière.
Sources • Données CNAMTS pour le nombre d'AT et DADS-INSEE pour le nombre d'heures rémunérées ; calculs DARES.

Tableau 1
Évolution du risque d'accidents du travail (AT) au cours de la période 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre d'AT	697 960	699 667	718 850	703 039	650 218	657 407
Taux de fréquence des AT*	24,7	24,1	24,3	23,2	21,8	22,0
Proportion d'AT avec IPP (en %)	7,5	6,7	6,5	6,3	6,7	6,3
Indice de gravité des AT**	18,2	16,6	16,8	15,2	15,1	14,9
Taux moyen d'IPP des AT avec IPP (en %)	9,8	10,2	10,6	10,3	10,3	10,7
Nombre d'AT mortels	476	539	625	573	542	535
Nombre d'heures rémunérées (en millions)	28 219	29 024	29 615	30 357	29 827	29 858

* Nombre d'AT par million d'heures rémunérées.
** Taux moyen d'IPP par million d'heures rémunérées.
Lecture • En 2010, 657 407 AT ont été déclarés, ce qui représente 22,0 AT pour un million d'heures rémunérées ; le taux moyen d'IPP occasionné par des AT, qui correspond à l'indice de gravité, est de 14,9 par million d'heures rémunérées ; 6,3 % des AT ont conduit à la fixation d'un taux d'IPP et 535 AT à un décès.
Champ • Salariés du régime général de Sécurité sociale présents dans les DADS-INSEE ; France entière.
Sources • Données CNAMTS pour le nombre d'AT, d'AT avec incapacité partielle permanente (IPP), d'AT mortels et la somme des taux d'IPP ; DADS-INSEE pour le nombre d'heures rémunérées ; calculs DARES.

▶ **Champ** : Salariés du régime général. ▶ **Sources** : CNAMTS, INSEE (DADS).
▶ **Mode de construction des indicateurs** :
– Le nombre d'accidents avec arrêt (AT) : le nombre d'accidents du travail reconnus par la CNAMTS avec arrêt de travail.
– Le taux de fréquence : le nombre moyen d'AT par million d'heures rémunérées (DADS).
– L'indice de gravité : le taux moyen d'incapacité partielle permanente (IPP) occasionné par des AT par million d'heures rémunérées.
– La proportion d'AT avec IPP : la proportion parmi les AT de ceux qui occasionnent une incapacité partielle permanente.
– Le taux moyen d'IPP des AT avec IPP : le taux moyen d'IPP occasionné en moyenne par un AT avec IPP.
▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données présentées ici ne couvrent que les salariés du secteur marchand non agricole (salariés affiliés au régime général). À partir du prochain rapport sur l'état de santé de la population, il est prévu de présenter des indicateurs sur les accidents du travail construits à partir des données agrégées de trois régimes de Sécurité sociale : le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. La mise au point de ces indicateurs agrégés fait l'objet d'une collaboration entre la DARES et l'Institut de veille sanitaire.
▶ **Références** :
– Euzenat D., 2009, « Les indicateurs accidents du travail de la DARES – conception, champ et interprétation », *Document d'études*, DARES, n° 150.
– Serres N., Jacquetin P., 2010, « Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité », *Points de repère*, CNAMTS, n° 32, décembre.
– Bouvet M., Yahou N., 2001, « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières Synthèses*, DARES, n° 31.1, août.
– Ussif A., 2004, « An International Analysis of Workplace Injuries », *Monthly Labor Review*, n° 127, p. 41-51.
– Boone J., Van Ours J.-C., 2006, « Are recessions good for workplace safety ? », *Journal of Health economics*, 25(6), p. 1069-1093.
– Inan C., 2014, « Les accidents du travail entre 2005 et 2010 : une fréquence en baisse », *Analyses*, DARES, n° 10, février.
▶ **Organisme responsable et la production de l'indicateur** : DARES.

Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel

Contexte

L'exposition à des cancérogènes professionnels concerne une fraction importante de la population des travailleurs, même si le niveau d'exposition a reculé sur la période récente. L'imputabilité d'un cancer à une exposition reste difficile à établir, en lien notamment avec les durées de latence et la difficulté à identifier les expositions sur l'ensemble de la vie professionnelle. Le nombre de cas de cancers reconnus comme maladie professionnelle est ainsi nettement inférieur au nombre de cancers attribuables à une exposition professionnelle[1]. Cette sous-déclaration contribue à masquer l'ampleur du risque cancérogène en entreprise. Les expositions professionnelles aux agents cancérogènes ont pu être estimées à partir de différentes sources. L'enquête SUMER permet de connaître le nombre de salariés exposés à au moins un produit chimique cancérogène classé 1 ou 2 par l'Union européenne ou par le CIRC (Centre international de recherche contre le cancer[2]) durant la semaine précédant l'enquête. L'enquête Emploi permet de repérer le nombre de salariés déclarant travailler même occasionnellement de nuit (entre minuit et 5 heures).

Indicateurs

▶ Proportion de salariés exposés à au moins un produit chimique cancérogène (certain ou probable selon le CIRC ou l'Union européenne) en 2010

D'après l'enquête SUMER 2010, 10 % des salariés sont exposés à au moins un produit chimique cancérogène (tableau 1) au cours de la semaine précédant l'enquête, soit 2,2 millions de salariés.

Le secteur où les expositions sont les plus fréquentes est celui de la construction (31 % des salariés de ce secteur), suivi de l'industrie (18 %), avec notamment la fabrication d'autres produits industriels (23 %) et la fabrication de matériels de transport (22 %). Les ouvriers sont les plus exposés (25 % d'entre eux). Les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes, notamment du fait de leur prédominance parmi les ouvriers et dans les secteurs d'activité les plus concernés. Les salariés de moins de 25 ans sont davantage exposés (16 % contre 7 % des 50 ans et plus).

Parmi ces salariés exposés, près de 1,9 million sont exposés à au moins un des huit produits les plus fréquents, soit par ordre d'importance : les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales entières, les poussières de bois, la silice cristalline, le formaldéhyde, le plomb et dérivés, les goudrons de houille et dérivés, bitume et brais de pétrole et les hydrocarbures aromatiques halogénés ou nitrés. Les expositions à ces huit substances constituent 74 % des situations d'expositions. En outre, l'exposition à l'amiante concerne 81 000 salariés. Pour tous ces produits, ce sont les ouvriers qui sont les plus exposés, au moins deux fois plus que la moyenne des salariés. La proportion de salariés exposés à ces substances a diminué entre 2003 et 2010, passant de 13 % à 10 %.

Pour une proportion importante des salariés ainsi exposés, aucune protection collective ou individuelle n'est déclarée : 56 % des salariés exposés aux gaz d'échappement diesel, 31 % des salariés exposés aux hydrocarbures halogénés et à l'amiante, 26 % des salariés exposés aux huiles minérales entières, 23 % des salariés exposés au formaldéhyde, 22 % de ceux exposés aux poussières de bois et aux goudrons de houille et ses dérivés, 21 % des salariés exposés à la silice cristalline et 17 % de ceux exposés au plomb et dérivés.

▶ Proportion de salariés déclarant travailler de nuit, même occasionnellement (entre minuit et cinq heures)

Le Centre international de recherche contre le cancer (CIRC) a classé le travail de nuit comme « produit probablement cancérogène pour l'homme » depuis 2007. En 2012, selon l'enquête sur les conditions de travail, le nombre de salariés travaillant de nuit de façon habituelle ou occasionnelle s'élève à 3,5 millions, soit 15 % des salariés (tableau 2). Les secteurs les plus concernés sont ceux des transports et entreposage et de la fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac puisqu'un tiers des salariés de ces secteurs sont concernés par le travail de nuit de façon habituelle ou occasionnelle (tableau 3). Ces chiffres sont restés stables depuis 2009, aussi bien pour les femmes que pour les hommes. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DARES, département Conditions de travail et santé

1. www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-et-travail-les-facteurs-de-risque-professionnels ; www.invs.sante.fr//publications/2003/cancers_pro/rapport_cancer_pro.pdf
2. Les substances ici retenues sont les substances classées comme cancérogènes certains ou probables par le CIRC (« groupe 1 » et « groupe 2 : 2A ») ou par l'Union européenne (« catégorie 1 » et « catégorie 2 »). Le nouveau système de classification et d'étiquetage des produits chimiques selon le règlement européen CLP (*Classification, Labelling and Packaging of substances and mixtures*) n'a pas été intégré.

Synthèse

En 2010, 2,2 millions de salariés sont exposés à des produits chimiques classés comme cancérogènes certains ou probables par le CIRC ou l'Union européenne. Les hommes, les ouvriers et les salariés des secteurs de la construction et de l'industrie sont principalement concernés. 1,9 million de salariés sont exposés à au moins un des huit produits les plus fréquents, chiffre en baisse par rapport à 2003.
En 2012, le nombre de salariés travaillant de nuit, même occasionnellement, s'élève à 3,5 millions, soit 15 % des salariés, comme en 2009.

Tableau 2
Salariés travaillant la nuit de façon habituelle ou occasionnelle

	1991		2002		2009		2012	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Ensemble	**13,0**	**2 463 000**	**14,3**	**3 050 000**	**15,2**	**3 488 000**	**15,4**	**3 509 000**
Hommes	18,7	1 968 000	20,3	2 317 000	21,4	2 470 000	21,5	2 460 000
Femmes	5,8	495 000	7,3	732 000	9,0	1 018 000	9,3	1 049 000

Note • Définition statistique du travail de nuit : période de travail se situant, même partiellement, dans la tranche de minuit à cinq heures du matin.
Lecture • En 1991, 13 %, des salariés, soit 2 463 000 d'entre eux, travaillaient la nuit de façon habituelle ou occasionnelle.
Champ • Salariés de 15 ans ou plus résidant en France métropolitaine.
Sources • Enquêtes Emploi 1991, 2002, 2009, 2012, INSEE.

Tableau 3
Proportion de salariés travaillant la nuit selon le secteur en 2012

Activité de l'établissement (NA en 17 postes)	Ensemble	Hommes	Femmes
Agriculture, sylviculture et pêche	14,7	18,5	7,2
Fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac	32,3	45,3	13,5
Cokéfaction et raffinage	20,5	31,9	-
Fabrication de machines, d'équipements électriques, électroniques, informatiques	14,6	17,1	8,0
Fabrication de matériels de transport	14,4	16,9	4,7
Fabrication d'autres produits industriels	19,3	24,5	6,5
Industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution	27,4	34,1	5,1
Construction	7,5	8,3	1,5
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	6,6	9,5	3,5
Transports et entreposage	34,1	42,0	13,1
Hébergement et restauration	20,8	25,7	16,0
Information et communication	14,8	18,4	7,6
Activités financières et d'assurance	3,5	6,8	1,1
Activités immobilières	7,1	10,7	4,6
Activités scientifiques et techniques ; services administratifs et de soutien	12,9	18,4	6,3
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	17,3	27,4	12,6
Autres activités de services	10,6	20,2	7,0
Ensemble	**15,4**	**21,5**	**9,3**

- : aucun salarié interrogé de cette catégorie n'est exposé.
Lecture • En 2012, dans le secteur agriculture, sylviculture et pêche, 18,5 % des hommes salariés travaillaient la nuit de façon habituelle ou occasionnelle, contre 7,2 % des femmes salariées.
Champ • Salariés de 15 ans ou plus résidant en France métropolitaine.
Source • Enquête Emploi 2012, INSEE.

Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel (suite)

Tableau 1
Proportion de salariés exposés à au moins un produit chimique cancérogène (en %)

	Au moins un produit chimique cancérogène	Gaz d'échappement diesel	Huiles minérales entières	Poussières de bois	Silice cristalline	Formaldéhyde	Plomb et dérivés	Goudrons de houille et dérivés, bitume et brais de pétrole	Hydrocarbures aromatiques halogénés ou nitrés	Amiante (toutes variétés confondues)
Ensemble	**10,1**	**3,7**	**2,5**	**1,7**	**1,4**	**0,7**	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,4**
Sexe										
Hommes	16,1	6,4	4,4	3,0	2,4	0,6	0,9	0,9	0,8	0,6
Femmes	2,8	0,5	0,1	0,2	0,2	0,8	0,1	0,0	0,2	0,1
Tranche d'âge										
Moins de 25 ans	15,7	5,7	3,5	3,1	3,3	0,9	0,6	0,8	0,6	0,6
25-29 ans	11,7	4,4	3,6	2,4	1,4	0,7	0,9	0,4	0,9	0,4
30-39 ans	9,6	3,4	2,4	1,4	1,1	0,8	0,6	0,5	0,6	0,4
40-49 ans	10,0	3,7	2,4	1,7	1,3	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
50 ans et plus	7,4	2,7	1,8	1,1	0,9	0,4	0,2	0,4	0,2	0,2
Catégorie sociale										
Cadres	2,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,6	0,1	0,1	0,2	0,1
Professions intermédiaires	7,0	2,1	1,7	0,7	0,7	0,8	0,5	0,3	0,6	0,2
Employés	3,2	1,4	0,4	0,4	0,1	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1
Ouvriers	24,6	9,4	6,7	4,8	3,9	0,7	1,3	1,4	1,0	1,0
Activité de l'établissement (NA en 17 postes)*										
Agriculture, sylviculture et pêche	13,1	9,9	3,3	2,0	1,3	0,3	-	-	0,0	0,0
Fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac	3,5	1,0	1,9	0,3	0,3	0,1	-	-	0,1	0,0
Fabrication de machines, d'équipements électriques, électroniques, informatiques	12,9	1,8	6,4	0,1	0,9	0,9	1,7	-	0,4	0,3
Fabrication de matériels de transport	22,1	3,8	8,5	1,4	0,3	1,5	3,0	1,0	1,9	-
Fabrication d'autres produits industriels	23,2	3,3	6,7	5,0	3,3	1,3	1,2	0,6	0,9	0,1
Industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution	14,4	7,2	3,7	0,8	2,8	0,1	1,4	1,5	0,8	1,6
Construction	31,1	6,4	4,0	11,3	10,3	0,5	1,8	3,6	0,7	2,1
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	10,5	7,2	4,5	0,9	0,4	0,5	0,3	0,1	0,8	0,5
Transports et entreposage	13,1	11,0	2,7	0,3	0,6	0,1	0,7	0,3	1,5	0,4
Hébergement et restauration	1,1	0,5	0,3	0,2	-	0,0	-	-	0,1	0,1
Information et communication	0,7	0,3	0,2	0,1	-	-	0,0	0,1	-	0,1
Activités financières et d'assurance	0,6	0,2	0,0	-	0,1	0,0	-	-	0,0	-
Activités immobilières	1,9	0,8	-	0,4	0,1	0,3	-	-	0,0	0,0
Activités scientifiques et techniques ; services administratifs et de soutien	6,6	2,7	1,1	0,7	0,9	0,9	0,3	0,4	0,4	0,3
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	4,6	1,7	0,7	0,7	0,2	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2
Autres activités de services	7,6	1,0	0,3	0,7	0,4	1,8	0,1	-	0,5	0,0

* Nomenclature agrégée en 17 postes (NA17), le secteur « cokéfaction et raffinage » n'est pas représenté en raison de trop faibles effectifs salariés interrogés.
- : aucun salarié interrogé de cette catégorie n'est exposé.
Lecture • En 2010, 10 % des salariés étaient exposés à au moins un produit chimique cancérogène.
Champ • Salariés France métropolitaine et La Réunion.
Source • Enquête SUMER 2010, DARES-DGT-DGAFP.

INDICATEUR • **Proportion de salariés exposés à un produit chimique cancérogène**

▶ **Champ** : Salariés de France métropolitaine et La Réunion. ▶ **Source** : Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER) 2010, DARES-DGT-DGAFP. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans l'enquête SUMER en 2010 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par l'exposition étudiée. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : L'édition de 2010 couvre quasiment tous les secteurs, publics comme privés. L'exception majeure concerne les enseignants de l'Éducation nationale ainsi que les agents des ministères sociaux et de la Justice. Dans le cadre de l'enquête SUMER, le médecin du travail relève les produits chimiques auxquels a été exposé le salarié durant la dernière semaine travaillée. Cette méthode conduit à sous-évaluer le nombre de salariés dont les expositions sont liées à des activités ponctuelles ou irrégulières, qui ont moins de chances d'avoir eu lieu au cours de cette période que les activités régulières. ▶ **Référence** : Cavet M., Léonard M., 2013, « Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2010 », *Dares Analyses*, DARES, nº 054, septembre.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DARES.

INDICATEUR • **Proportion de salariés déclarant travailler de nuit**

▶ **Champ** : Salariés de 15 ans ou plus résidant en France métropolitaine. ▶ **Source** : Enquête Emploi 2012, INSEE. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans l'enquête Conditions de travail en 2012 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par l'exposition étudiée. ▶ **Référence** : Algava E., 2014, « Le travail de nuit des salariés en 2012 », *Dares Analyses*, DARES, nº 062, août.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DARES.

Exposition au bruit en milieu de travail

Contexte

L'exposition au bruit est un problème important en termes de conditions de travail et d'expositions professionnelles. L'enquête SUMER 2010 permet de connaître le nombre de salariés subissant un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 dB(A), la durée de cette exposition et la mise à disposition ou non d'une protection auditive. Elle permet aussi de mesurer l'exposition à des bruits comportant des chocs ou des impulsions. L'enquête Conditions de travail permet quant à elle de repérer le nombre de salariés qui déclarent ne pas pouvoir entendre au cours de leur travail une personne placée à deux ou trois mètres leur adressant la parole.

Indicateurs

▶ Proportion de salariés exposés à un bruit supérieur à 85 dB(A) 20 heures ou plus par semaine

D'après l'enquête SUMER de 2010, la proportion de salariés exposés à des bruits supérieurs à 85 dB(A) 20 heures ou plus par semaine est de 4,8 % (tableau 1). Un quart des salariés concernés ne disposent pas de protections auditives.

Les hommes sont plus souvent exposés au bruit, ainsi que les ouvriers. La proportion de salariés concernés diminue avec l'âge. C'est dans les secteurs industriels et dans la construction que cette exposition est la plus fréquente. Toutefois, dans certains secteurs comme le commerce et la réparation automobile, les transports et l'entreposage ou encore l'administration publique, enseignement ou santé, peu de salariés sont exposés au bruit, mais les personnes exposées sont fréquemment sans protection auditive.

▶ Proportion de salariés exposés à un bruit comportant des chocs ou des impulsions 20 heures ou plus par semaine

D'après l'enquête SUMER de 2010, 1,9 % des salariés sont exposés durant 20 heures ou plus par semaine à un bruit comportant des chocs ou impulsions, et pour 37 % d'entre eux sans disposer de protections auditives. L'exposition à ces bruits impulsifs est donc plus rare qu'à un bruit supérieur à 85 dB(A) mais les salariés les plus concernés ont les mêmes caractéristiques : hommes, ouvriers, dans les secteurs industriels ou la construction.

▶ Proportion de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel

Selon l'enquête Conditions de travail de 2012-2013, 2,4 % des salariés de métropole, soit un peu plus de 500 000, déclarent ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres lorsqu'elle leur adresse la parole, même si elle élève la voix (tableau 2).

Cette contrainte est moins fréquente en 2013 qu'en 2005 puisqu'elle concernait alors 3,3 % des salariés de métropole. La baisse est plus marquée pour les catégories les plus concernées : les hommes (de 5,0 à 3,4 % d'entre eux) et, parmi les catégories socioprofessionnelles, celle des ouvriers (de 8,6 à 6,2 %).

Si l'exposition à un bruit intense diminue, elle augmente pour le bruit modéré : la proportion de salariés qui peut entendre une personne placée à 2 ou 3 mètres d'eux, à condition qu'elle élève la voix, passe de 14,0 en 1998 à 14,7 % en 2005 et 15,8 % en 2013 (tableau 3).

C'est dans les secteurs industriels que l'on rencontre les plus fortes proportions de travailleurs exposés à cette contrainte, mais aussi dans l'agriculture (graphique 1).

Un peu plus de 100 000 travailleurs non salariés sont exposés à cette contrainte, qu'ils subissent un peu plus fréquemment que les salariés (tableau 3). Ceci s'explique surtout par les secteurs d'activité dans lesquels ils exercent (agriculteurs exploitants, artisans notamment). Elle est en revanche moins fréquente dans les départements d'outre-mer (1,4 %) qu'en métropole (2,6 %). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DARES, département Conditions de travail et santé

↻ Synthèse

Selon l'enquête SUMER de 2010, 4,8 % des salariés sont exposés au bruit – supérieur à 85 dB(A) – pendant 20 heures ou plus par semaine, et pour près d'un quart d'entre eux sans protection auditive. 1,9 % des salariés sont par ailleurs exposés à du bruit comportant des chocs ou des impulsions pendant 20 heures ou plus par semaine, pour plus du tiers sans protection auditive.

Dans les enquêtes Conditions de travail, l'exposition à un bruit intense est mesurée par le fait qu'un salarié déclare qu'il ne peut entendre une personne à 2 ou 3 mètres de lui qui lui adresse la parole, même si elle élève la voix. La proportion de salariés concernés diminue, passant de respectivement 3,5 % et 3,3 % en 1998 et 2005 et à 2,4 % en 2013.

INDICATEURS • **Proportion de salariés exposés à un bruit supérieur à 85 dB(a) 20 heures ou plus par semaine**
• **Proportion de salariés exposés à un bruit comportant des chocs ou des impulsions 20 heures ou plus par semaine**

▶ **Champ** : Salariés de France métropolitaine et La Réunion. ▶ **Source** : Enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) 2010, DARES-DGT-DGAFP. ▶ **Mode de construction des indicateurs** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans l'enquête SUMER 2010 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par l'exposition étudiée. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : L'édition de 2010 couvre quasiment tous les secteurs, publics comme privés. L'exception majeure concerne les enseignants de l'Éducation nationale ainsi que les agents des ministères sociaux et de la Justice. ▶ **Référence** : Magaud-Camus I. *et al.*, 2005,« Le bruit au travail en 2003 », *Premières Synthèses*, DARES, nº 25.3, juin. ▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : DARES.

INDICATEUR • **Proportion de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel**

▶ **Champ** : Ensemble des actifs en emploi. L'enquête ne couvrait que la métropole jusqu'en 2005. 4 départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion) ont été enquêtés pour l'édition 2013. ▶ **Sources** : Enquêtes Conditions de travail 1998, 2005, 2013. Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage, organisée et exploitée par la DARES. En 2013, la DREES et la DGAFP ont contribué à la réalisation de l'enquête. ▶ **Limites d'interprétation** : 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** : Algava E., 2014, « Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *Dares Analyses*, DARES, nº 049, juillet.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DARES.

Tableau 1
Proportion de salariés exposés plus de 20 heures par semaine à un bruit supérieur à 85 dB(A) ou à un bruit comportant des chocs ou des impulsions (en %)

Proportion de salariés exposés 20 heures ou plus par semaine à…	… un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 dB(A)	dont : sans protection auditive	… un bruit comportant des chocs, des impulsions	dont : sans protection auditive
Ensemble	4,8	22,6	1,9	37,4
Sexe				
Hommes	7,9	21,5	2,9	33,6
Femmes	1,0	32,3	0,6	60,0
Tranche d'âge				
Moins de 25 ans	5,4	23,5	2,6	40,8
25-29 ans	5,0	27,4	1,8	48,1
30-39 ans	4,7	18,4	2,0	36,4
40-49 ans	5,1	22,7	1,9	33,8
50 ans et plus	4,2	24,6	1,4	35,4
Catégorie sociale				
Cadres	0,7	NS	0,2	NS
Professions intermédiaires	1,8	30,5	0,9	59,4
Employés	0,5	NS	0,4	NS
Ouvriers	14,4	19,4	5,4	29,6
Activité de l'établissement (NA rév.2 en 17 postes)				
Agriculture, sylviculture et pêche	5,8	NS	0,8	NS
Fabrication denrées alimentaires, boissons, produits de tabac	18,2	19,4	4,8	NS
Cokéfaction et raffinage	NS	NS	NS	NS
Fabrication de machines, d'équipements électr(on)iques, informatiques	10,0	13,5	4,7	NS
Fabrication de matériels de transport	16,8	18,2	4,7	NS
Fabrication d'autres produits industriels	21,3	13,4	7,2	23,6
Industries extractives, énergie, eau, déchets et dépollution	6,5	NS	2,8	NS
Construction	10,5	23,0	4,2	35,3
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	1,7	53,7	1,6	55,1
Transports et entreposage	2,8	41,7	1,1	NS
Hébergement et restauration	0,4	NS	1,2	NS
Information et communication	0,3	NS	-	-
Activités financières et d'assurance	0,1	NS	0,3	NS
Activités immobilières	0,1	NS	-	-
Activités scientifiques et techniques ; services administratifs et de soutien	3,7	19,4	1,1	NS
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	1,0	44,9	0,5	NS
Autres activités de services	1,0	NS	0,4	NS

NS : non significatif.
- : les effectifs concernés sont insuffisants.
Champ • France métropolitaine et La Réunion, population salariée.
Source • Enquête SUMER.

Tableau 2
Proportion de salariés déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 1998, 2005 et 2013 (en %)

		1998	2005	2013
Sexe	Homme	5	5	3,4
	Femme	1,8	1,4	1,3
Âge	Moins de 25 ans	3,5	3,3	3
	25-29 ans	2,8	2,3	2
	30-39 ans	3,3	3,2	2,7
	40-49 ans	4	3,5	2
	50 ans et plus	3,7	3,7	2,5
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,4	0,9	0,8
	Professions intermédiaires	1,8	1,7	1,2
	Employés	1,3	1,4	1,4
	Ouvriers	8,3	8,6	6,2
Ensemble		3,5	3,3	2,4

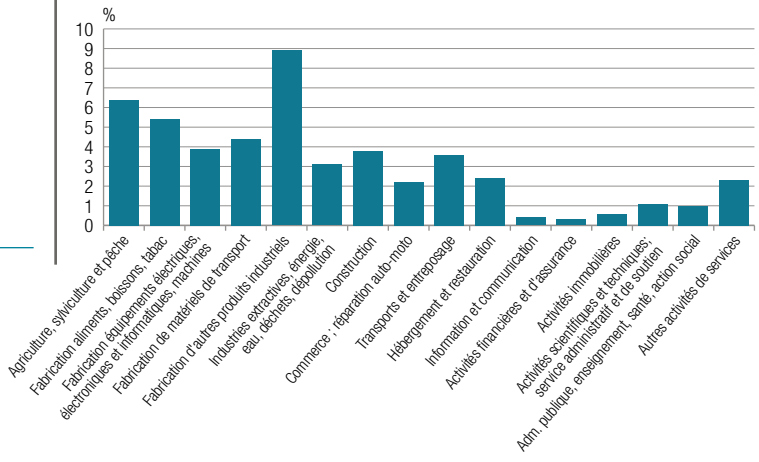
Lecture • 3,5 % des salariés de moins de 25 ans déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 1998.
Champ • France métropolitaine, population salariée.
Sources • Enquêtes Conditions de travail 1998, 2005, 2013.

Tableau 3
Proportion de travailleurs déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 2013 (en %)

	Salariés	Non salariés	Ensemble
France métropolitaine	2,4	3,9	2,6
Départements d'outre-mer	1,4	1,6	1,4
Ensemble	2,4	3,8	2,5

Lecture • 2,4 % des salariés déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 2013.
Champ • Actifs en emploi, France entière.
Source • Enquête Conditions de travail 2013.

Graphique 1
Proportion de travailleurs déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 2013, selon le secteur d'activité (en %)



Lecture • 6,4 % des personnes travaillant dans le secteur « Agriculture, sylviculture et pêche » déclarent ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 2013.
Champ • Actifs en emploi, France entière.
Source • Enquête Conditions de travail 2013.

Contraintes articulaires au travail

Contexte

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées ; de nombreuses journées de travail sont perdues du fait d'arrêts de travail liés au TMS. L'enquête SUMER 2010 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 à « la manutention manuelle de charges », deux facteurs favorisant la survenue de TMS. L'enquête Conditions de travail permet, quant à elle, de repérer les salariés exposés actuellement à « des postures pénibles ou fatigantes durant leur travail » (station debout prolongée, accroupi, courbé, bras en l'air, etc.).

Indicateurs

▶ Pourcentage de salariés exposés à des contraintes articulaires 20 heures ou plus par semaine (répétition de gestes à cadence élevée)

En 2010, selon l'enquête SUMER, 1,8 million de salariés sont soumis à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée », 20 heures ou plus par semaine, soit 8,3 % d'entre eux. Ce chiffre est en hausse pour les salariés du privé : 9,5 % en 2003, 13,6 % en 2010. Pour 6,8 % 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 ainsi que les jeunes (10 % des moins de 25 ans, tableau 1). Les secteurs agricole et de l'agroalimentaire sont ceux qui affichent les plus fortes prévalences (graphique 1). Les ouvriers restent la catégorie sociale la plus soumise aux contraintes articulaires (14,3 %, tableau 1).

▶ Pourcentage de salariés exposés à la manutention manuelle de charges 10 heures ou plus par semaine

En 2010, selon l'enquête SUMER, 2,2 millions de salariés sont soumis à de la « manutention manuelle de charges » 10 heures ou plus par semaine, soit 10,1 % d'entre eux. Les hommes sont plus exposés que les femmes à cette contrainte, ainsi que les jeunes (14,1 % des moins de 25 ans et 13 % des 25-29 ans) et les ouvriers (20,7 %) (tableau 1). Le secteur de la construction est de loin celui qui affiche la plus forte prévalence, suivie par le secteur du commerce/réparation auto-moto (graphique 1).

▶ Pourcentage de salariés déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail

En 2013, selon l'enquête Conditions de travail, 34,6 % des salariés déclarent devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue pendant leur travail. Cette contrainte a fortement progressé au cours des vingt dernières années, puisqu'elle s'élève à seulement 16 % en 1984, mais semble marquer une pause depuis une dizaine d'années. Les jeunes de moins de 25 ans sont plus fortement touchés (42,4 %) par cette contrainte que les salariés plus âgés (tableau 2). Ce sont les secteurs de l'agriculture (64,3 %) et de la construction (61,4 %) qui exposent le plus leurs salariés à ce type d'effort, avec toutefois une baisse de quelques points par rapport à 2005 (graphique 2). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** DARES, département Conditions de travail et santé

↻ Synthèse

En 2010, 8,3 % des salariés (soit 1,8 million) sont soumis à des gestes répétitifs à une cadence élevée au moins 20 heures par semaine, et 10,1 % à la manutention manuelle de charges (enquête SUMER). En 2013, 35 % des salariés déclarent devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » (enquête Conditions de travail). Plus élevés chez les jeunes, les ouvriers, et très variables entre secteurs d'activité, ces indicateurs ne se sont pas améliorés d'une édition à l'autre de ces enquêtes.

INDICATEURS • **Pourcentage de salariés exposés à des contraintes articulaires 20 heures ou plus par semaine (répétition de gestes à cadence élevée)**
• **Pourcentage de salariés exposés à la manutention manuelle de charges 10 heures ou plus par semaine**

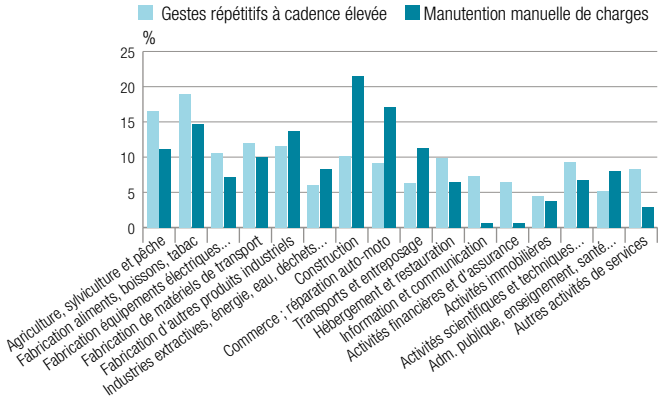
▶ **Champ** : Salariés de France métropolitaine et de La Réunion. ▶ **Source** : Enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) 2010, DARES-DGT-DGAFP. ▶ **Mode de construction des indicateurs** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans l'enquête SUMER 2010 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par l'exposition étudiée. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : L'édition de 2010 couvre quasiment tous les secteurs, publics comme privés. L'exception majeure concerne les enseignants de l'Éducation nationale ainsi que les agents des ministères sociaux et de la Justice. ▶ **Référence** : « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *Dares Analyses*, DARES, nº 010, février 2013.
▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : DARES.

INDICATEUR • **Pourcentage de salariés déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail**

▶ **Champ** : Ensemble des actifs en emploi, France métropolitaine. ▶ **Sources** : Enquête Conditions de travail 1998, 2005, 2013. Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage, organisée et exploitée par la Dares. En 2013, la DREES et la DGAFP ont contribué à la réalisation de l'enquête. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Numérateurs et dénominateurs sont calculés sur les salariés de France métropolitaine inclus dans les enquêtes Conditions de travail. ▶ **Limites d'interprétation** : Celles des enquêtes déclaratives, il peut notamment être difficile d'apprécier en évolution la part des changements de perception et des modifications effectives des conditions de travail. ▶ **Référence** : Algava E. (2014), « Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *Dares Analyses*, DARES, nº 049, juillet.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DARES.

Graphique 1

Proportion de salariés soumis à des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) et à la manutention manuelle de charges selon le secteur d'activité* en 2010 (en %)



* Nomenclature agrégée en 17 postes (NA17), le secteur « cokéfaction et raffinage » n'est pas représenté en raison de trop faibles effectifs salariés interrogés.
Lecture • En 2010, 16,6 % des salariés travaillant dans le secteur « Agriculture, sylviculture et pêche » sont soumis à des contraintes articulaires (gestes répétitifs), et 11,1 % des personnes de ce secteur à la manutention manuelle de charges.
Champ • France métropolitaine et La Réunion, population salariée.
Source • Enquête SUMER 2010, DARES-DGT-DGAFP.

Tableau 1

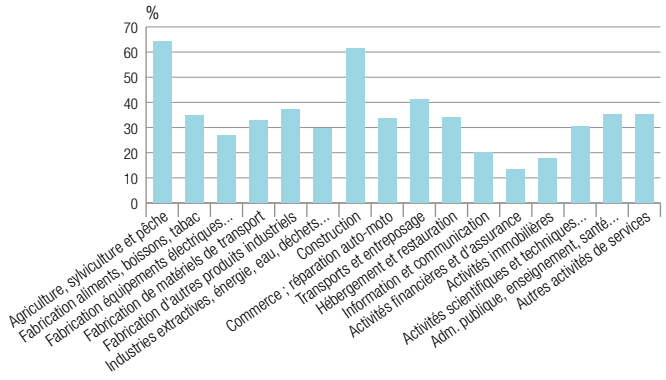
Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) et de la manutention manuelle de charges selon le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des salariés en 2010 (en %)

		Répétition de gestes à une cadence élevée 20h/sem. ou plus	Manutention manuelle de charges 10h/sem. ou plus
Sexe	Homme	7,6	12,3
	Femme	9,2	7,5
Âge	Moins de 25 ans	10,3	14,1
	25-29 ans	8,7	13,0
	30-39 ans	7,5	9,9
	40-49 ans	8,3	9,9
	50 ans et plus	8,4	8,0
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	3,2	0,6
	Professions intermédiaires	4,1	4,0
	Employés	8,5	9,7
	Ouvriers	14,3	20,7
Ensemble		8,3	10,1

Champ • France métropolitaine et La Réunion, population salariée.
Source • Enquête SUMER 2010, DARES-DGT-DGAFP.

Graphique 2

Proportion de travailleurs déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue pendant leur travail en 2013, selon le secteur d'activité* (en %)



* Nomenclature agrégée en 17 postes (NA17), le secteur « cokéfaction et raffinage » n'est pas représenté en raison de trop faibles effectifs salariés concernés.
Lecture • 64,3 % des personnes travaillant dans le secteur « Agriculture, sylviculture et pêche » déclarent devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue pendant leur travail en 2013.
Champ • France métropolitaine, population salariée.
Source • Enquête Conditions de travail 2013.

Tableau 2

Proportion de salariés déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue pendant leur travail en 1998, 2005 et 2013 (en %)

		1998	2005	2013
Sexe	Homme	39,2	37,2	36,6
	Femme	35,1	30,9	32,6
Âge	Moins de 25 ans	46,8	45,5	42,4
	25-29 ans	36,1	32,9	32
	30-39 ans	36,7	32,8	33,2
	40-49 ans	36,3	33,4	34,5
	50 ans et plus	37,3	33,4	35
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	12,9	12,7	14,2
	Professions intermédiaires	25,7	24,7	26,7
	Employés	37,4	35	36,6
	Ouvriers	57	54,8	57
Ensemble		37,3	34,2	34,6

Champ • France métropolitaine, population salariée.
Sources • Enquêtes Conditions de travail 1998, 2005, 2013.

Les déterminants liés aux soins

Événements iatrogènes en cours d'hospitalisation

Contexte

Le terme iatrogène présume que l'on puisse imputer un événement aux soins avec un niveau de preuve suffisant. Sans impliquer la notion d'erreur ou de faute, l'imputabilité reste souvent difficile à établir.

En France, les données relatives aux événements iatrogènes en cours d'hospitalisation étaient issues des enquêtes ENEIS réalisées en 2004 et 2009, et des enquêtes et réseaux de surveillance conduits dans le cadre Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), associant les centres interrégionaux de lutte contre les infections nosocomiales (CCIin) et l'Institut national de veille sanitaire (InVS). Les enquêtes ENEIS rapportent une stabilité de la fréquence des « événements indésirables graves (EIG) » autour de 6 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation. Or, au cours de la même période, plusieurs modifications de nature à accroître le nombre d'EIG sont intervenues : augmentation de l'âge moyen des patients hospitalisés, de la complexité technique des actes et des prises en charge et certaines modifications de l'organisation du travail. Dans le même temps, le Raisin a rapporté des progrès suggérant un impact positif des programmes de lutte contre les infections nosocomiales.

L'enquête ENEIS n'ayant pas été reconduite depuis 2009, les indicateurs retenus ici sont issus de 3 réseaux de surveillance et d'une enquête Raisin :

- le réseau ISO-Raisin de surveillance des infections du site opératoire (ISO) ;
- le réseau REA-Raisin de surveillance des infections nosocomiales en réanimation ciblant des infections associées à un dispositif invasif (cathéter veineux central [CVC], sonde d'intubation et sonde urinaire) pour lesquelles une démarche de prévention permet une réduction des risques ;
- le réseau AES-Raisin de surveillance des accidents exposant au sang (AES), qui montre qu'environ 30 % des AES restent évitables en 2012 ;
- l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (ENP) qui sollicite l'ensemble des établissements de santé français et donne une photographie globale de la situation.

Indicateurs

▶ Incidence des infections du site opératoire

La réduction d'incidence des infections du site opératoire (ISO) est l'un des objectifs du Programme national de lutte contre les infections nosocomiales (Propin) 2009-2013. Les ISO sont surveillées en France depuis 1999, dans le cadre du Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin).

Chaque année, les services de chirurgie volontaires recueillent des informations concernant le patient ou l'intervention. Tous les patients inclus sont suivis jusqu'au 30e jour postopératoire. Les ISO (incision superficielle ou profonde, organe ou espace[1]) sont définies selon les critères issus des 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Depuis 2012, cette surveillance cible six groupes d'interventions prioritaires : chirurgie viscérale ; orthopédie ; neurochirurgie ; urologie ; gynéco-obstétrique et chirurgie vasculaire. Chaque groupe d'intervention inclut une à quatre interventions détaillées dans l'encadré méthodologique.

En 2012, 1 006 services issus de 407 établissements de santé ont inclus 105 069 interventions chirurgicales prioritaires ; plus des 2/3 des interventions incluses concernent la chirurgie viscérale (31,7 %), l'orthopédie (27,1 %) et la gynécologie-obstétrique (24,0 %). En 2012, le taux d'ISO varie entre 0,23 % pour la chirurgie vasculaire et 3,29 % pour la chirurgie urologique (tableau 1). Dans chaque groupe d'intervention, le taux d'ISO varie selon le niveau de risque (de 0 à 3) d'acquisition d'infection nosocomiale des patients, mesuré par le score composite NNIS (*National Nosocomial Infections Surveillance*), intégrant trois dimensions : état préopératoire du patient mesuré par le score ASA (*American Society of Anesthesiologists*) ; difficultés rencontrées au cours de l'intervention (évaluées par la durée de l'intervention) ; classe de contamination d'Altemeier.

En 2012, le ralentissement de la baisse du taux d'incidence des ISO est confirmé. Le taux augmente pour certaines interventions telles que les prothèses totales de hanche (+ 35 %) en comparaison à 2008, et diminue pour les césariennes (- 11 %). Tous patients confondus, le risque d'ISO est significativement plus faible en 2012 par rapport à 2008 uniquement pour la neurochirurgie et la chirurgie vasculaire (graphique 1).

Ces résultats soulignent l'importance de la surveillance épidémiologique des ISO, un élément d'évaluation de la politique de lutte contre les infections nosocomiales concernant la prévention du risque infectieux postopératoire. Selon le réseau européen HAI-Net, la France reste parmi les pays les mieux classés de l'Union européenne pour la plupart des interventions comme la cholécystectomie, la chirurgie du côlon, les prothèses de hanche et de genou et les césariennes.

▶ Fréquence de survenue d'infections du site opératoire pour des interventions ciblées à faible risque d'infection

L'objectif quantifié de résultats concernant la surveillance des ISO au niveau national, proposé dans le Propin 2009-2013 est le suivant : « En 2012 le taux d'incidence des infections du site opératoire pour 100 actes, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection, a diminué globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes ; (données de référence : ISO-Raisin 2008)[2] ».

Les interventions à faible risque sont celles pratiquées chez des patients en NNIS 0 ou 1 (0 ou 1 facteur de risque : âge < 65 ans, intervention programmée, durée de séjour préopératoire ≤ 1 jour). Les interventions ciblées sont : cure de hernie inguinale ou de paroi ; cholécystectomie ; chirurgie orthopédique prothétique ; césarienne et chirurgie du sein.

Les analyses sont restreintes aux services ayant inclus au moins 100 procédures par groupe d'interventions prioritaires, au moins 50 par intervention prioritaire et pour lesquelles au moins 30 services ont fourni des données pendant au moins une année.

En 2012, le taux d'ISO (taux d'ISO exprimé ici par le percentile 75 [P75] de la distribution des taux d'ISO de chaque service participant à la surveillance) varie de 1,03 pour les cures de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse

1. Toute partie anatomique, autre que l'incision, ouverte ou manipulée pendant l'intervention

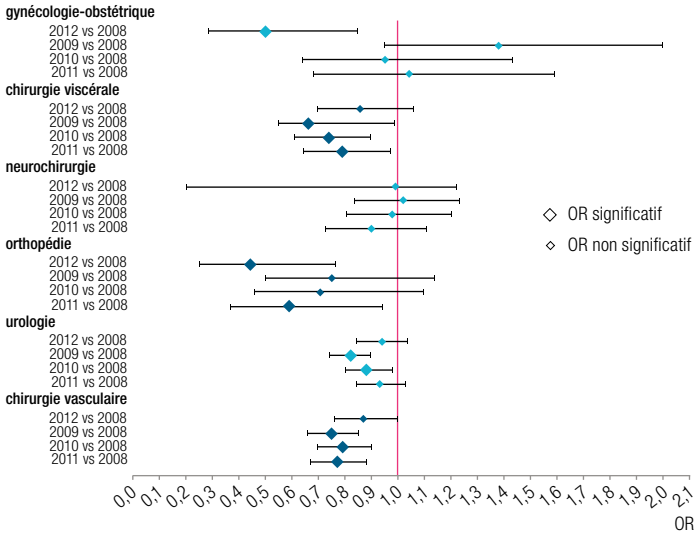
2. La valeur cible utilisée est le troisième quartile de la distribution des taux (P75, reflétant la valeur maximale de 75 % de l'ensemble des taux observés dans le réseau), dont on attend qu'elle tende vers le taux médian (valeur maximale observée pour 50 % des taux) observé en 2008 avant le Propin 2009-2013.

Tableau 1
Taux d'infections du site opératoire (ISO) selon le score NNIS par groupe d'interventions ciblées

	Score NNIS	Nombre d'infections	Nombre d'interventions	Taux d'ISO (%)	IC 95 %
Gynécologie-obstétrique[1]	**Total**	**399**	**25 211**	**1,58**	**1,43 - 1,74**
	NNIS-0	295	19 968	1,48	1,31 - 1,65
	NNIS-1	83	3 927	2,11	1,66 - 2,57
	NNIS-2,3	11	298	3,69	1,51 - 5,87
Chirurgie viscérale[2]	**Total**	**617**	**33 306**	**1,85**	**1,71 - 2,00**
	NNIS-0	204	20 267	1,01	0,87 - 1,14
	NNIS-1	259	9 286	2,79	2,45 - 3,13
	NNIS-2,3	136	2 292	5,93	4,94 - 6,93
Neurochirurgie[3]	**Total**	**18**	**3 726**	**0,48**	**0,26 - 0,71**
	NNIS-0	11	2 538	0,43	0,18 - 0,69
	NNIS-1	4	886	0,45	0,01 - 0,89
	NNIS-2,3	1	81	1,23	0,00 - 3,65
Orthopédie[4]	**Total**	**186**	**28 474**	**0,65**	**0,56 - 0,75**
	NNIS-0	82	17 001	0,48	0,38 - 0,59
	NNIS-1	83	9 253	0,9	0,70 - 1,09
	NNIS-2,3	14	808	1,73	0,83 - 2,64
Urologie[5]	**Total**	**189**	**5 743**	**3,29**	**2,82 - 3,76**
	NNIS-0	46	2 293	2,01	1,43 - 2,59
	NNIS-1	104	2 684	3,87	3,13 - 4,62
	NNIS-2,3	23	474	4,85	2,87 - 6,84
Chirurgie vasculaire[6]	**Total**	**20**	**8 609**	**0,23**	**0,13 - 0,33**
	NNIS-0	9	6 210	0,14	0,05 - 0,24
	NNIS-1	6	1 990	0,3	0,06 - 0,54
	NNIS-2,3	2	90	2,22	0,00 - 5,30

IC : intervalle de confiance.
1. Pour 1 018 interventions (dont 10 avec une ISO), le score NNIS n'a pu être calculé.
2. Pour 1 461 interventions (dont 18 avec une ISO), le score NNIS n'a pu être calculé.
3. Pour 221 interventions (dont 2 avec une ISO), le score NNIS n'a pu être calculé.
4. Pour 1 412 interventions (dont 7 avec une ISO), le score NNIS n'a pu être calculé.
5. Pour 292 interventions (dont 16 avec une ISO), le score NNIS n'a pu être calculé.
6. Pour 319 interventions (dont 3 avec une ISO), le score NNIS n'a pu être calculé.
Champ • France entière, interventions chirurgicales ciblées.
Source • Données ISO-Raisin 2012.

Graphique 1
Évolution des risques d'infection entre 2008 et 2012 par groupe d'interventions ciblées, analyse multivariée



OR : odds ratio.
Note • Il s'agit d'une approximation du risque relatif (RR) par l'OR, justifiée par la rareté de l'événement (< 1 %).
Champ • France entière, interventions chirurgicales ciblées.
Source • Données ISO-Raisin 2012. InVS.

Événements iatrogènes en cours d'hospitalisation (suite)

en chirurgie viscérale, à 2,58 pour les césariennes en gynécologie-obstétrique. Il reste égal à 0 pour les prothèses articulaires de genou en chirurgie orthopédique (tableau 2). Le taux d'ISO tend à l'augmentation sur la période 2008-2012 excepté pour la chirurgie mammaire.

Ainsi, l'objectif quantifié national du Propin 2009-2013 n'est atteint que pour les cholécystectomies et la chirurgie mammaire.

▶ Fréquence de survenue de bactériémies liées aux cathéters veineux centraux en réanimation

Dans le cadre du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), la surveillance en réseau des infections nosocomiales en réanimation (REA-Raisin) cible les infections associées à un dispositif invasif (intubation, sonde urinaire, cathéter veineux central) pour lesquelles une démarche de prévention est essentielle, parmi celles-ci sont surveillées les bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC).

Du 1er janvier au 30 juin 2012, 196 services de réanimation répartis sur 174 établissements de santé en France ont participé de façon volontaire à cette surveillance prospective REA-Raisin, recueillant des données concernant 29 554 patients hospitalisés plus de 2 jours en réanimation.

Parmi ces patients, 155 ont présenté au moins un épisode de BLC sur les six mois de surveillance, soit 159 BLC (incidence cumulée des BLC de 2,7 pour 100 patients) survenues en moyenne 16,8 jours après la pose d'un cathéter veineux central (CVC). Le taux d'incidence (TI) observé était de 0,7 BLC pour 1 000 jours d'exposition aux CVC. Un résultat de culture était disponible pour l'ensemble des BLC. Les micro-organismes les plus fréquemment isolés, tous sites et épisodes confondus, étaient : *Pseudomonas aeruginosa* (16,0 %), *Escherichia coli* (13,0 %), *Staphylococcus* à coagulase négative (11,5 %) et *Staphylococcus aureus* (10,3 %).

Les patients ayant présenté au moins un épisode de BLC étaient âgés en moyenne de 62,9 ans et étaient pour la plupart des hommes (sex ratio = 3,43). Ils étaient hospitalisés en moyenne 39,4 jours, 68,4 % relevant à l'admission de la médecine, 21,9 % de chirurgie urgente et 9,7 % de chirurgie réglée. Parmi ces patients, 9,1 % avaient subi un traumatisme, 13,1 % étaient immunodéprimés et 65,6 % recevaient déjà un traitement antibiotique à l'admission. Ils présentaient un indice de gravité simplifié IGS II[3] moyen de 52,4. Chez ces patients, le site de pose du CVC était essentiellement sous-clavier (42,7 %), jugulaire interne (38,9 %) ou fémoral (17,8 %). Aussi, l'exposition à un autre dispositif invasif que le CVC était presque toujours présente ; 95,5 % des patients étaient intubés et 96,7 % étaient porteurs de sondage urinaire.

Par rapport à la population globale incluse pour cette surveillance, les patients ayant présenté une BLC présentaient un score IGS II et un taux de décès supérieurs et provenaient plus souvent d'un autre service de réanimation. Aussi, la durée de séjour et la durée d'exposition aux dispositifs invasifs étaient environ le double pour ces patients que pour l'ensemble des patients du réseau. Il a été également observé un nombre plus important d'épisodes de pneumonies et d'infections urinaires avant la survenue de la BLC chez ces patients ; néanmoins, les analyses n'ont pas mis en évidence de différence statistiquement significative pour les sites de pose.

L'évolution temporelle des taux d'incidence (TI) des bactériémies liées aux CVC entre 2008 et 2012 a été retenue comme objectif quantifié national de résultat en réanimation dans le « programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013 », avec une diminution de 25 % du percentile 75 (P75). Sur cette période, le P75 de la TI des BLC pour 1 000 jours de CVC a diminué de - 13,1 % sur l'ensemble du réseau, mais est resté stable avec une variation de + 0,8 % si l'on ne tient compte que des 94 services ayant participé sur les cinq périodes de surveillance consécutives. Cette évolution s'expliquerait d'une part par le fait que les patients étaient plus à risque en 2012 qu'en 2008 (sur l'analyse restreinte aux 94 services ayant participé sans interruption de 2008 à 2012) et, d'autre part, par le fait que le taux de base était déjà très bas, ce d'autant plus que la rareté de l'événement (estimée pour l'ensemble des réanimations de France à environ 900 épisodes de BLC par an) rend cet indicateur très sensible aux variations. Ces tendances sont présentées dans le graphique 2.

En conclusion, le TI et l'incidence cumulée de BLC observés aujourd'hui par le réseau REA-Raisin restent très bas. Les chiffres sont trois fois inférieurs à ceux observés « après intervention » et qui ont fait l'objet de publication pour l'étude américaine de référence (Pronovost, 2006). Cela incite donc à développer en France des actions plus systématiques d'analyse des causes sur chaque cas de BLC en complément des systèmes de surveillance actuels, le but étant la baisse de ce risque résiduel.

▶ Prévalence des infections nosocomiales parmi les patients hospitalisés un jour donné

Depuis 1996, des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales dans les établissements de santé français (ENP) ont lieu tous les cinq ans. La quatrième ENP réalisée en 2012 rapporte, pour 300 330 patients enquêtés, 15 180 patients infectés, soit une prévalence nationale de patients infectés de 5,1 %, et 16 024 infections, soit une prévalence nationale de 5,3 % (1,1 infection par patient infecté en moyenne). La prévalence des patients infectés est la plus forte dans les centres de lutte contre le cancer (10,0 %) et les centres hospitalo-universitaires (7,5 %) alors qu'elle est la plus basse dans les établissements de santé psychiatriques (1,3 %). Par type de séjour, la prévalence des patients infectés est la plus élevée dans les services de réanimation (23,2 %) (tableau 3). Elle est de 5,6 % en service de court séjour.

La prévalence des patients infectés varie selon les caractéristiques des patients ou l'existence de certains facteurs de risque ; elle est notamment plus élevée chez les patients âgés, de sexe masculin, avec une affection maligne, immunodéprimés, ayant un antécédent d'intervention chirurgicale ou exposés à des dispositifs invasifs : cathéter vasculaire, sonde urinaire ou ventilation.

Quatre localisations totalisent 70,2 % des sites infectieux documentés : infections urinaires (29,9 %), pneumopathies (16,7 %), infections du site opératoire (13,5 %) et bactériémies/septicémies (10,1 %).

Trois micro-organismes représentent la moitié des micro-organismes isolés d'infections nosocomiales : *Escherichia coli* (26,0 %), *Staphylococcus aureus* (15,9 %) et *Pseudomonas aeruginosa* (8,4 %), soit une prévalence de patients infectés de 2,1 %.

Afin d'évaluer l'évolution des infections nosocomiales, les données de l'ENP 2012 ont été comparées aux résultats de l'ENP 2006.

3. L'indice de gravité simplifié (IGS) II est un système simplifié d'évaluation de la sévérité de l'état d'un patient à son admission en service de réanimation et est basé sur 17 paramètres.

Tableau 2

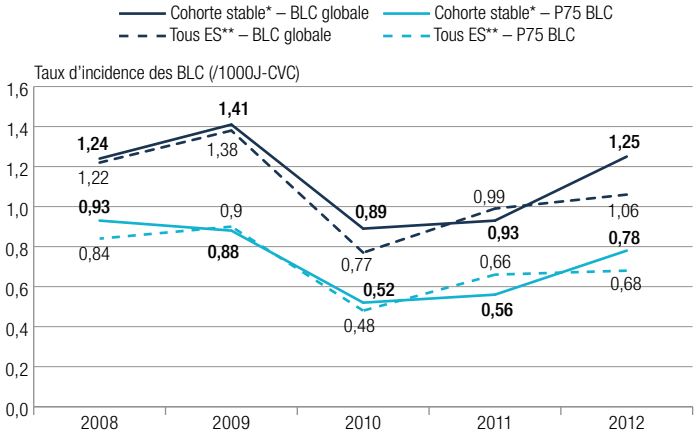
Évolution 2008-2012 des taux d'infections du site opératoire (ISO) par service selon le groupe d'interventions ciblées

Année	Nombre services	Moyenne	ET*	P25	Médiane	P75	P90	P95
Cures de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse en chirurgie viscérale								
2008	112	0,45	0,89	0	0	0,71	1,75	1,96
2009	120	0,46	0,9	0	0	0,84	1,75	2,00
2010	144	0,34	0,66	0	0	0	1,52	1,85
2011	164	0,44	0,84	0	0	0,76	1,64	2,00
2012	131	0,62	1,11	0	0	1,03	1,92	3,13
Cholécystectomies avec ou sans geste sur la voie biliaire principale en chirurgie viscérale								
2008	34	0,67	1,23	0	0	1,69	1,96	3,80
2009	44	0,83	1,41	0	0	1,60	2,03	3,51
2010	66	0,84	1,52	0	0	1,56	2,22	4,00
2011	65	0,56	0,99	0	0	1,11	1,91	3,13
2012	51	0,63	1,00	0	0	1,12	1,94	2,68
Césariennes en gynécologie-obstétrique								
2008	100	1,60	1,85	0	1,27	2,31	3,64	5,72
2009	116	1,44	1,78	0	1,05	2,24	3,92	5,66
2010	146	1,52	1,64	0	1,33	2,25	3,39	4,26
2011	151	1,14	1,48	0	0,76	1,83	2,74	4,60
2012	116	1,52	1,84	0	1,07	2,58	4,00	5,45
Chirurgies mammaires en gynécologie-obstétrique								
2008	43	2,08	2,39	0	1,52	3,09	6,25	6,67
2009	47	1,38	1,43	0	1,01	2,34	3,82	4,13
2010	70	1,43	1,69	0	1	2,00	3,87	4,57
2011	70	1,58	1,83	0	1,13	2,6	3,89	4,49
2012	52	1,57	1,78	0	1,29	2,23	3,90	4,23
Prothèses articulaires de genou en chirurgie orthopédique								
2008	36	0,17	0,51	0	0	0	0,90	1,79
2009	40	0,15	0,49	0	0	0	0,42	1,35
2010	62	0,35	0,67	0	0	0	1,52	1,85
2011	71	0,35	0,88	0	0	0	1,43	1,80
2012	66	0,24	0,59	0	0	0	1,47	1,85
Prothèses totales de hanche en chirurgie orthopédique								
2008	87	0,40	0,76	0	0	0,72	1,59	1,82
2009	103	0,35	0,71	0	0	0	1,59	1,82
2010	124	0,39	0,80	0	0	0	1,69	2,11
2011	140	0,53	0,97	0	0	0,93	1,94	2,42
2012	102	0,69	1,16	0	0	1,25	2,00	3,64

* ET : écart type.
Champ • France entière, interventions chirurgicales ciblées.
Source • Données ISO-Raisin 2012.

Graphique 2

Évolution de l'incidence des bactériémies liées aux cathéters (BLC) pour 1 000 jours d'exposition à un cathéter veineux central



* Cohorte stable : 94 services participant chaque année de 2008 à 2012.
** Tous établissements de santé (ES) : 174 services participant en 2008, 176 en 2009, 181 en 2010, 184 en 2011 et 196 en 2012.
Champ • France entière, patients hospitalisés en réanimation plus de 2 jours.
Source • Données REA-Raisin 2012.

Tableau 3

Prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales, par type de séjour

Type de séjour	Nombre de patients	Infectés		Infections	
		nombre	%	nombre	%
Court séjour	163 104	9 103	5,6	9 778	6,0
Médecine	88 567	4 769	5,4	5 100	5,8
Chirurgie	48 799	2 717	5,6	2 859	5,9
Obstétrique	19 404	147	0,8	150	0,8
Réanimation	6 334	1 470	23,2	1 669	26,3
SSR	70 750	4 637	6,6	4 774	6,7
SLD	25 397	1 019	4,0	1 047	4,1
Psychiatrie	41 079	421	1,0	425	1,0
Total	**300 330**	**15 180**	**5,1**	**16 024**	**5,3**

SSR : Soins de suite et de réadaptation.
SLD : Soins de longue durée.
Champ • France entière, patients hospitalisés, cohorte de 1 718 ES ayant participé aux enquêtes 2006 et 2012.
Source • Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, juin 2012, réseau Raisin, InVS.

Événements iatrogènes en cours d'hospitalisation (suite)

Les analyses réalisées sur une cohorte de 1 718 établissements ayant participé aux deux enquêtes, après ajustement sur les facteurs patients, établissement et région montrent que la prévalence des patients infectés (toutes IN) a diminué de 10,8 % de 2006 à 2012. L'évolution est cependant variable en fonction du type de séjour : la prévalence des patients infectés est restée stable en court séjour (évolution non significative) et a diminué de 21 % pour les autres types de séjours (SSR, SLD, psychiatrie).

▶ Fréquence de survenue d'accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé

En 2012, 18 829 accidents avec exposition au sang[4] (AES) ont été recensés dans 1 019 établissements de santé (ES) par le réseau national de surveillance des accidents avec exposition au sang (AES-Raisin).

Les AES les plus fréquents sont les accidents percutanés (79 %), regroupant les piqûres (68,2 % des AES) et les coupures (10,9 %), viennent ensuite les projections (18,3 %). La large prédominance des AES par piqûre est retrouvée quelle que soit la fonction du soignant.

L'incidence des AES est globalement de 6,3/100 lits d'hospitalisation (LH). Elle varie selon le type d'ES de 1,0 dans les hôpitaux locaux à 13,5/100 LH dans les CHU. Rapportée à 100 équivalents temps plein (ETP), l'incidence des AES varie également selon la fonction du soignant : 1,4/100 ETP parmi les aides-soignant(e)s, 2,3 parmi les médecins, 5,6 parmi les chirurgiens et 5,5 parmi les infirmier(ère)s, avec une incidence plus forte parmi les infirmier(ère)s du bloc opératoire (18,3) et plus faible parmi les infirmier(ère)s anesthésistes (3,2).

Sur une cohorte stable de 342 ES ayant participé chaque année à la surveillance, l'incidence des AES a diminué de 7,9/100 LH en 2008 à 6,8/100 LH en 2012, soit une diminution de - 13,9 % (graphique 3). Cette diminution est significative parmi les infirmier(ère)s (6,8/100 ETP en 2008 *versus* 5,7 en 2012), les aides-soignant(e)s (1,8 *versus* 1,4) et les médecins (3,0 *versus* 2,5). La conformité de l'usage des gants dans les ES rapportant des AES est passée de 67,7 % en 2008 à 72,5 % en 2012, et la mise à disposition des boîtes PCT[5] (objet piquant, coupant, tranchant) de 69,9 % en 2008 à 73,7 %. En 2012, 30,9 % des AES auraient pu être évités grâce au respect des précautions standard. Au sein de la cohorte stable entre 2008 et 2012, une diminution statistiquement significative de la proportion des AES évitables (- 18,8 %), et parmi eux des accidents par recapuchonnage[6] (- 11,4 %), est observée. Ces résultats permettent de penser que la sécurité d'exercice des professionnels de santé a été fortement améliorée au cours des dix dernières années en France par une meilleure observance des précautions standard, la mise à disposition des matériels de sécurité et une diminution de certains gestes considérés à risque. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** InVS, département des Maladies infectieuses

4. On définit comme accident avec exposition au sang, tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang pour lequel le risque viral est prouvé. Pour d'autres liquides, le risque (VIH et VHB) est considéré comme possible à savoir les liquides céphalo-rachidien, synovial, pleural, péritonéal, péricardique et amniotique (rapport Dormont, 1996) et il paraît de ce fait logique de considérer les expositions à risque à ces produits même non visiblement souillés de sang comme des AES.

5. Boîtes dans lesquelles l'on introduit les instruments de soin piquants, coupants ou tranchants après usage.

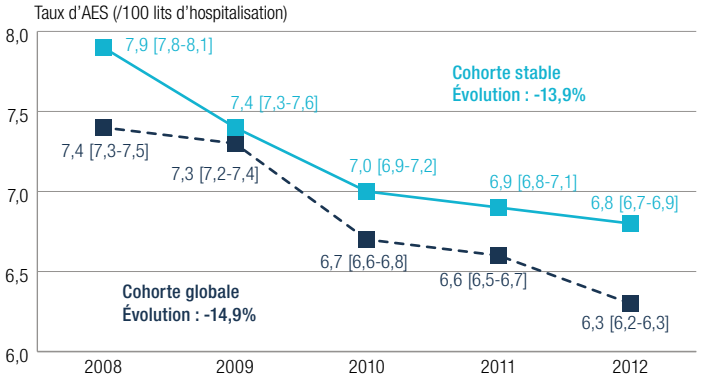
6. Action visant à repositionner le capuchon sur un instrument de soin piquant coupant ou tranchant, principalement sur une aiguille usagée.

Synthèse

En 2012, les différents indicateurs retenus pour illustrer les événements iatrogènes en cours d'hospitalisation restent orientés à la baisse mais avec une diminution du risque moins marquée qu'au cours des années antérieures. Ainsi, la plupart des objectifs quantifiés du Programme de lutte contre les infections associées aux soins (Propin) 2009-2013 ne sont pas atteints et les efforts restent à poursuivre. Néanmoins, pour les infections du site opératoire comme pour les bactériémies liées aux cathéters veineux centraux et la prévalence des infections nosocomiales, la France se situe dans les valeurs basses observées à travers l'Europe.

GRAPHIQUE 3

Évolution 2008-2012 des taux d'accidents exposant au sang (AES) pour 100 lits d'hospitalisation



Champ • France entière, personnels soignants exerçant dans les établissements de santé français.
Source • Données AES-Raisin 2012.

INDICATEUR • **Fréquence de survenue d'infections du site opératoire pour des interventions ciblées à faible risque d'infection**

▶ **Champ** : France entière, interventions chirurgicales appartenant à l'un des six groupes d'interventions ciblées. **Chirurgie viscérale** : cholécystectomie avec ou sans geste sur la voie biliaire principale ; cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse ; chirurgie colorectale ; appendicectomie (complémentaire ou pour lésion appendiculaire, péritonite et abcès appendiculaires) ; chirurgie colorectale. **Orthopédie** : prothèse totale de hanche (de première intention) ; reprises de prothèse de hanche (PTH, reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrodèse) ; prothèse de hanche (de première intention) à l'exclusion des prothèses totales de hanche ; prothèse articulaire de genou. **Orthopédie/neurochirurgie** : intervention sur le rachis (exploration ou décompression de la moelle épinière ou des racines nerveuses par excision/incision de structures vertébrales – os ou disque) à l'exclusion de la chimionucléolyse ; chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrodèse. **Urologie** : intervention sur la prostate (adénomectomie, prostatectomie…), sauf résection transurétrale ; résection transurétrale de prostate. **Gynécologie** : chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale) ; hystérectomie par voie abdominale ; hystérectomie par voie vaginale ; césarienne. **Chirurgie vasculaire** : chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur. ▶ **Source** : Surveillance des infections du site opératoire, réseau ISO-Raisin, six mois par an. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Taux d'incidence : nombre de patients avec une ISO/nombre de patients opérés ; densité d'incidence : nombre d'ISO/somme des jours d'exposition. Stratification des indicateurs sur les types ou groupes d'interventions ciblées. ▶ **Limites d'interprétation** : Participation sur la base du volontariat. ▶ **Biais connus** : Pour l'indicateur « interventions ciblées chez patients à faible risque » : données restreintes aux services ayant inclus au moins 100 procédures par groupe d'interventions prioritaires, au moins 50 par intervention prioritaire et pour lesquelles au moins 30 services ont fourni des données pendant au moins une année.

▶ **Références** :

– Dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.
– « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins », rapport du Haut Conseil de la santé publique et de la Société française d'hygiène hospitalière, septembre 2010 [en ligne] : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2010_recommandations_SFHH.pdf
– « Annual Epidémiologic Report – Reporting on 2010 Surveillance Data and 2011 Epidemic Intelligence Data », rapport du European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), mars 2012 [en ligne] : www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Fréquence de survenue de bactériémies liées aux cathéters veineux centraux en réanimation**

▶ **Champ** : France entière, patients hospitalisés plus de 2 jours en service de réanimation adulte. ▶ **Source** : Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte, réseau REA-Raisin, 6 mois par an. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Taux d'incidence : nombre de bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)/nombre de jours d'exposition aux cathéters veineux centraux. Incidence cumulée : nombre de BLC sur le nombre de patients exposés. ▶ **Limites** : Participation sur la base du volontariat. Participation 2012 : 196 services soit 42 % des lits de réanimation de France. Cohorte 2008-2012 : 94 services soit environ 20 % des lits de réanimation de France. ▶ **Biais** : Événement associé aux soins rare (moins d'un épisode par service sur 6 mois) rendant l'indicateur très sensible aux variations.

▶ **Références** :

– Dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.
– Pronovost P. et al., 2006. « An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU », N Engl J Med, 355, p. 2725-2732, décembre.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Indicateur : Prévalence des infections nosocomiales parmi les patients hospitalisés un jour donné

▶ **Champ** : Patients hospitalisés un jour donné dans les établissements de santé français. ▶ **Source** : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (ENP), enquête un jour donné, incluant tous les patients en hospitalisation complète, 1 938 ES participants représentant 91 % des lits d'hospitalisation français. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Taux d'infections : nombre d'infections/nombre de patients enquêtés. Taux d'infectés : nombre de patients infectés/nombre de patients enquêtés. ▶ **Limites** : Participation sur la base du volontariat. ▶ **Référence** : Dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Indicateur : Fréquence de survenue d'accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé

▶ **Champ** : France entière, personnel soignant exerçant en établissements de santé. ▶ **Source** : Surveillance des accidents avec exposition au sang (AES) dans les établissements de santé français, réseau AES-Raisin, surveillance annuelle. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre d'AES rapportés à 100 lits d'hospitalisation (LH) ou à 100 équivalents temps plein (ETP). ▶ **Limites** : Participation sur la base du volontariat. En 2012, le réseau AES-Raisin compte 849 ES représentant 39 % des ES français et 72 % des lits d'hospitalisation ; couverture en constante augmentation depuis la création du réseau en 2002. La cohorte stable compte 342 ES. ▶ **Référence** : Dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.

▶ **Organisme responsable de ma production de l'indicateur** : InVS.

Résistance aux antibiotiques

Contexte général

L'apparition et la diffusion de bactéries résistantes aux antibiotiques constituent un problème de santé publique majeur. Le développement de la résistance bactérienne aux antibiotiques (RATB) se traduit par une réduction de l'arsenal thérapeutique et peut conduire par l'émergence de multirésistances à des impasses thérapeutiques. Le développement de la RATB est lié à la pression de sélection[1] exercée par les antibiotiques prescrits en santé humaine et animale (animaux d'élevage et animaux domestiques) et à la diffusion des bactéries résistantes. La diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est ainsi un point majeur dans la lutte contre la RATB. Les surveillances de la RATB et de la consommation d'antibiotiques sont, depuis le début des années 2000, des actions cible des plans nationaux successifs d'alerte sur les antibiotiques. Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 fixe l'objectif quantifié national de réduction de 25 % de la consommation d'antibiotique et met l'accent sur la surveillance de la RATB en ville. Renforcer la maîtrise de la RATB et promouvoir le bon usage des antibiotiques sont également des objectifs du Plan stratégique national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013.

Les indicateurs retenus sont :

- la RATB chez le pneumocoque (ces données seront disponibles dans une version ultérieure du rapport) et chez le gonocoque pour illustrer les évolutions dans la communauté[2] ;
- la RATB chez le staphylocoque doré, les entérobactéries, avec un focus sur *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae*, et chez *Enterococcus faecium*, pour illustrer la situation dans les établissements de santé (ES) ;
- la consommation antibiotique en ville et à l'hôpital pour mesurer l'exposition collective des populations aux antibiotiques et adapter les politiques de prescription.

Ces indicateurs sont de trois types : la densité d'incidence qui prend en compte la durée d'exposition au risque (exprimée en journées d'hospitalisation, elle permet de refléter l'ampleur de diffusion des bactéries résistantes), la proportion de résistance au sein de l'espèce, directement utilisée par les cliniciens pour guider leurs prescriptions d'antibiotiques, et la consommation d'antibiotiques présentée en dose définie journalière pour une comparaison standardisée

1. Une pression de sélection est une contrainte environnementale qui tend à orienter l'évolution d'une espèce dans une direction donnée. Ici, il s'agit de la sélection de bactéries naturellement résistantes aux antibiotiques prescrits qui deviennent prédominantes à la suite de la disparition des bactéries sensibles.
2. Dans la communauté est à entendre ici au sens « en secteur non hospitalier », aussi dit « en ville » ou « en population générale ».

Résistance aux antibiotiques chez les staphylocoques dorés : résistance à la méticilline

Contexte

Le *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) est le second micro-organisme le plus fréquemment isolé d'infections nosocomiales (IN) (15,9 % des micro-organismes isolés, ENP 2012). La loi de santé publique de 2004 avait pour objectif une proportion de *S. aureus* résistants à la méticilline (SARM) inférieure à 25 % à horizon quinquennal. Cet objectif a été globalement atteint. Néanmoins, la vigilance doit rester de mise et les trois indicateurs suivis jusque-là ont été reconduits.

Indicateurs

▶ Densité d'incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation

En 2012, selon le réseau BMR-Raisin, la densité d'incidence (DI) des SARM est de 0,35/1 000 journées d'hospitalisation (JH) tous types de séjours hospitaliers confondus, variant de 0,28 à 0,39 selon les interrégions. Elle s'élève à 0,17/1 000 JH en soins de longue durée (SLD), 0,26 en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 0,46 en court séjour (CS) dont 1,16 en réanimation. En réanimation, les densités d'incidence sont plus élevées principalement en raison de la fragilité des patients, de leurs antécédents, de la pression antibiotique et d'une charge en soins élevée.

Sur la cohorte des 535 ES ayant participé chaque année au réseau BMR-Raisin de 2008 à 2012, la DI globale des SARM diminue significativement de 0,47 à 0,38 mais aussi en CS, réanimation et SSR-SLD (graphique 1).

En spécialité de court séjour, il est observé des variations régionales de la DI SARM (carte 1). Les disparités régionales observées doivent cependant être interprétées avec prudence car leurs déterminants restent à explorer.

▶ Proportion de souches de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méticilline parmi les *Staphylococcus aureus* hospitaliers

En 2012, selon le réseau BMR-Raisin, la proportion de SARM parmi les souches hospitalières de *S. aureus* isolées de prélèvements à visée diagnostique, tous types de séjours et de prélèvements confondus, est de 20,4 %, variant de 16,3 % à 25,7 % selon l'interrégion.

Les données françaises du réseau EARS-Net montrent une proportion de SARM parmi les souches isolées de bactériémies égale à 19,2 % en 2012. Au total, 14 pays (France incluse) rapportent en 2012 une proportion de SARM comprise entre 10 et 25 %. Les pays du Nord rapportent une proportion de SARM inférieure à 5 %. Enfin, huit pays rapportent une proportion de SARM supérieure à 25 %, dont deux pays une proportion supérieure à 50 % : le Portugal (53,8 %) et la Roumanie (53,3 %).

Comme pour le réseau BMR-Raisin, le réseau EARS-Net montre une diminution des proportions de SARM en France (graphique 2). La France est ainsi l'un des sept pays européens rapportant une diminution significative de la proportion de SARM entre 2009 et 2012.

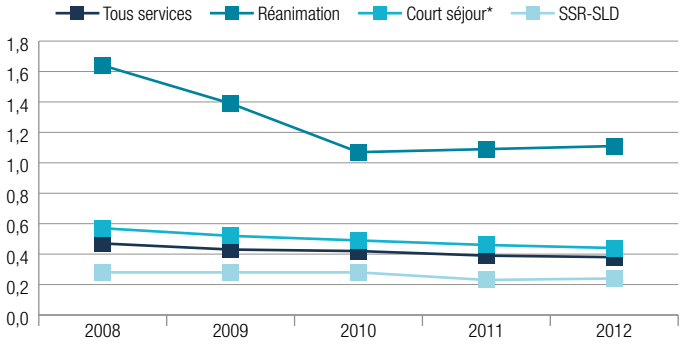
▶ Prévalence des infections nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) parmi les personnes hospitalisées un jour donné

Depuis 1996, des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales dans les ES français (ENP) sont organisées tous les cinq ans. La quatrième ENP réalisée en 2012 rapporte une proportion de résistance dans l'espèce de 38,1 % (687 souches de SARM sur 1 802 souches de *S. aureus* testées). Cette proportion varie par type de

séjour (tableau 1). Elle varie également de 22,9 % à 48,6 % en fonction des régions (régions hors métropole incluses, 19 régions retenues avec au moins 30 souches testées par région). Le nombre de souches testées restant faible, il convient de rester prudent dans les interprétations des variations régionales. La prévalence des patients infectés à SARM est estimée à 0,2 pour 100 patients (672/300 330). Les données de résistance produites dans le cadre d'enquêtes de prévalence ne peuvent être directement comparées avec des données d'incidence. Dans le cadre d'enquêtes de prévalence, la méthode utilisée induit notamment une surreprésentation des patients avec une durée de séjour importante.

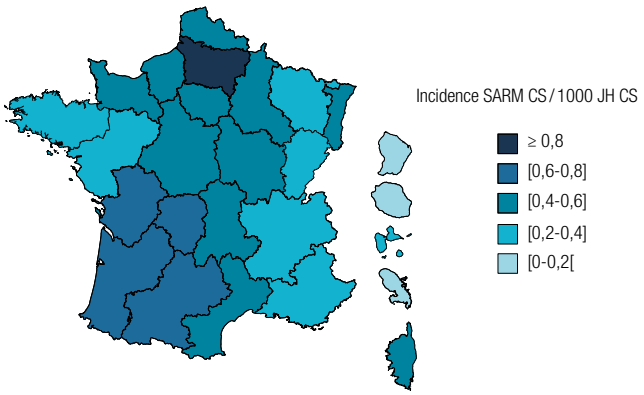
Des analyses réalisées sur une cohorte de 1 718 ES (26 régions, ES des TOM exclus) ayant participé aux enquêtes de prévalence de 2006 et 2012, montrent que la prévalence des patients infectés à SARM a globalement diminué de 50 % (résultats d'une analyse multiniveaux patient, établissement, région).

Graphique 1
Évolution de la densité d'incidence des SARM de 2008 à 2012 selon le type d'activité



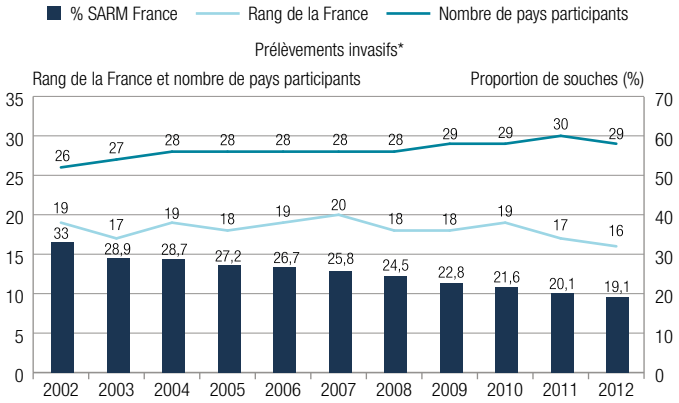
* Psychiatrie et réanimation inclus.
SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
Champ • France entière, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, cohorte de 535 ES ayant participé à la surveillance BMR-Raisin chaque année de 2008 à 2012.
Source • Données BMR-Raisin 2012.

Carte 1
Densités d'incidences régionales des SARM pour 1 000 JH (court séjour, n = 854)



Champ • France entière, patients hospitalisés, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, tous ES participants, données restreintes aux spécialités de court séjour.
Source • Données BMR-Raisin 2012.

Graphique 2
Évolution 2002-2012 de la proportion de SARM parmi les *Staphylococcus aureus* hospitaliers isolés d'hémocultures



* Hémocultures seules.
Champ • France entière, patients hospitalisés, souches isolées d'hémocultures.
Source • Données EARS-Net France, 2012.

Tableau 1
Proportion de SARM parmi les *Staphylococcus aureus* hospitaliers testés et isolés d'infections nosocomiales par type de séjour

	Testés	Méticilline-R (%)
Court séjour	1 195	32,9 %
Médecine	506	40,7 %
Chirurgie	488	25,4 %
Obstétrique	6	(-)
Réanimation	195	31,8 %
SSR	469	45,2 %
SLD	117	62,4 %
Psychiatrie	21	42,9 %
Total	**1 802**	**38,1 %**

SSR : Soins de suite et de réadaptation.
SLD : Soins de longue durée.
Champ • France entière, patients hospitalisés. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, juin 2012.
Source • Réseau Raisin, InVS, 2012.

▶ **Champ** : Patients hospitalisés. ▶ **Sources** : Réseau BMR-Raisin, surveillance nationale 3 mois par an ; Réseau EARS-Net France, basé sur 3 réseaux fédérés au sein de l'Onerba (réseau Azay-résistance, Réussir et Île-de-France, soit environ 60 laboratoires chaque année), surveillance 12 mois par an restreinte aux souches isolées d'hémocultures ; Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, enquête un jour donné, incluant tous les patients en hospitalisation complète, 1 938 ES participants représentant 91 % des lits d'hospitalisation français en 2012.
▶ **Mode de construction de l'indicateur** :
– Densité d'incidence (indicateur prenant en compte la durée d'exposition au risque, ici le nombre de journées d'hospitalisation des patients) : nombre de souches dédoublonnées isolées de tous prélèvements à visée diagnostique rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation (JH) des ES participants pour la période.
– Résistance au sein de l'espèce : nombre de souches résistantes à l'antibiotique étudié rapporté à 100 souches isolées d'hémocultures au cours de l'année et testées pour l'antibiotique étudié.
– Taux d'infections : nombre d'infections rapporté à 100 patients enquêtés. ▶ Taux de patients infectés : nombre de patients infectés rapporté à 100 patients enquêtés. ▶ **Limites d'interprétation** : Participation sur la base du volontariat. ▶ **Référence** : Dossier thématique « Résistance aux anti-infectieux » [en ligne] : www.invs.sante.fr/ratb et dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Résistance aux antibiotiques chez les entérobactéries

Contexte

Les entérobactéries sont des bactéries commensales du tube digestif. La diffusion des entérobactéries, et notamment des entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques, est ainsi principalement liée au péril fécal[1]. La résistance aux bêtalactamines chez les entérobactéries et notamment chez *Escherichia coli*, est particulièrement préoccupante : il est observé une nette augmentation de la résistance aux céphalosporines de troisième génération (C3G) par diffusion des entérobactéries à bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE). Quatre nouveaux indicateurs ont donc été retenus :

- la densité d'incidence (DI) des EBLSE pour 1 000 journées d'hospitalisation (JH) ;
- la proportion de résistance au sein de l'espèce pour les trois couples bactérie-antibiotique : *Escherichia coli*-fluoroquinolones, *Escherichia coli*-C3G et *Klebsiella pneumoniae*-carbapénèmes.

Indicateurs

▶ Densité d'incidence des entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu (EBLSE) dans les établissements de santé pour 1 000 journées d'hospitalisation

En 2012, selon le réseau BMR-Raisin, la DI des EBLSE est de 0,53 / 1 000 JH tous types de séjours hospitaliers confondus, variant de 0,32 à 0,93 selon les interrégions. Elle s'élève à 0,21 en SLD, 0,37 en SSR et 0,71 en court séjour avec 2,36 en réanimation.

Sur la cohorte des 535 ES ayant participé chaque année au réseau BMR-Raisin de 2008 à 2012, la DI globale des EBLSE augmente significativement de 0,30 à 0,57 mais aussi en court séjour, réanimation et SSR-SLD (graphique 3). En 2012, la DI des EBLSE est supérieure à la densité d'incidence des SARM observée en 2008.

En spécialité de court séjour, il est observé des variations régionales de la DI (carte 2). Les disparités régionales observées doivent cependant être interprétées avec prudence car leurs déterminants restent à explorer.

En 2012, l'InVS et le réseau Sentinelles (UMRS 707 Inserm-UPMC) ont conduit une étude à partir d'un échantillon national de femmes adultes non institutionnalisées (non hospitalisées, ni résidentes de collectivités de personnes âgées) consultant leur médecin généraliste pour une infection urinaire (IU) en vue d'estimer l'incidence de la résistance aux antibiotiques dans les IU communautaires « vraies » (Nicolas-Chanoine *et al.*, 2013). Avec 1,6 % d'entérobactéries productrices de BLSE, il apparaît que la proportion d'IU communautaires « vraies » liées à des BLSE reste limitée en France et que les infections à EBLSE restent une problématique essentiellement hospitalière. En termes de portage digestif, en revanche, des proportions plus importantes peuvent être observées : selon une étude réalisée en région parisienne en 2011, il était identifié 6 % de porteurs d'EBLSE parmi les sujets consultant en centre d'examen (Blake *et al.*, 2013).

▶ Pourcentage de souches d'*E. coli* résistantes aux fluoroquinolones

En 2012, selon le réseau EARS-Net, la proportion de résistance aux fluoroquinolones (FQ) chez *E. coli* isolés d'hémocultures est de 18 % (graphique 4). Cela situe la France parmi la majorité des pays participants : 18 pays (sur 28) rapportent une proportion de résistance aux FQ comprise entre 10 et 25 %. Seule l'Islande rapporte, en 2012, une proportion de résistance aux FQ chez *E. coli* inférieure à 10 %. 8 pays du Sud et de l'Est de l'Europe ont en 2012 une résistance aux FQ chez *E. coli* supérieure à 25 %.

En France, la proportion de résistance aux FQ chez *E. coli* est en constante augmentation depuis 2002 (8 %) mais cette augmentation reste non significative sur la période 2009-2012. L'augmentation de la proportion de résistance aux FQ chez *E. coli* est observée dans la grande majorité des pays participants à EARS-Net, ainsi 10 pays rapportent une augmentation significative de la résistance sur la période 2009-2012 et deux pays une tendance à l'augmentation. Sur cette période, seule l'Allemagne rapporte une diminution significative et la Hongrie une tendance à la diminution.

▶ Pourcentage de souches d'*E. coli* résistantes aux céphalosporines de troisième génération

En 2012, selon le réseau EARS-Net, la proportion de résistance aux céphalosporines de troisième génération (C3G) chez *E. coli* isolés d'hémocultures est de 10 % (graphique 4). Une proportion de résistance aux C3G chez *E. coli* comprise entre 10 et 25 % est retrouvée dans la majorité des pays situés à l'ouest et à l'est de l'Europe. La proportion de résistance aux C3G chez *E. coli* est supérieure à 25 % en Italie, Slovaquie, Bulgarie et Roumanie. Les pays situés au nord et au centre de l'Europe rapportent une résistance aux C3G plus faible : inférieure à 5 % en Suède, Norvège et Lituanie, et entre 5 et 10 % pour les autres pays.

En France en 2012, 81,8 % des souches d'*E. coli* résistantes aux C3G sont productrices de BLSE.

La proportion de résistance aux C3G chez *E. coli* a significativement augmenté en France sur la période 2009-2012. Au total, le réseau EARS-Net rapporte une augmentation significative de la proportion de résistance aux C3G chez *E. coli* dans 15 pays (France incluse) et une tendance à l'augmentation dans quatre pays parmi les 28 pays participants sur la période 2009-2012. Seule la Lituanie rapporte une diminution significative sur la même période.

L'augmentation de la résistance aux C3G chez les entérobactéries, en France comme en Europe, s'inscrit dans un contexte d'augmentation de la consommation de C3G à l'hôpital et de l'émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC).

▶ Pourcentage de résistance aux carbapénèmes chez *Klebsiella pneumoniae*

Les carbapénèmes sont des traitements de derniers recours.

En 2012, selon le réseau EARS-Net, la proportion de résistance aux carbapénèmes chez *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*) en France, comme dans la plupart des pays européens, reste inférieure à 1 % (0,5 %) (graphique 5). Néanmoins, la proportion de résistance aux carbapénèmes chez *K. pneumoniae* est particulièrement élevée dans deux pays : la Grèce (60,5 %) et l'Italie (28,8 %). Elle se situe entre 5 % et 25 % dans deux autres pays : la Roumanie (13,7 %) et la Slovaquie (6,3 %) et entre 1 % et 5 % dans trois pays : la Hongrie (2,9 %), la Bulgarie (1,9 %) et l'Estonie (1,3 %).

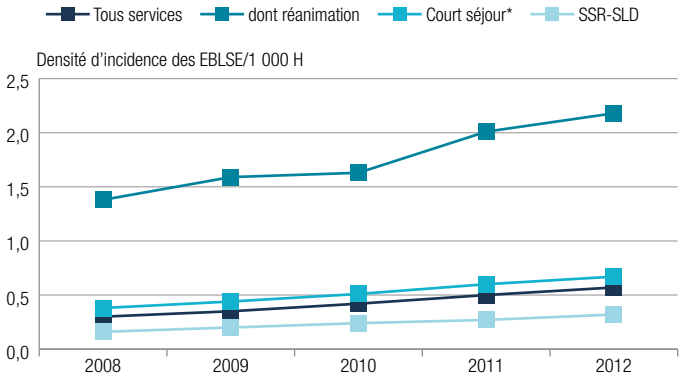
En France, si la proportion de résistance aux carbapénèmes chez *K. pneumoniae* reste inférieure à 1 %, le réseau EARS-Net rapporte une tendance à l'augmentation sur la période 2009-2012, comme ce qui est observé en Norvège. L'augmentation est significative dans trois pays du Sud : l'Espagne, l'Italie et la Grèce. Aucun pays ne rapporte de diminution de la proportion de résistance aux carbapénèmes chez *K. pneumoniae* sur la période 2009-2012.

Une surveillance spécifique mise en place en France, montre que les EPC sont en émergence. Les premiers épisodes impliquant des EPC ont été signalés en 2004 et ces épisodes sont en très nette augmentation depuis les trois dernières années. La situation épidémiologique au 16 septembre 2013 faisait état de 627 épisodes signalés à l'InVS depuis 2004 (un ou plusieurs cas d'EPC reliés par une chaîne épidémiologique[2]).

1. Le péril fécal désigne la transmission d'agents infectieux par l'intermédiaire des excreta (selles, urines). La transmission s'opère par ingestion d'eau ou d'aliments non cuits (crudités…) ou mal cuits souillés, et par les mains sales portées à la bouche. L'hygiène alimentaire, individuelle et collective est un élément clé de la prévention des maladies liées au péril fécal.
2. Une chaîne épidémiologique est une succession de contacts permettant d'expliquer la transmission d'un agent pathogène entre les cas atteints d'une même maladie par contact direct entre les cas, transmission manuportée *via* une tierce personne commune ou les surfaces de l'environnement.

Graphique 3

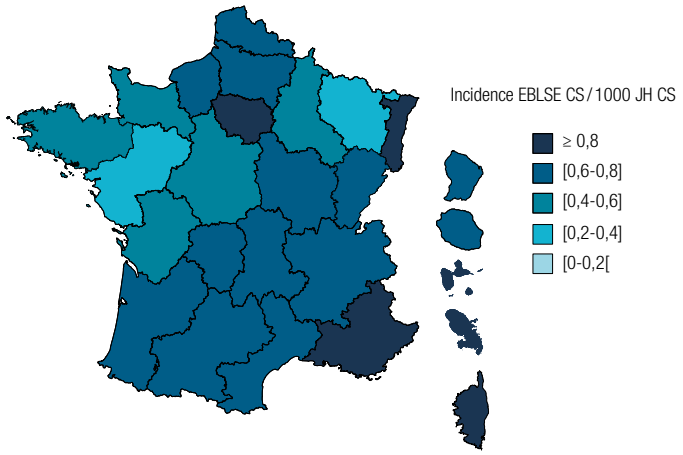
Évolution de la densité d'incidence des EBLSE de 2008 à 2012 selon le type d'activité



* Psychiatrie et réanimation inclus.
SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
Champ • France entière, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, cohorte de 535 établissements de santé ayant participé à la surveillance BMR-Raisin chaque année de 2008 à 2012.
Source • Données BMR-Raisin 2012.

Carte 2

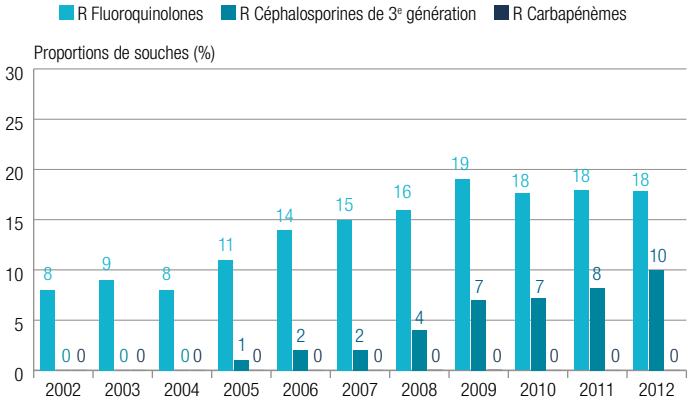
Incidences globales régionales des EBLSE pour 1 000 JH (court séjour, n = 854).



Champ • France entière, tous établissements de santé participants, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, données restreintes aux spécialités de court séjour.
Source • Données BMR-Raisin 2012.

Graphique 4

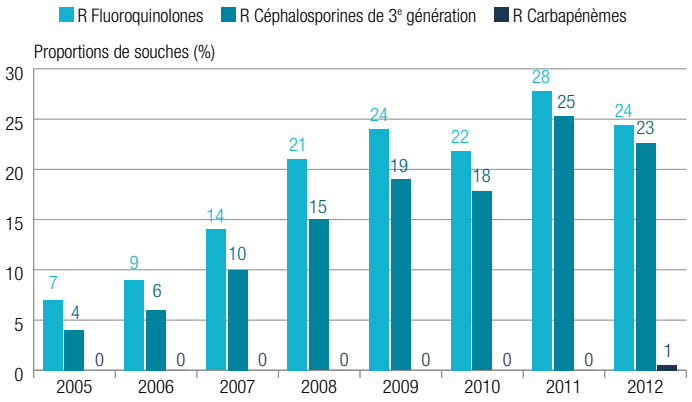
Évolution 2002-2012 de la proportion de résistance aux fluoroquinolones, céphalosporines de troisième génération et carbapénèmes parmi les *Escherichia coli* hospitaliers isolés d'infections invasives



Note • Prélèvements invasifs : hémocultures + LCR.
Champ • France entière, patients hospitalisés, souches isolées d'hémocultures et de liquide céphalo-rachidien.
Source • Données EARS-Net France, 2012.

Graphique 5

Évolution 2002-2012 de la proportion de résistance aux fluoroquinolones, céphalosporines de troisième génération et carbapénèmes parmi les *Klebsiella pneumoniae* hospitalières isolées d'infections invasives



Note • Prélèvements invasifs : hémocultures + LCR.
Champ • France entière, patients hospitalisés, souches isolées d'hémocultures et de liquide céphalo-rachidien.
Source • Données EARS-Net France, 2012.

▶ **Champ** : Patients hospitalisés. ▶ **Sources** : Réseau BMR-Raisin, surveillance nationale 3 mois par an ; réseau EARS-Net France, basé sur 3 réseaux fédérés au sein de l'Onerba (réseau Azay-résistance, Réussir et Île-de-France, soit environ 60 laboratoires chaque année), surveillance 12 mois par an restreinte aux souches isolées d'hémocultures et liquide céphalo-rachidien.
▶ **Mode de construction de l'indicateur** :
– Densité d'incidence (indicateur prenant en compte la durée d'exposition au risque, ici le nombre de journées d'hospitalisation des patients) : nombre de souches dédoublonnées isolées de tous prélèvements à visée diagnostique rapporté à 1 000 JH des ES participants pour la période.
– Résistance au sein de l'espèce : nombre de souches résistantes à l'antibiotique étudié rapporté à 100 souches isolées au cours de l'année et testées pour l'antibiotique étudié.
▶ **Limites d'interprétation** : Participation sur la base du volontariat.
▶ **Références** :
– Dossier thématique « Résistance aux anti-infectieux » [en ligne] : www.invs.sante.fr/ratb et dossier « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.
– Nicolas-Chanoine M.H., Gruson C., Bialek-Davenet S., Bertrand X., Thomas-Jean F., Bert F., Moyat M., Meiller E., Marcon E., Danchin N., Noussair L., Moreau R., Leflon-Guibout V., 2013, « 10-Fold Increase (2006-11) in the Rate of Healthy Subjects with Extended Spectrum β-lactamase-producing *Escherichia coli* Faecal Carriage in a Parisian Check-Up Center », *J Antimicrob Chemother*, Mar, 68(3), 562-8.
– Blake A., Rossignol L., Maugat S., Vaux S., Heym B., Le Strat Y., Blanchon T., Hanslik T., Coignard B, 2013, « Résistances aux antibiotiques dans les infections urinaires communautaires en France métropolitaine, 2012, Étude Druti », Congrès de la Ricai, Paris, 21-22 novembre, communication orale.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Résistance aux antibiotiques chez les entérocoques

Contexte

Les entérocoques sont des bactéries commensales de la flore intestinale. Des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), vancomycine ou teïcoplanine, ont émergé au milieu des années 1980. Depuis 2004, ils sont responsables d'épidémies dans des ES français, les épidémies les plus importantes ayant été rapportées dans le Nord et l'Est de la France.

La proportion de résistance aux glycopeptides chez *Enteroccocus faecium* (*E. faecium*) a été retenue à titre d'indicateur de maîtrise des émergences de bactéries résistantes aux antibiotiques dans un contexte d'une résistance aux aminopénicilines chez *E. faecium* élevée et d'une forte augmentation en France (80 % de résistance en 2012).

Indicateurs

▶ Pourcentage de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium*

En 2012, selon le réseau EARS-Net, la proportion de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* en France est de 0,8 % (graphique 6). Cela situe la France parmi les pays européens où la résistance à la vancomycine chez *E. faecium* est la plus faible (< 1 %). Cette proportion de souches résistantes est stable (autour de 1 %) depuis plusieurs années. Entre 2004 et 2006, la proportion de résistance dans l'espèce était supérieure à 1 % (jusqu'à 5 % en 2004) en lien avec plusieurs épidémies hospitalières. Depuis 2009, les épidémies signalées sont moins importantes et moins concentrées géographiquement. Cependant les souches résistantes continuent d'apparaître dans des ES qui n'en avaient jamais rapporté précédemment. Les épidémies font depuis 2005 l'objet d'investigations systématiques et de mesures de contrôle strictes (www.invs.sante.fr/erg). L'émergence des ERG paraît actuellement maîtrisée en France. Il convient cependant de rester vigilant.

En Europe, selon le réseau EARS-Net, 11 pays ont, en 2012, une proportion de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* inférieure à 1 %, parmi lesquels 8 n'ont isolé aucune souche (dont 1 pays ayant rapporté seulement 6 souches d'*E. faecium*). 6 pays rapportent une proportion de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* entre 1 et 5 %, 4 pays entre 5 et 10 % et 7 pays plus de 10 %, dont un pays plus de 25 %.

Sur la période 2009-2012, deux pays ont connu une augmentation significative de la résistance : la République tchèque et l'Allemagne, et trois pays ont connu une diminution significative : la Croatie, la Grèce et la Slovénie.

Résistance aux antibiotiques chez les gonocoques

Contexte

Les gonocoques sont habituellement responsables d'infections génitales non compliquées, sexuellement transmissibles, mais l'incidence des infections à gonocoques (gonococcies) constitue un indicateur très sensible du relâchement des comportements et un signal d'alerte précoce par rapport au risque accru d'infection par le VIH. Depuis le début des années 2000, il est observé une augmentation de l'incidence des gonococcies. Dans le même temps, de nombreux pays ont rapporté des taux croissants de résistance du gonocoque à la ciprofloxacine, une fluoroquinolone qui était alors le traitement oral « minute »[1] de première intention de la gonococcie urogénitale non compliquée. Les céphalosporines de troisième génération (C3G) en dose unique, céfixime oral et ceftriaxone injectable, ont dès lors représenté les traitements de première intention. En France, la recommandation de ce type de traitement date de 2005. Ainsi, l'apparition de résistances cliniques et biologiques aux C3G, principalement au céfixime, mais aussi plus récemment à la ceftriaxone, pourrait aboutir à moyen terme à une impasse thérapeutique. C'est pourquoi la proportion de résistance au céfixime et à la ceftriaxone chez le gonocoque a été retenue depuis 2014 comme indicateur de l'état de santé de la population française pour illustrer les évolutions de la RATB dans la communauté.

Indicateurs

▶ Proportions de souches de gonocoques ayant une sensibilité diminuée (« résistantes ») à la ceftriaxone et au céfixime

En France, la surveillance de la résistance aux antibiotiques chez les gonocoques repose depuis 1996 sur le réseau Rénago : Réseau national des gonocoques, associant le Centre national de référence (CNR) des gonocoques et des laboratoires publics et privés volontaires répartis en France métropolitaine.

En 2012 la proportion de souches de gonocoques résistantes au céfixime est de 3 % (IC 95 % : [2,1-4,2]), en augmentation significative par rapport à 2011 (0,7 % ; IC 95 % : [0,3-1,2], $p < 0.001$). Les valeurs hautes de concentration minimum inhibitrice[2] (CMI) (≥ 0,125 mg/L) ont régulièrement augmenté entre 2008 et 2012 (graphique 7).

En 2012, comme en 2011, aucune souche résistante à la ceftriaxone n'a été isolée. Mais en 2010, 2 souches sur 1 400 étaient résistantes à la ceftriaxone. Il s'agissait des premières souches de ce type isolées en France. La tendance à la hausse des CMI observée entre 2008 et 2010 ne s'est pas poursuivie en 2011 et 2012 (graphique 8).

En 2012, comme depuis le début du Réseau national des gonocoques (Rénago), aucune souche résistante à la spectinomycine n'a été détectée.

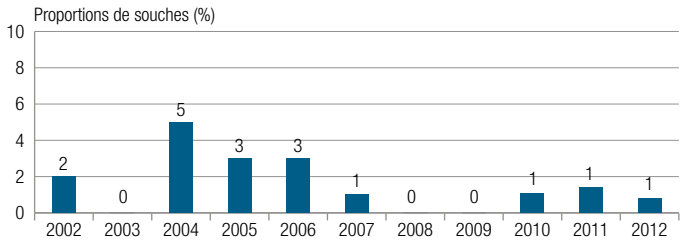
L'analyse des données du réseau Rénago conduite par l'InVS (La Ruche *et al.*, 2013) montre que la baisse de sensibilité aux C3G chez le gonocoque augmente avec l'âge des patients (tableau 2). De même, elle est plus faible en cas de co-infection à *Chlamydia* sans raison clairement établie. Mais elle ne diffère pas selon le sexe du patient. Par rapport aux souches isolées d'autres localisations, les souches anales ne sont pas plus souvent de sensibilité diminuée alors que les souches pharyngées le sont. Enfin, il est observé une plus forte proportion de souches de sensibilité diminuée dans l'interrégion Nord-Est dont l'interprétation est incertaine mais incite à la vigilance dans cette interrégion.

Les niveaux de résistances aux C3G observés en France sont du même ordre de grandeur que ceux observés aux États-Unis mais moins élevés que ceux observés dans le reste de l'Europe.

Le caractère encore très exceptionnel des résistances à la ceftriaxone et les échecs thérapeutiques décrits avec le céfixime au Japon, au Canada et en Europe confortent les recommandations établies par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en 2005 et réitérées en 2008. Pourtant, l'augmentation de la résistance au céfixime chez le gonocoque semble suggérer que des cliniciens continueraient à utiliser cet antibiotique en traitement de première intention.

1. Traitement en une seule prise.
2. Plus faible concentration d'antibiotique qui inhibe toute croissance visible d'un organisme après 24 heures d'incubation dans un milieu de croissance spécifique.

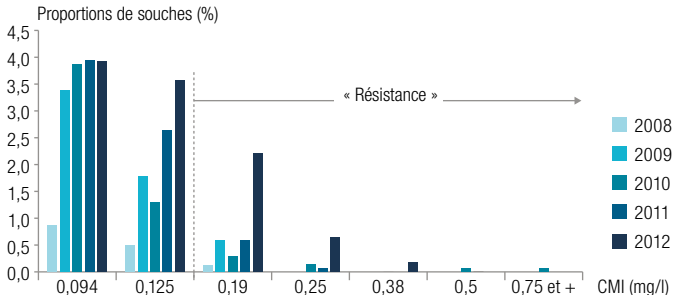
Graphique 6
Évolution 2002-2012 de la proportion de souches hospitalières de *Enterococcus faecium* résistantes à la vancomycine isolées d'hémocultures



Note • Prélèvements invasifs : hémocultures seules.
Champ • France entière, patients hospitalisés, souches isolées d'hémocultures.
Source • Données EARS-Net France, 2012.

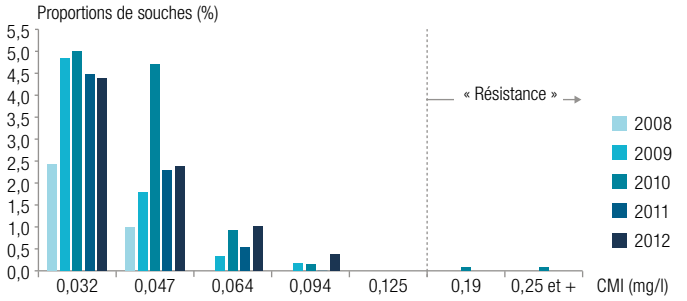
INDICATEUR • **Pourcentage de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium***
▶ **Champ** : Patients hospitalisés. ▶ **Source** : Réseau EARS-Net France, basé sur 3 réseaux fédérés au sein de l'Onerba (réseau Azay-résistance, Réussir et Île-de-France), soit environ 60 laboratoires chaque année, surveillance 12 mois par an restreinte aux souches isolées d'hémocultures. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Résistance au sein de l'espèce : nombre de souches résistantes à l'antibiotique étudié rapporté à 100 souches isolées au cours de l'année et testées pour l'antibiotique étudié. ▶ **Limites d'interprétation** : Participation sur la base du volontariat.
▶ **Références** : Dossier thématique « Résistance aux anti-infectieux » [en ligne] : www.invs.sante.fr/ratb et dossier « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Graphique 7
Évolution de la distribution des valeurs hautes des concentrations minimales inhibitrices (CMI) du céfixime



Champ • France entière, population générale, souches de gonocoques isolées par laboratoires volontaires participant au réseau Rénago.
Source • Réseau Rénago, France 2008-2012.

Graphique 8
Évolution de la distribution des valeurs hautes des concentrations minimales inhibitrices (CMI) de la ceftriaxone



Champ • France entière, population générale, souches de gonocoques isolées par laboratoires volontaires participant au réseau Rénago.
Source • Réseau Rénago, France 2008-2012.

Tableau 2
Facteurs associés à la baisse de sensibilité des souches de gonocoque aux céphalosporines chez les patients de 15 ans et plus

	Céfixime* CMI ≥ 0,094 mg/l			Ceftriaxone** CMI ≥ 0,032 mg/l		
Variables	**OR**	**IC à 95 %**	**P**	**OR**	**IC à 95 %**	**p**
Années						
2001-2009	Réf.			Réf.		
2010	**1,43**	**1,03-1,99**	**0,034**	**2,52**	**2,00-3,18**	**< 0,001**
2011	**1,78**	**1,31-2,43**	**<0,001**	**1,54**	**1,19-1,98**	**0,001**
2012	**2,65**	**1,94-3,62**	**<0,001**	**1,66**	**1,26-2,19**	**<0,001**
Sexe						
Hommes	Réf.			Réf.		
Femmes	1,73	0,69-4,35	0,24	1,49	0,66-3,35	0,34
Âge						
15-24 ans	Réf.			Réf.		
25-34 ans	**1,41**	**1,08-1,86**	**0,013**	**1,28**	**1,02-1,60**	**0,036**
35-44 ans	**1,78**	**1,30-2,45**	**< 0,001**	**1,55**	**1,19-2,01**	**0,001**
45 ans et plus	**1,97**	**1,39-2,78**	**< 0,001**	**1,49**	**1,10-2,02**	**0,01**
Site anatomique						
Urètre ou urines	Réf.			Réf.		
Col ou vagin	0,56	0,21-1,47	0,24	0,69	0,29-1,61	0,39
Anus	0,88	0,51-1,52	0,65	1,19	0,81-1,73	0,37
Pharynx	**4,21**	**1,62-10,91**	**0,003**	**2,86**	**1,17-6,99**	**0,021**
Autres sites	0,71	0,22-2,28	0,56	0,96	0,41-2,26	0,93
Lieu de consultation						
Secteur privé ou clinique	Réf.			Réf.		
Hôpital	0,55	0,30-1,00	0,052	1,13	0,71-1,79	0,6
Ciddist/CDAG/CPEF	0,77	0,48-1,23	0,28	0,86	0,60-1,25	0,44
Autres structures	1,07	0,32-3,58	0,92	0,67	0,16-2,85	0,59
Médecin prescripteur						
Généraliste	Réf.			Réf.		
Gynécologue	1,18	0,68-2,07	0,55	1,38	0,90-2,11	0,14
Dermato-vénérologue	1,43	0,83-2,47	0,2	0,98	0,61-1,57	0,93
Autres spécialités	1,19	0,76-1,84	0,45	1,13	0,79-1,61	0,51
Type de laboratoire						
Privé	Réf.			Réf.		
Hospitalier	1,19	0,71-1,94	0,52	0,72	0,48-1,08	0,12
Dispensaire	1,24	0,60-2,56	0,56	0,98	0,52-1,83	0,94
Région du laboratoire						
Région parisienne (01)	Réf.			Réf.		
Interrégion Nord-Ouest (02)	1,36	0,98-1,90	0,07	1,27	0,97-1,67	0,09
Interrégion Nord-Est (03)	**1,99**	**1,45-2,73**	**< 0,001**	**2,23**	**1,73-2,87**	**< 0,001**
Interrégion Sud-Est (04)	1,06	0,72-1,56	0,76	1,08	0,78-1,49	0,65
Interrégion Sud-Ouest (05)	1,23	0,81-1,85	0,33	1,11	0,78-1,60	0,56

CMI : concentration minimale inhibitrice ; OR : odds ratio ajusté sur les autres variables du tableau ; IC à 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; Réf. : groupe de référence. L'analyse multivariée inclut toutes les variables du tableau. Les résultats significatifs ($p < 0,05$) sont en gras. La sensibilité aux antibiotiques est étudiée sur les cas de gonococcie diagnostiqués par culture.
* Céfixime testé à partir de 2008 ; CMI ≥ 0,094 mg/l pour 385 souches sur 6 004 (6,4 %).
** Ceftriaxone : CMI ≥ 0,032 mg/l pour 554 souches sur 8 645 (6,4 %).
Champ • France entière, population générale, souches de gonocoques isolées par les laboratoires volontaires participant au réseau Rénago.
Source • Réseau Rénago, France 2008-2012.

INDICATEUR • **Proportions de souches de gonocoques ayant une sensibilité diminuée (« résistantes ») à la ceftriaxone et au céfixime**
▶ **Champ** : Population générale. ▶ **Source** : Réseau Rénago, associant le CNR des gonocoques et des laboratoires publics et privés volontaires répartis en France métropolitaine. Surveillance annuelle. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Résistance au sein de l'espèce : nombre de souches résistantes à l'antibiotique étudié rapporté à 100 souches isolées au cours de l'année et testées pour l'antibiotique étudié. ▶ **Limites d'interprétation** : Participation sur la base du volontariat. ▶ **Biais** : Le suivi des résistances, lui, n'a a priori pas été impacté par les facteurs ayant pu affecter la mesure réelle de l'augmentation du nombre de gonococcies au fil de la surveillance : montée en charge des détections par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), augmentation du nombre de laboratoires participants et multiplication des regroupements de laboratoires.
▶ **Références** :
– Dossier thématique « Infections sexuellement transmissibles (IST) » [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST.
– Site internet du Centre national de référence des gonocoques : www.institutfournier.org/articlesprevention/66-preventionarticle7/57-cnr-gonocoques.
– La Ruche G., Goubard A., Berçot B., Cambau E., Semaille C., Sednaoui P., 2013, « Évolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 5, p. 93-103, août.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Consommation antibiotique en santé humaine

Contexte

À l'hôpital comme en ville, le suivi de la consommation d'antibiotiques constitue un outil de maîtrise des résistances aux antibiotiques. Les données disponibles sont celles de ventes d'antibiotiques à usage humain recueillies chaque année par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) auprès des exploitants de spécialités pharmaceutiques, 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-Net (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption*) et sont utilisées par le Plan d'alerte sur les antibiotiques pour mesurer l'impact global des actions entreprises sur le niveau des consommations. En effet, un objectif global de réduction des consommations d'antibiotiques de 25 % entre 2011 et 2016 a été fixé. Les résultats obtenus à ce jour, qui témoignent d'une reprise de la consommation dans le secteur ambulatoire, rendent toutefois difficile la pleine réalisation de cet objectif, à moins d'un net retournement de tendance d'ici 2016. Elles sont complétées depuis 2007, pour le volet hospitalier, par les données du réseau national de surveillance de la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé (Réseau ATB-Raisin). Ce réseau collige des données nationales et régionales de dispensation hospitalière, globales et par service, auprès d'établissements volontaires.

Indicateurs

▶ Prescriptions d'antibiotiques en ville rapportées à 1 000 habitants par jour

En 2012, la consommation d'antibiotiques en ville s'établit à 29,7 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 habitants et par jour (tableau 3). Ce niveau confirme la tendance à une reprise, modérée, de la consommation observée depuis plusieurs années. La baisse de la consommation a été significative au début des années 2000 mais, depuis 2006, les évolutions d'une année sur l'autre se traduisent globalement par une utilisation croissante des antibiotiques.

Les pénicillines sont les antibiotiques les plus largement utilisés en ville. Pris dans leur ensemble, les bêtalactamines (J01C + J01D) représentent les deux tiers de la consommation ambulatoire. Les macrolides constituent la seconde grande classe la plus consommée ; viennent ensuite les tétracyclines et les quinolones (tableau 4).

La consommation d'antibiotiques en France demeure toujours très supérieure (d'environ 30 %) à la moyenne européenne (tableau 5). La consommation en Europe peut être schématiquement divisée en trois zones : les pays du Nord, faibles consommateurs d'antibiotiques, les pays de l'Est, consommateurs modérés et les pays du bassin méditerranéen, forts consommateurs.

▶ Prescriptions hospitalières d'antibiotiques, rapportées à 1 000 habitants et par jour et rapportées à 1 000 journées d'hospitalisation (JH)

En 2012, la consommation d'antibiotiques dans les établissements hospitaliers est de 2,1 DDJ/1 000H/J et de 412,3 DDJ/1 000 JH (tableau 3). Qu'ils soient rapportés à la population française ou à l'activité hospitalière, ces résultats traduisent globalement une stabilisation de la consommation depuis le milieu des années 2000. Une baisse est même observée si l'on ne considère que le premier indicateur. À cet égard, il faut relever que le second indicateur lié à l'activité hospitalière peut être jugé plus pertinent, mais son interprétation se révèle parfois difficile. La réduction tendancielle des durées moyennes de séjour peut en effet entraîner une augmentation apparente de la consommation par journée d'hospitalisation puisque tout traitement antibiotique sera alors divisé par un plus petit nombre de journées d'hospitalisation, créant ainsi l'illusion d'une augmentation de la consommation.

À l'hôpital, les bêtalactamines constituent, comme en ville, la classe d'antibiotiques la plus utilisée (tableau 4). En particulier, l'association amoxicilline-acide clavulanique représente désormais 32 % de la consommation dans les établissements hospitaliers, mesurée en nombre de DDJ. Parmi les autres bêtalactamines, alors que la consommation des céphalosporines de première et de deuxième génération a diminué dans des proportions importantes au cours de ces dernières années, celle des céphalosporines de troisième génération a progressé fortement. En ce qui concerne les carbapénèmes, leur usage croissant est d'autant plus préoccupant que de nouvelles souches résistantes sont apparues. Quoique moins utilisées, les quinolones représentent également une part significative de la consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux. Cette part est cependant restée stable car la consommation de cette classe a globalement évolué au même rythme que celle des antibiotiques dans leur ensemble.

Ces données sont cohérentes avec celles du réseau ATB-Raisin. Ce réseau rapporte une consommation moyenne de 374 DDJ/1 000 JH en 2012. Des variations sont observées selon le secteur d'activité (de 62 DDJ/1 000 JH en psychiatrie à 1 506 en réanimation). Entre 2008 et 2012, l'analyse portant sur une cohorte d'établissements ayant participé chaque année rapporte une augmentation de la consommation hospitalière globale de + 7,2 % (de 363 à 389 DDJ/1 000 JH) mais une consommation 2012 restée relativement stable par rapport à 2011 (+ 0,3 %), elle-même stable par rapport à 2010 (+ 0,6 %). Enfin il rapporte des augmentations de consommation notables pour la ceftriaxone (+ 48,2 %), les carbapénèmes (+ 37,4 %) et l'association pipéracilline/tazobactam (+ 72,7 %), et une consommation de fluoroquinolones stable depuis 2008 avec une tendance au ralentissement de la progression de la lévofloxacine (+ 15,2 % de 2008 à 2012 *versus* +18,7 % de 2008 à 2011). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** : InVS, département des Maladies infectieuses

Synthèse

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

En revanche, les données de consommation des antibiotiques et l'évolution de la résistance bactérienne aux antibiotiques (RATB), notamment chez les gonocoques et les entérobactéries sont inquiétantes. Concernant les gonocoques, le respect des recommandations de traitement est majeur pour limiter l'émergence des résistances aux céphalosporines de troisième génération (C3G). Concernant les entérobactéries, la diffusion de ces bactéries commensales du tube digestif est très liée au péril fécal[2]. La limitation de la diffusion des entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu (EBLSE) et la lutte contre l'émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) font l'objet de recommandations spécifiques du Haut Conseil de la santé publique et de plusieurs axes de travail du Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

1. La transmission croisée définit la transmission de certains micro-organismes (bactéries, virus, champignons) de patient à patient, de l'environnement à un patient.
2. Risque infectieux lié à la contamination des aliments ou des boissons par des bactéries, virus ou parasites d'origine fécale.

Tableau 3
Consommations d'antibiotiques en santé humaine, en ville et dans les établissements de santé

Année	Ville	Établissements hospitaliers	
	(DDJ/1 000 habitants/jour)	(DDJ/1 000 habitants/jours)	(DDJ/1 000 JH)
2000	33,4	2,8	419,0
2001	33,0	2,8	427,5
2002	32,0	2,7	419,6
2003	28,9	2,3	377,6
2004	27,1	2,3	381,8
2005	28,9	2,4	410,4
2006	27,9	2,2	377,7
2007	28,6	2,2	382,3
2008	28,0	2,2	388,7
2009	29,6	2,2	409,4
2010	28,2	2,2	422,7
2011	28,7	2,1	410,1
2012	29,7	2,1	412,3

Champ • Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques transformées en nombre de doses définies journalières (DDJ), France 2012.
Source • ANSM.

Tableau 4
Détail des consommations d'antibiotiques par classe de molécules, en ville et dans les établissements de santé

Classe ATC*	En ville 2012 (DDJ/1 000 habitants/jour)	Établissements hospitaliers 2012 (DDJ/1 000 habitants/jour)
J01A - Tétracyclines	**3,3**	**-**
J01C - Bêtalactamines, pénicillines	**17,4**	**1,38**
dont J01CA - Pénicillines à large spectre	9,7	0,41
dont J01CR - Association de pénicillines	7,3	0,89
dont J01CR02 - Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme	-	0,68
dont J01CR05 - Pipéracilline et inhibiteur d'enzyme	-	0,04
J01D - Autres bêtalactamines	**2,4**	**0,29**
dont J01DB - Céphalosporines de 1re génération	0,1	0,06
dont J01DC - Céphalosporines de 2e génération	0,7	0,02
dont J01DD - Céphalosporines de 3e génération	1,7	0,18
dont J01DH - Carbapénèmes	-	0,02
J01E - Sulfamides et triméthoprime	**0,4**	**0,04**
J01F - Macrolides	**3,7**	**0,11**
J01G - Aminosides	**0,0**	**0,05**
J01M - Quinolones	**1,9**	**0,27**
J01R + J01X - Associations et autres antibactériens	**0,2**	**0,13**
Autres classes	**-**	**0,05**
Total (nombre DDJ/1 000 H/J)	**29,4**	**2,30**

* Classe ATC : Classification anatomique, thérapeutique et chimique.
Champ • Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques transformées en nombre de doses définies journalières (DDJ), France 2012.
Source • ANSM.

Tableau 5
Consommations d'antibiotiques en ville dans les pays d'Europe (DDJ/ 1 000 habitants/jour)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Allemagne	13,6	12,8	12,7	13,9	13,0	14,6	13,6	14,5	14,5	14,9	14,9	14,5	
Belgique	25,3	23,7	23,8	23,8	22,7	24,3	24,2	25,4	27,7	27,5	28,4	29,0	
Bulgarie	20,2	22,7	17,3	15,5	16,4	18,0	18,1	19,8	20,6	18,6	18,2	19,5	
Espagne	19,0	18,0	18,0	18,9	18,5	19,3	18,7	19,9	19,7	19,7	20,3	20,9	
France	33,4	33,0	32,0	28,9	27,1	28,9	27,9	28,6	28,0	29,6	28,2	28,7	29,4
Grèce	31,7	31,8	32,8	33,6	33,0	34,7	41,1	43,2	45,2	38,6	39,4	35,1	
Italie	24,0	25,5	24,3	25,6	24,8	26,2	26,7	27,6	28,5	28,7	27,4	27,6	
Pays-Bas	9,8	9,9	9,8	9,8	9,7	10,5	10,8	11,0	11,2	11,4	11,2	11,4	
Pologne	22,6	24,8	21,4	n.d.	19,1	19,6	n.d.	22,2	20,7	23,6	21,0	21,9	
République tchèque	n.d.	n.d.	13,9	16,7	15,8	17,3	15,9	16,8	17,4	18,4	17,9	18,5	
Royaume-Uni	14,3	14,8	14,8	15,1	15,0	15,4	15,3	16,5	17,0	17,3	18,6	18,8	
Suède	15,5	15,8	15,2	14,7	14,5	14,9	15,3	15,5	14,6	13,9	14,2	14,3	

Champ • Consommations d'antibiotiques en ville, transformées en doses définies journalières (DDJ).
Sources • Réseau ESAC-Net (ECDC), données 2011, et ANSM (données 2012, France).

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Sources** : ANSM : Consommations d'antibiotiques en ville et dans les établissements de santé, transformées en doses définies journalières (DDJ). Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques pour la France. Données du réseau européen de surveillance des consommations d'antibiotiques (ESAC-Net). Réseau ATB-Raisin, surveillance 12 mois par an. ▶ **Mode de construction des indicateurs** : Consommations d'antibiotiques transformées en nombre de doses définies journalières (DDJ) rapportées à 1 000 habitants par jour ou à 1 000 journées d'hospitalisation. ▶ **Limites d'interprétation** : Réseau ATB-Raisin : participation des établissements de santé sur la base du volontariat (représentant en 2012, 66 % des journées d'hospitalisation en France). ▶ **Biais** : ANSM : données de vente et non de consommation ; ANSM et réseau ATB-Raisin : transformation en doses définies journalières effectuée sur la base d'une posologie standard internationale pour un adulte (DDJ).
▶ **Références** :
– Dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.invs.sante.fr/raisin.
– Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), 2013, « Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2010 et 2012 », juin [en ligne] : http://ansm.sante.fr.
▶ **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : ANSM et InVS.

LA SANTÉ POPULATIONNELLE

Santé de la reproduction et périnatalité **153**
Contraception – contraception d'urgence – IVG 154
Âge à l'accouchement et grossesses multiples 156
Tabac et grossesse 160
Déficit en folates 162
Diagnostic anténatal 164
Morbi-mortalité maternelle 166
Mortalité périnatale et mortalité infantile 168
Prématurité et petit poids de naissance 170
Accouchement 172
Allaitement maternel 174

Santé de l'enfant **177**
Surpoids et obésité chez l'enfant 178
Couvertures vaccinales (hors grippe) 180
Accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants 182
Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent 186
Exposition au plomb des enfants 188
Drépanocytose 190

Santé des personnes âgées **193**
Qualité de vie chez les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer 194
Ostéoporose 196

Santé de la reproduction et périnatalité

Contraception – contraception d'urgence – IVG

Contexte

Le paysage contraceptif a connu des évolutions notables depuis le début des années 2000 en France, avec l'apparition de nouvelles méthodes hormonales contraceptives et l'accès à la contraception d'urgence sans ordonnance et gratuitement pour les mineures. En 2013, seules 3 % des femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfants, n'utilisent aucune méthode de contraception. Le débat médiatique concernant les risques associés aux pilules de troisième et quatrième générations a conduit certaines femmes à changer de méthode de contraception, mais la pilule reste prépondérante et le recours à la contraception, quelle que soit la méthode utilisée, n'a pas diminué.

Autorisée depuis 1975 en France en établissement de santé, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est désormais accessible par voie médicamenteuse depuis 1989, en ville depuis la loi du 4 juillet 2001 et ses textes d'application de 2004, et dans les centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale depuis 2009. Les IVG hors établissements de santé représentent aujourd'hui 15 % des IVG en métropole. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) varie peu et près de 210 000 femmes sont concernées chaque année par une IVG, soit 14,5 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Les données sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les IVG hospitalières et de l'Assurance maladie pour les IVG réalisées hors établissement.

Indicateurs

▶ Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 15 à 49 ans

En 2013, selon les résultats de l'enquête Fécond, 97 % des femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfants utilisent un moyen de contraception, soit la même proportion qu'en 2010 selon la même source. La pilule demeure la méthode la plus utilisée, concernant en 2013 42,7 % des femmes qui ont recours à un moyen contraceptif, suivie par le stérilet (25,4 %) et le préservatif (12,5 %) (graphique 1)[1]. Cependant, suite au débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de troisième et quatrième générations, les femmes ont modifié leur comportement, en abandonnant les pilules de troisième et quatrième générations au profit d'autres moyens de contraception. Les femmes sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait), tandis que celles qui détiennent un CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif, et les plus diplômées (bac + 4) pour le stérilet. Des évolutions amorcées avant le débat médiatique, notamment la baisse du recours à la contraception orale, se sont renforcées et ont concerné surtout les femmes de moins de 30 ans.

▶ Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence

En 2010, 24,4 % des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé au moins une fois au cours de leur vie la contraception d'urgence (tableau 1), alors qu'elles n'étaient que 15,2 % en 2005 et 8,9 % en 2000[2]. Près d'une jeune femme de 20 à 24 ans sur deux l'a déjà utilisée (46,6 %). Dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, c'est 4,5 % des femmes de 15 à 49 ans qui l'ont utilisée, dont 19,3 % parmi les femmes de 15 à 19 ans.

▶ Taux de recours à l'IVG

En 2012, 207 120 interruptions volontaires de grossesse ont eu lieu en France métropolitaine, soit un taux de recours de 14,5 IVG pour 1 000 femmes. Si le taux global est stable depuis quelques années, il a en revanche évolué différemment selon les âges, avec en particulier une petite baisse chez les moins de 20 ans depuis 2010. Les femmes de 20 à 24 ans demeurent les plus concernées par l'IVG, avec un recours moyen de 27 femmes sur 1 000 en métropole. Les IVG chez les mineures représentent actuellement plus de 11 000 femmes chaque année.

Au niveau régional, les recours varient de 11 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire, Alsace ou Champagne-Ardenne, jusqu'à plus de 18 en Île-de-France et dans le Sud de la France. Les départements d'outre-mer présentent également des taux très élevés, de 19 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion à plus de 37 en Guadeloupe, en passant par 25 et 27 en Martinique et en Guyane (tableau 2).

Les IVG médicamenteuses représentent, en 2012, 49 % des IVG réalisées en établissement de santé et 57 % du total des IVG en métropole, y compris les 28 000 IVG réalisées en cabinet de ville et les 2 000 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale.

Au sein des pays d'Europe autorisant l'IVG, la France se situe parmi les pays aux taux les plus élevés, juste après le Royaume-Uni et avant la Hongrie, la Roumanie, la Bulgarie, la Suède et l'Estonie, qui présentent des recours de 15 à 19,6 IVG pour 1 000 femmes. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** DREES, bureau État de santé de la population

1. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe de l'enquête Fécond : données transmises à la DREES en mars 2014.
2. Beck F., Guilbert P., Gautier A., Baromètre santé 2000 et 2005, INPES.

Synthèse

En 2013, 3 % des femmes de 15 à 49 ans à risque de grossesse non prévue n'utilisent pas de moyen contraceptif.

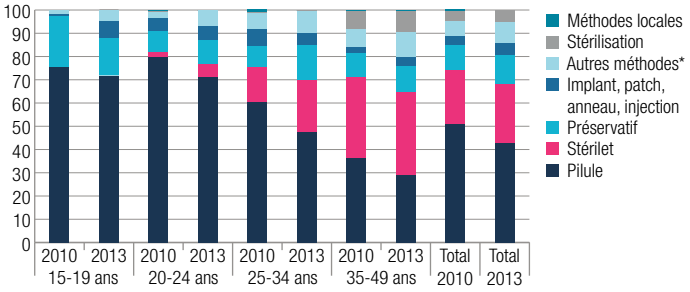
Malgré une récente baisse du recours à la pilule, 42,7 % de celles qui ont recours à un moyen contraceptif en 2013 utilisent encore la pilule, 25,4 % le stérilet et 12,5 % le préservatif masculin comme moyen principal.

L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2010, en particulier parmi les plus jeunes, passant de 9 % à 24 % au moins une fois dans leur vie chez les femmes sexuellement actives.

En métropole, le taux de recours à l'IVG est de 14,5 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2012 contre 14,0 en 2001. Ces taux varient selon les régions et sont beaucoup plus élevés dans les DOM, en Île-de-France et dans le Sud de la France.

Graphique 1

Évolution des principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 15 à 49 ans en 2010 et en 2013



* Autres méthodes : date, retrait…

Note • Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » selon les critères de l'OMS a été retenue ; ainsi, dans l'ordre : stérilisation, stérilet, implant/patch/anneau/injection, pilule, préservatif, méthode locale, autres méthodes.

Champ • France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête (n = 2 780).

Sources • Fécond 2010 et 2013, INED.

Tableau 1

Recours à la contraception d'urgence selon l'âge en 2010 (en %)

Proportion de femmes déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence	2010 % (n)
Âge atteint	
15-19 ans	39,2 (123)
20-24 ans	46,6 (280)
25-34 ans	32,4 (414)
35-49 ans	12,5 (348)
Total	**24,4 (1 165)**

Champ • France métropolitaine. Femmes de 15-49 ans, sexuellement actives, c'est-à-dire ayant eu un rapport sexuel dans leur vie : en 2010 (n = 4 814) et 2013 (n = 4 146).

Source • Fécond 2010, INED.

Tableau 2

Les IVG en 2012

Région	IVG hospitalières SAE	Forfaits remboursés en centre de santé, établissement de PMI et de planification familiale	Forfaits remboursés en ville	Total IVG réalisées	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Île-de-France	40 756	751	12 502	54 009	18,0	11,3
Champagne-Ardenne	3 181		130	3 311	11,4	9,2
Picardie	4 897		441	5 338	12,4	12,1
Haute-Normandie	4 393	6	817	5 216	12,6	9,8
Centre	5 992	87	518	6 597	12,2	8,3
Basse-Normandie	3 542		161	3 703	12,0	9,1
Bourgogne	3 826		220	4 046	12,0	10,1
Nord - Pas-de-Calais	11 882		757	12 639	13,5	12,7
Lorraine	5 996	167	121	6 284	12,0	9,5
Alsace	4 620		170	4 790	11,1	8,9
Franche-Comté	2 709		497	3 206	12,6	10,0
Pays de la Loire	8 369		45	8 414	10,7	7,8
Bretagne	7 197	18	476	7 691	11,3	7,5
Poitou-Charentes	3 905		350	4 255	11,6	8,9
Aquitaine	8 164	372	1 761	10 297	14,5	9,5
Midi-Pyrénées	8 131	63	907	9 101	14,3	8,8
Limousin	1 883		3	1 886	12,8	10,7
Rhône-Alpes	16 591	185	2 381	19 157	13,2	8,2
Auvergne	2 967	3	233	3 203	11,5	8,7
Languedoc-Roussillon	9 541	5	934	10 480	18,0	12,5
Provence - Alpes - Côte d'Azur	17 273	330	4 597	22 200	20,7	13,4
Corse	1 133	15	149	1 297	18,8	11,9
France métropolitaine	**176 948**	**2 002**	**28 170**	**207 120**	**14,5**	**9,9**
Guadeloupe	2 674		1 039	3 713	37,5	31,8
Martinique	2 388		11	2 399	25,3	24,4
Guyane	1 133		511	1 644	26,7	27,0
La Réunion	3 196		1 084	4 280	19,4	19,0
Mayotte	1 342		140	1 482	nd	
Total DOM (hors Mayotte)	**9 391**	**0**	**2 785**	**12 176**	**25,6**	**23,8**
France entière (hors Mayotte)	**186 339**	**2 002**	**30 955**	**219 296**	**14,9**	**10,5**

SAE : Statistiques annuelles des établissements ; PMI : Protection maternelle et infantile.

Champ • France entière.

Sources • SAE (DREES), PMSI (ATIH, calculs DREES), DCIR (CNAMTS, tous régimes, FMV selon date de soin), ELP (INSEE).

INDICATEUR • **Contraception – contraception d'urgence**

▶ **Champ** : L'enquête Fécond a été réalisée en 2010 par l'Inserm et l'INED pour analyser la contraception, les grossesses non prévues, l'avortement, l'infertilité et les dysfonctions sexuelles en France métropolitaine. L'enquête a été reproduite en 2013 afin d'analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception, auprès de 4 453 femmes et 1 587 hommes. Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » selon les critères de l'OMS a été retenue ; ainsi, dans l'ordre : stérilisation, stérilet, implant/patch/anneau/injection, pilule, préservatif, méthode locale, autres méthodes. ▶ **Source** : Enquête Fécond. ▶ **Référence** : Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C. et l'équipe Fécond, 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population & Sociétés*, INED, n° 511, mai.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

INDICATEUR • **IVG**

▶ **Champ** : Femmes âgées de 15 à 49 ans, France entière. ▶ **Sources** : SAE, statistique annuelle des établissements, DREES ; PMSI, ATIH - exploitation DREES ; CNAMTS (Érasme puis DCIR), INSEE pour les données de population. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le nombre d'IVG réalisées en établissement de santé est issu de la SAE, la structure par âge est issue des données du PMSI. Les données de la CNAMTS sont utilisées pour estimer le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral depuis 2006 et en centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale depuis 2009.

▶ **Référence** : Vilain A., 2014, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », *Études et Résultats*, DREES, n° 884, juin.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

Âge à l'accouchement et grossesses multiples

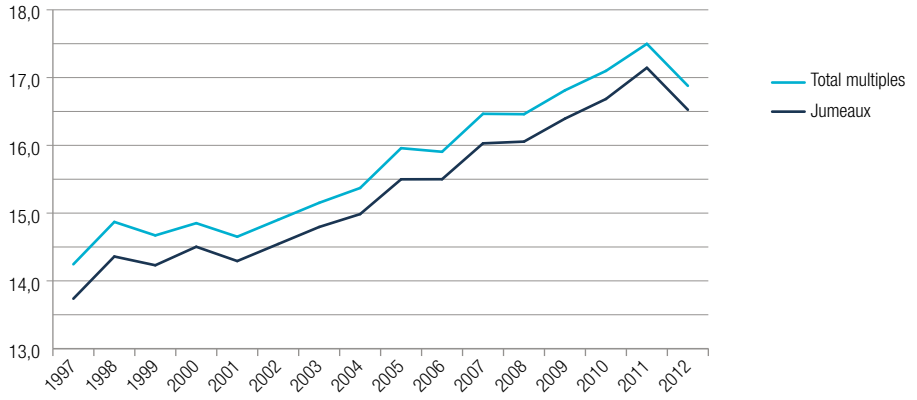
Contexte

Il est établi que les enfants nés de grossesses multiples ont une augmentation du risque de décès, avant la naissance et durant la période néonatale, de prématurité et de petit poids de naissance, et de leurs conséquences à plus long terme.

La proportion de grossesses multiples varie selon les pays et au cours du temps, du fait de la répartition de l'âge des femmes au moment de l'accouchement et du développement de l'assistance médicale à la procréation (AMP) (la probabilité de grossesse multiple augmente avec l'âge de la femme, indépendamment du fait que le recours à l'AMP s'accroît également avec l'âge). Les pratiques de prévention des grossesses multiples en cas d'AMP sont variables : la fréquence des accouchements multiples en AMP est augmentée soit du fait des traitements médicaux de stimulation ovarienne, soit du fait de transferts d'embryons multiples à la suite d'une fécondation *in vitro* (FIV).

Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de renseigner l'indicateur sur le pourcentage de naissances multiples. Les données sur l'âge des mères à la naissance proviennent de l'état civil. Les données concernant la proportion de grossesses multiples après assistance médicale à la procréation sont collectées et analysées par l'Agence de la biomédecine.

Graphique 1
Évolution de la proportion d'accouchements multiples (pour 1 000) entre 1997 et 2012



Champ • France entière, hors personnes hospitalisées à Mayotte.
Source • Base nationale PMSI-MCO, ATIH, exploitation DREES.

Indicateurs

▶ Âge moyen à l'accouchement

L'âge moyen à l'accouchement n'a pas cessé d'augmenter depuis la fin des années 1970. En 2013, selon les données de l'état civil, l'âge moyen (âge atteint dans l'année) à l'accouchement continue à augmenter, atteignant 30,1 ans pour la France entière (hors Mayotte), soit une progression de 1 an et 3 mois en 20 ans. En France métropolitaine, l'âge moyen est de 30,2 ans soit une progression de 1 an et 4 mois en 20 ans. Pour la première fois, l'âge moyen à l'accouchement a atteint la barre symbolique des 30 ans en 2011 en France entière et en 2010 en France métropolitaine.

En 2013, la part des mères de 35 ans ou plus dans l'ensemble des naissances atteint 22 %, contre 14 % dix ans auparavant et a presque quadruplé depuis 1980. À l'inverse, seulement 45 % des bébés nés en 2013 ont une mère de moins de 30 ans, alors qu'ils étaient 62 % en 1990. Ce phénomène s'observe partout en Europe et c'est en Irlande et en Italie que les mères qui ont accouché dans l'année sont les plus âgées (31,2 ans en moyenne).

▶ Proportion de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus pour 1 000 femmes ayant accouché

En 2012, concernant la France entière, selon les données du PMSI, le nombre de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus est de 13 706 pour 812 038 accouchements, soit une proportion d'accouchements multiples de 17 pour 1 000 femmes ayant accouché ; il s'agit essentiellement de grossesses gémellaires (16,5 pour 1 000). Cette proportion n'a cessé d'augmenter depuis une quinzaine d'années (graphique 1) mais une baisse apparaît en 2012 (un recul temporel plus important est nécessaire pour savoir s'il s'agit d'un changement de tendance). La proportion d'accouchements multiples augmente selon l'âge de la mère, en années révolues, au moment de la naissance, de 10 pour 1 000 femmes âgées entre 20 et 24 ans à 25 pour 1 000 chez les femmes de 40 ans et plus (tableau 1).

La proportion d'accouchements multiples varie selon les régions, de 8,9 pour 1 000 femmes en Guadeloupe à 18,8 pour 1 000 en Île-de-France (tableau 2 et graphique 2). Selon les données européennes issues du projet EURO-PERISTAT[1], en 2010, le taux d'accouchements multiples en Europe s'échelonnait selon les pays entre 9 et 20 pour 1 000 femmes.

▶ Proportion de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus après assistance médicale à la procréation en fonction de la technique d'AMP, pour 1 000 femmes ayant accouché

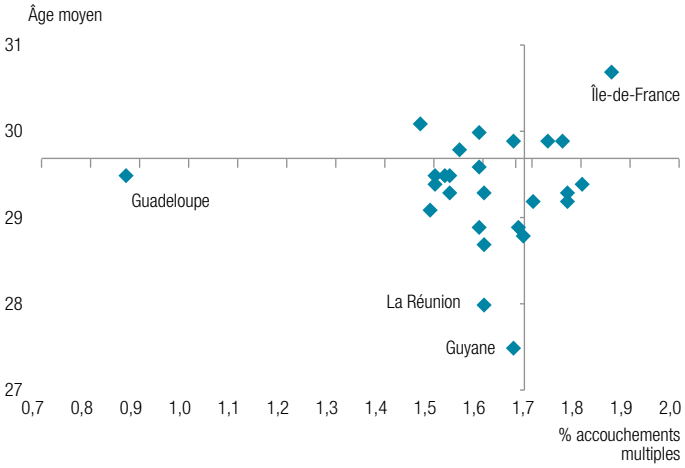
En 2011, les naissances issues d'AMP représentent environ 2,8 % de l'ensemble des naissances en France, soit 23 127 naissances : 28,3 % sont issues d'inséminations, 58,3 % de transferts d'embryons frais et 13,4 % de transferts d'embryons congelés. Le nombre de naissances issues des techniques d'AMP a augmenté de 12,8 % de 2008 à 2011.

En 2011, la proportion des accouchements multiples issus d'AMP est de 148 pour 1 000. Cette fréquence dépend de la technique d'assistance utilisée : elle est plus élevée pour les accouchements issus de transferts d'embryons frais (177 pour 1 000, dont 2 pour 1000 pour les accouchements triples) que pour les transferts d'embryons congelés (95 pour 1 000, dont 1 pour 1 000 pour les accouchements triples) ou les inséminations (115 pour 1000, dont 5 pour 1 000 pour les accouchements triples) (tableau 3). Les accouchements multiples issus

1. www.europeristat.com

Graphique 2

Distribution des régions selon l'âge (en années révolues) de la mère et selon le pourcentage d'accouchements multiples par rapport à la moyenne France entière (hors Mayotte)



Champ • Résidentes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, hors Mayotte.
Source • Base PMSI-MCO scellée, ATIH, exploitation DREES.

Tableau 1

Part des naissances gémellaires selon l'âge de la mère à la naissance (années révolues)

	Âge de la mère						
	Moins de 20 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	40 ans ou plus	Total
Répartition des accouchements selon l'âge de la mère (%)	2,6	14,6	31,9	31,8	15,3	3,8	100,0
Part des accouchements avec naissance de jumeaux (%)	0,8	1,0	1,4	1,9	2,2	2,5	1,7

Champ • France hors Mayotte.
Source • Base nationale PMSI-MCO scellée, ATIH, exploitation DREES.

Tableau 2

Proportion d'accouchements avec naissances multiples et âge moyen des mères à l'accouchement en 2012 selon la région de résidence de la mère

Région de résidence	Nombre d'accouchements	Accouchements avec naissances multiples (%)	Âge moyen des mères à l'accouchement
Alsace	21 528	1,52	29,5
Aquitaine	33 901	1,78	29,9
Auvergne	13 568	1,55	29,5
Basse-Normandie	15 961	1,72	29,2
Bourgogne	17 210	1,62	29,3
Bretagne	36 153	1,57	29,8
Centre	29 735	1,52	29,4
Champagne-Ardenne	15 334	1,70	28,8
Corse	2 950	1,49	30,1
Franche-Comté	13 706	1,79	29,3
Haute-Normandie	23 487	1,69	28,9
Île-de-France	178 329	1,88	30,7
Languedoc-Roussillon	29 992	1,61	29,6
Limousin	6 920	1,82	29,4
Lorraine	25 637	1,51	29,1
Midi-Pyrénées	32 261	1,61	30,0
Nord - Pas-de-Calais	55 150	1,62	28,7
Pays de la Loire	44 221	1,54	29,5
Picardie	24 329	1,61	28,9
Poitou-Charentes	18 151	1,55	29,3
Provence - Alpes - Côte d'Azur	58 934	1,68	29,9
Rhône-Alpes	81 896	1,75	29,9
France métropolitaine	**779 353**	**1,70**	**29,8**
Guadeloupe	5 933	0,89	29,5
Martinique	4 471	1,79	29,2
Guyane	6 592	1,68	27,5
La Réunion	14 208	1,62	28,0
Départements d'outre-mer	**31 204**	**1,52**	**28,3**
France entière	**810 557**	**1,69**	**29,7**

Champ • Résidentes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer hors Mayotte.
Source • Base PMSI-MCO scellée, ATIH, exploitation DREES.

Âge à l'accouchement et grossesses multiples (suite)

d'AMP représentent 21,5 % des accouchements multiples en France en 2011.

Entre 2008 et 2011, on observe une diminution de la fréquence des accouchements multiples après fécondation *in vitro*, du fait de l'augmentation de la pratique des transferts monoembryonnaires (de 30 % à 36 % entre 2008 et 2011). Cette baisse de la fréquence des accouchements multiples concerne les transferts d'embryons frais (192 à 177 pour 1 000), et les transferts d'embryons congelés (102 à 95 pour 1 000). Cette fréquence a au contraire légèrement augmenté pour les accouchements issus d'inséminations (109 à 115 pour 1 000). Au total sur l'ensemble des techniques, la décroissance est modeste, de 156 à 148 pour 1 000.

Au niveau européen, la fréquence des accouchements multiples est de 180 pour 1 000 en 2009 pour l'ensemble des pays qui participent au registre de l'ESHRE[2]. Cette fréquence est de 202 pour 1 000 (dont 8 pour 1 000 de triplés) à la suite d'un transfert d'embryons frais, de 130 pour 1 000 (dont 3 pour 1 000 de triplés) pour le transfert d'embryons congelés et de 111 pour 1 000 (dont 7 pour 1 000 de triplés) à la suite d'inséminations (Ferraretti, 2013). Les taux les plus bas sont observés en Belgique et aux Pays-Bas (107 pour 1 000), en Finlande (88 pour 1 000), en Norvège (110 pour 1 000) et en Suède (59 pour 1 000). Ces résultats montrent qu'en France la fréquence des accouchements multiples à la suite de transfert d'embryons est inférieure à la moyenne européenne et qu'elle peut encore diminuer. En revanche, la fréquence des accouchements multiples à l'issue d'inséminations en France n'est pas inférieure à la moyenne européenne et l'évolution ne montre pas de tendance à la diminution. ■

▶▶▶ Organismes responsables de la production de la fiche : DREES/Agence de la biomédecine

2. European Society of Human Reproduction and Embryology. www.eshre.eu

Synthèse

En 2013, selon les données de l'état civil, l'âge moyen (âge atteint dans l'année) à l'accouchement continue à augmenter, atteignant 30,1 ans pour la France entière (hors Mayotte), soit une progression de 1 an et 3 mois en vingt ans.
En 2012, la proportion d'accouchements multiples est de 17 pour 1 000 femmes ayant accouché et augmente selon l'âge de la mère.
En 2011, la fréquence des accouchements multiples issus d'AMP est d'environ 150 pour 1 000 femmes. Les naissances issues d'AMP représentent 2,8 % des naissances en France et 21,5 % des accouchements multiples. Le taux observé en France est inférieur au taux moyen de 180 pour 1 000 observé au niveau européen. En France, la diminution est constante et significative pour les techniques de transfert d'embryons du fait de l'augmentation des transferts monoembryonnaires, mais pas pour les inséminations qui présentent plutôt une tendance à la hausse.

TABLEAU 3
Évolution de la fréquence des accouchements multiples selon le type de technique d'AMP

Technique d'AMP		Année de la tentative			
		2008	2009	2010	2011
Insémination intra-utérine	Nombre d'accouchements	5 728	5 657	6 196	5 887
	Proportion d'accouchements multiples (‰)	109	107	110	115
FIV ou ICSI (injection intracytoplasmique)	Nombre d'accouchements	10 680	11 460	11 830	12 130
	Proportion d'accouchements multiples (‰)	192	185	180	177
Transfert d'embryons congelés	Nombre d'accouchements	2 042	2 345	2 606	2 796
	Proportion d'accouchements multiples (‰)	102	100	98	95
Total	Nombre d'accouchements	18 450	19 462	20 632	20 813
	Proportion d'accouchements multiples (‰)	156	151	148	148

Champ • France entière.
Source • Synthèse nationale des rapports d'activité annuels des centres d'AMP 2012, Agence de la biomédecine.

INDICATEUR • **Âge moyen à l'accouchement**
▶ **Champ** : France entière (hors Mayotte). ▶ **Sources** : Bulletins d'état civil, déclaration des naissances. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : L'âge atteint par la mère dans l'année de naissance est mesuré tous rangs de naissances confondus. L'âge moyen est calculé par moyenne simple de l'âge des mères ayant connu une naissance l'année considérée et il dépend de la structure de la population féminine par âge. Les séries présentent une légère rupture en 1975 puisque précédemment les enfants nés vivants mais décédés au moment de la déclaration de leur naissance à l'état civil n'étaient pas pris en compte dans les statistiques de naissances alors qu'ils sont inclus à partir de 1975. ▶ **Limites d'interprétation** : L'âge atteint dans l'année diffère en moyenne d'une demi-année de l'âge en années révolues. ▶ **Biais connus** : Surestimation des enfants mort-nés par l'état civil (déclaration possible d'un enfant mort-né de moins de 22 SA et moins de 500 grammes).
▶ **Références** :
– « La situation démographique en 2012 », *Insee Résultats*, INSEE, n° 154, juin 2014.
– « Un premier enfant à 28 ans », *Insee Première*, INSEE, n° 1419, octobre 2012.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : INSEE.

INDICATEUR • **Pourcentage de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus pour 1 000 femmes ayant accouché**
▶ **Champ** : France entière (hors Mayotte). ▶ **Source** : PMSI-MCO, ATIH. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre d'accouchements de naissances multiples rapporté au nombre total d'accouchements (numérateur, dénominateur). ▶ **Limites d'interprétation** : Le dénominateur peut être légèrement sous estimé, du fait de l'absence des accouchements à domicile, non transférés vers un établissement. ▶ **Biais connus** : Variation de la qualité du codage selon les établissements.
▶ **Références** :
– Blondel B., Kaminski M., 2002, « The increase in Multiple Births and its Consequences on Perinatal Health », *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 31(8), décembre, p. 725-740.
– EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013, « European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 » [en ligne] : www.europeristat.com.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

INDICATEUR • **Pourcentage de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus après assistance médicale à la procréation en fonction de la technique d'AMP**
▶ **Champ** : France entière. L'ensemble des accouchements issus d'AMP : les inséminations, les fécondations *in vitro* avec ou sans *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI) avec transferts d'embryons frais ou congelés. ▶ **Source** : Synthèse nationale des rapports d'activité annuels de tous les centres d'AMP. Les accouchements multiples ont été distingués en accouchements gémellaires et accouchements de triplés ou plus. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : La fréquence des accouchements multiples est définie par le nombre d'accouchements multiples parmi les accouchements issus d'AMP.
▶ **Références** :
– Agence de la biomédecine, 2012, Synthèse nationale des rapports d'activité annuels des centres d'AMP [en ligne] : www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2012/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm
– Ferraretti A.P., Goossens V., Kupka M., Bhattacharya S., de Mouzon J., Castilla J.A., Erb K., Korsak V., Nyboe Andersen A., European IVF-monitoring (EIM) ; Consortium for The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), 2013, « Assisted Reproductive Technology in Europe, 2009: Results Generated from European Registers by ESHRE », *Hum Reprod*, 28(9), septembre, p. 2318-2331.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Agence de la biomédecine.

Tabac et grossesse

Contexte

La consommation de tabac durant la grossesse tend à diminuer depuis plusieurs années en France et en Europe. Cependant, la France reste un des pays européens où la consommation de cigarettes durant la grossesse est la plus élevée (EURO-PERISTAT, 2010).

Les risques du tabac durant la grossesse restent sous-estimés par le public et les professionnels de santé. Ces risques concernent à la fois la femme enceinte mais également son enfant, de la période périnatale à l'âge adulte.

Les données sur la consommation de tabac pendant la grossesse sont issues des enquêtes nationales périnatales (ENP) qui permettent également d'étudier les liens entre cette consommation et certains aspects de l'état de santé de l'enfant, comme le poids de naissance. La mesure de la consommation de tabac au troisième trimestre de la grossesse permet de quantifier la proportion de femmes qui fument jusqu'à la fin de la grossesse ; de limiter les biais de mémorisation, de faire des comparaisons internationales. De plus, la croissance fœtale est maximum dans le dernier trimestre de la grossesse alors que la consommation tabagique a un effet négatif sur cette croissance.

Indicateur

▶ Consommation quotidienne de cigarettes au troisième trimestre de grossesse

En 2010, 17,1 % des femmes ayant accouché déclarent avoir continué de consommer au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse, dont 26 % parmi la population de moins de 25 ans mais également 26,2 % parmi les femmes multipares de 3 enfants et plus (graphique 1).

La consommation de tabac pendant la grossesse varie selon les caractéristiques socio-économiques des femmes (graphique 2). Les femmes ayant un revenu par ménage inférieur à 1 000 euros mensuels sont 27,8 % à consommer des cigarettes chaque jour au troisième trimestre de leur grossesse tandis que les femmes avec un revenu par ménage supérieur à 4 000 euros mensuels sont 6,8 % à en consommer. Les femmes de niveau d'étude « collège-CAP-BEP » sont cinq fois plus exposées que celles de niveau supérieur à bac + 2 (et quatre fois plus que les femmes non scolarisées ou de niveau « primaire »). Les femmes sans emploi fument également plus que celles avec un emploi. À l'inverse, les femmes de nationalité étrangère sont moins d'une sur vingt à consommer des cigarettes quotidiennement au troisième trimestre de grossesse.

Avec le temps, la consommation quotidienne de cigarettes au troisième trimestre de grossesse a diminué, passant de 25 % en 1998, à 22 % en 2003 puis à 17 % en 2010.

En 2010, la France est un des pays européens ayant, en proportion, le plus de femmes enceintes fumeuses, parmi ceux renseignant cette information (tableau 1).

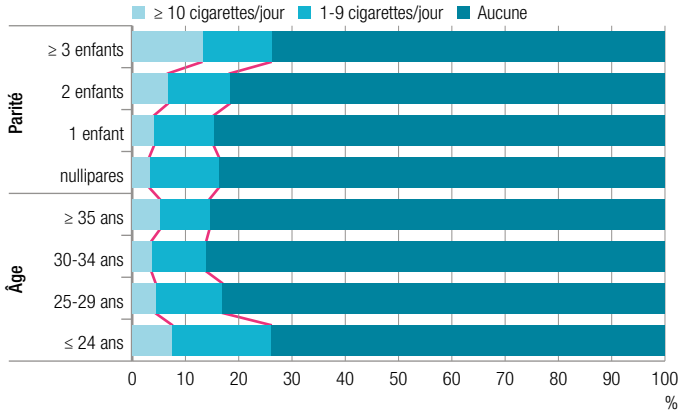
Le risque de petit poids de naissance double chez les femmes consommatrices de 1 à 9 cigarette(s) au quotidien au troisième trimestre de grossesse comparé aux non fumeuses, et il triple à partir de 10 cigarettes par jour, soit chez une naissance vivante sur cinq pour cette dernière population. ■

▶▶▶ **Organismes responsables de la production de la fiche :** DREES en collaboration avec l'Inserm (équipe ÉPOPé)

↻ Synthèse

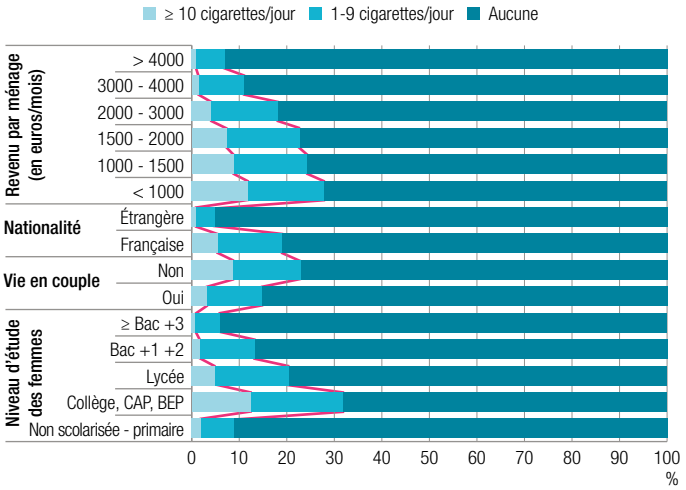
En 2010, une femme sur six fume quotidiennement des cigarettes au troisième trimestre de grossesse. Ce chiffre a cependant diminué depuis 1998. La France est parmi les pays européens ayant, en proportion, le plus de femmes enceintes fumeuses.
La consommation quotidienne de cigarettes chez la mère au troisième trimestre de grossesse est associée à un risque deux à trois fois plus élevé de petit poids de naissance chez l'enfant.

Graphique 1
Consommation de tabac au troisième trimestre de grossesse selon l'âge et la parité des femmes



Champ • France métropolitaine.
Source • ENP 2010, Inserm-DREES.

Graphique 2
Consommation de tabac au troisième trimestre de grossesse selon les caractéristiques socio-économiques des femmes



Champ • France métropolitaine.
Source • ENP 2010, Inserm-DREES.

Tableau 1
Pourcentage de femmes enceintes fumeuses en Europe

Pays	Période de grossesse	
	3e trimestre	Pendant la grossesse
Allemagne	-	8,5
Danemark	-	12,8
Espagne (Catalogne)	14,4	-
Estonie	-	7,8
Finlande	-	10*
France	17,1	-
GB (Angleterre)	-	12
GB (Écosse)	-	19
GB (Irlande du Nord)	-	15
GB (Pays de Galles)	-	16
Grande-Bretagne	-	12
Lettonie	-	10,4
Lituanie	4,5	-
Luxembourg	-	12,5
Norvège	7,4	-
Pays-Bas	-	6,2*
Pologne	12,3	-
République tchèque	-	6,2
Slovénie	-	11
Suède	4,9	-

* Après le 1er trimestre uniquement.
Source • EURO-PERISTAT 2013.

INDICATEUR • **Consommation de cigarettes au troisième trimestre de la grossesse**
▶ **Champ** : France métropolitaine (14 021 femmes ayant eu un nouveau-né vivant). ▶ **Source** : Enquête nationale de périnatalité (ENP) 2010. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Proportion de femmes ayant fumé au troisième trimestre de leur grossesse parmi celles ayant eu un nouveau-né vivant. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : L'échelle régionale n'est pas accessible. Risque de sous-déclaration.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm, équipe EPOPé.

INDICATEUR • **Consommation de cigarettes au troisième trimestre de la grossesse selon les pays européens**
▶ **Champ** : 26 pays de l'UE + Islande, Norvège et Suisse. ▶ **Source** : European Perinatal Health Report (EURO-PERISTAT) 2010. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de femmes enceintes fumeuses sur l'ensemble des femmes enceintes. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Données manquantes pour 10 pays EU26. Période de recueil dépendant du pays. Taux non standardisés.
▶ **Référence** : European Perinatal Health Report : The Health and Care of Pregnant Women and Their Babies in 2010.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm, équipe EPOPé.

Déficit en folates

Contexte

Un faible niveau en vitamine B9 (folates) chez la mère avant et au début de la grossesse est un facteur de risque majeur, chez le nouveau-né, d'anomalies neurologiques, comme l'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN). La supplémentation en acide folique avant la conception est associée à une diminution significative de plus de la moitié du risque d'AFTN, d'après des essais randomisés contrôlés. En France, une supplémentation individuelle systématique en folates (400 µg/j) est préconisée chez les femmes ayant un projet de grossesse. Le risque de déficit en folates peut être décrit par des marqueurs biologiques ou d'après les apports alimentaires comparés aux apports nutritionnels conseillés (ANC : 300 µg/jour chez les femmes en général, et 400 µg/jour en cas de grossesse).

Indicateurs

▶ Incidence des anomalies de fermeture du tube neural (sur 10 000 naissances)

Les anomalies les plus fréquentes sont l'anencéphalie (malformation non viable) et le *Spina bifida* (qui entraîne de graves troubles fonctionnels). D'après les données de 7 registres sur la période 2007-2011, couvrant eux-mêmes environ une naissance sur cinq, des projections du nombre de cas d'AFTN sont réalisées au niveau national. Il est estimé que la fréquence de cas diagnostiqués chez un fœtus ou un nouveau-né est d'un cas d'anencéphalie pour 1 580 naissances (soit 6,3 cas pour 10 000 naissances) et d'un cas de *Spina bifida* pour 1 610 naissances (soit 6,2 cas pour 10 000 naissances), soit au total un peu plus de 1 000 fœtus ou nouveau-nés concernés par an. L'interprétation d'éventuelles disparités régionales est limitée par des taux de couverture et d'antériorité variables selon les registres. Toutefois, l'incidence semble particulièrement élevée à La Réunion : 8,7 cas pour 10 000 naissances d'anencéphalie et 10,4 cas pour 10 000 naissances de *Spina bifida* sur la période 2007-2011. Des travaux de recherche sont en cours pour analyser la situation sur les plans épidémiologique, environnemental, nutritionnel et génétique.

▶ Proportion de femmes non ménopausées pour lesquelles les folates sanguins sont inférieurs aux valeurs de référence

Dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006-2007), 6,8 % des femmes non ménopausées présentent un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques < 3 ng/ml) ; c'est le cas de 8,0 % des femmes ayant entre 18 et 39 ans (tableau 1). Si les risques de déficit ne sont pas significativement différents selon l'âge, 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 grammes par jour de fruits et légumes, de 3,3 % chez celles qui en consomment entre 280 grammes et 400 grammes et de 2,7 % chez celles qui consomment plus de 400 grammes par jour.

▶ Proportion de femmes non ménopausées pour lesquelles les apports en folates sont inférieurs au besoin nutritionnel moyen (BNM)

D'après l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2, 2006-2007), les femmes non ménopausées ont en moyenne 262 µg d'apports en folates par jour, avec une différence significative entre celles de 18 à 39 ans (250 µg/jour) et celles de 40 ans ou plus (286 µg/jour). Près des trois quarts des femmes en âge de procréer ont des apports alimentaires en folates inférieurs à 100 % des ANC, 29 % ont des apports inférieurs à 2/3 des ANC (34 % chez les 18-39 ans) et 8 % des apports inférieurs à 1/2 des ANC (10 % chez les 18-39 ans). Les niveaux d'apports varient selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle, les femmes cadres ou de profession intermédiaire ayant les apports les plus élevés, et selon le niveau scolaire (graphique 1).

▶ Proportion de femmes ayant eu une supplémentation en folates en période préconceptionnelle

Une forme galénique d'acide folique, adaptée à la supplémentation des femmes ayant un désir de grossesse (400 µg/comprimé) et remboursée par l'Assurance maladie, a été mise sur le marché en 2003. D'après l'Enquête nationale périnatale de 2010, seulement 14,8 % des femmes avaient déclaré l'avoir débutée avant la conception (une campagne d'information de l'INPES est réalisée depuis 2005).

Différents facteurs de variation ont été observés dans cette étude. Comparées à celles de 25-29 ans, les femmes de moins de 25 ans ont moins de chance d'avoir pris cette supplémentation avant la grossesse (6,9 % *versus* 15,1 %), tandis que celles de 30-34 ans (17,4 %) et de 34 ans et plus (16,8 %) ont plus fréquemment reçu une supplémentation. Plus la parité augmente, moins les femmes sont susceptibles d'avoir déclaré le recours à la supplémentation (de 19,0 % chez les nullipares à 5,2 % chez les multipares de 4 enfants ou plus). Vivre en couple, le niveau d'étude croissant (graphique 2), une nationalité d'un pays européen autre que la France, l'arrêt du tabac avant la grossesse, l'arrêt d'un moyen contraceptif en prévision de cette grossesse, le recours à un traitement de l'infertilité, et un état de santé nécessitant une prise en charge particulière (de la grossesse ou non) sont significativement associés à une prise plus fréquente de la supplémentation en acide folique avant la grossesse.

Enfin, les taux les plus faibles sont observés en région méditerranéenne, Sud-Ouest, Nord et bassin parisien (hors Paris, petite et grande couronne) tandis que les plus élevés sont dans les régions Ouest, région parisienne, Est et Centre-Est (tableau 2). Tous ces facteurs ont un rôle propre, indépendamment des autres. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13)

Synthèse

Plus de 1 000 cas d'anomalie de fermeture du tube neural sont diagnostiqués chaque année chez un fœtus ou un nouveau-né en France. Le déficit en folates est un facteur de risque majeur de ces anomalies. D'après l'ENNS, près de 7 % des femmes non ménopausées (sans tenir compte d'un éventuel désir de grossesse) présentent un risque de déficit en folates plasmatiques. D'après l'ENP, moins d'une femme sur six déclare avoir débuté une supplémentation en acide folique avant la grossesse, et la situation n'est pas fortement améliorée parmi les femmes qui ont consulté en prévision d'une grossesse. Ces résultats soulignent une sensibilisation du corps médical très insuffisante sur l'intérêt majeur de cette supplémentation.

Tableau 1

Prévalences du risque de déficit en folates plasmatiques et taux de folates plasmatiques

	Risque de déficit en %	Taux de folates plasmatiques	
	< 3 ng/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
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.
Source • Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006-2007).

Tableau 2

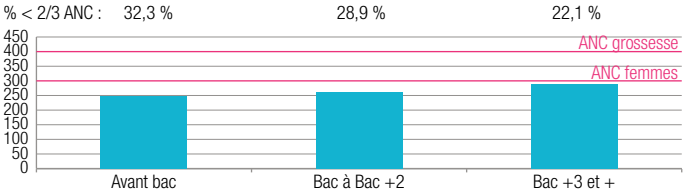
Pourcentage de femmes ayant déclaré avoir pris une supplémentation en acide folique avant la grossesse selon leur région de résidence

	%	IC 95 %
Région parisienne	18,0	16,6-19,4
Bassin parisien	11,1	9,8-12,5
Nord	12,3	10,3-14,4
Ouest	18,7	16,8-20,5
Est	16,2	14,0-18,5
Sud-Ouest	12,2	10,3-14,1
Centre-Est	16,0	14,1-17,8
Méditerranée	10,4	8,8-12,0

IC : intervalle de confiance.
Champ • France métropolitaine, femmes ayant accouché en 2010.
Source • Enquête nationale périnatale, 2010.

Graphique 1

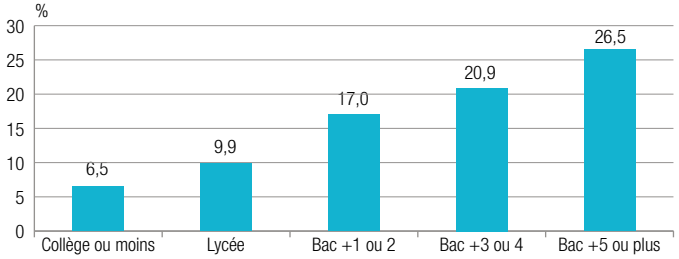
Moyenne d'apports alimentaires et pourcentage de femmes non ménopausées ayant des apports alimentaires en folates inférieurs à deux tiers des apports nutritionnels conseillés (ANC)



Champ • France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire.
Source • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2, 2006-2007).

Graphique 2

Pourcentage de femmes ayant déclaré avoir pris une supplémentation en acide folique avant la grossesse selon leur niveau d'éducation



Champ • France métropolitaine, femmes ayant accouché en 2010.
Source • Enquête nationale périnatale, 2010.

INDICATEUR • **Incidence des anomalies de fermeture du tube neural**

▶**Champ** : Couverture des registres : Alsace, Antilles, Auvergne, Bretagne, Paris, La Réunion, Rhône-Alpes. Projections nationales à partir des données de ces 7 registres. ▶**Sources** : Registres des malformations congénitales. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de cas d'anencéphalies et de *Spina bifida* rapporté au nombre de naissances vivantes, mort-nés et interruptions médicales de grossesse. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Extrapolation à partir des 7 registres. Durée de recueil et niveau de couverture géographique variables entre les registres et au cours du temps. ▶**Référence** : Dossier thématique « Malformations congénitales et anomalies chromosomiques » [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Malformations-congenitales-et-anomalies-chromosomiques.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : USEN (InVS-Université Paris 13).

INDICATEUR • **Proportion de femmes non ménopausées pour lesquelles les folates sanguins sont inférieurs aux valeurs de référence**

▶**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. ▶**Source** : Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006-2007). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Rapport entre le nombre de femmes non ménopausées présentant un taux de folates plasmatiques < 3 ng/ml et le nombre de femmes non ménopausées ayant participé au volet clinico-biologique de l'étude. Données pondérées et redressées. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : 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 Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : USEN (InVS-Université Paris 13).

INDICATEUR • **Proportion de femmes non ménopausées pour lesquelles les apports en folates sont inférieurs au BNM**

▶**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. ▶**Source** : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA 2), 2006-2007. ▶**Mode de 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 d'interprétation et biais connus** : 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. (dir.), 2009, « Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2) 2006-2007 », AFSSA, juillet.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Observatoire des consommations alimentaires (AFSSA-ANSES).

INDICATEUR • **Proportion de femmes ayant eu une supplémentation en folates en période préconceptionnelle**

▶**Champ** : France métropolitaine. ▶**Source** : Enquête nationale périnatale 2010 (DGS/PMI/DREES/Inserm 1153). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de femmes ayant déclaré avoir pris une supplémentation en acide folique avant le début de la grossesse dans une perspective de prévention des anomalies de fermeture du tube neural rapporté au total des femmes incluses (recrutement exhaustif pendant une semaine) sauf celles arrivées moins de 6 mois avant la grossesse, n'ayant pas répondu au questionnaire face à face et celles ne sachant pas répondre à cette question. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Biais de mémoire. Pas de prise en compte des apports *via* multivitamines, ni de la durée de supplémentation et de la compliance par rapport aux recommandations. ▶**Référence** : Tort J., Lelong N., Prunet C., Khoshnood B., Blondel B., 2013, « Maternal and Health Care Determinants of Preconceptional Use of Folic Acid Supplementation in France : Results from the 2010 National Perinatal Survey », *BJOG*, 120, p. 1661-1667.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm 1153, équipe ÉPOPé.

Diagnostic anténatal

Contexte

Les affections d'origine congénitale sont fréquentes : près de 28 000 fœtus ou nouveau-nés ont chaque année un diagnostic d'anomalie(s) congénitale(s) soit 3,3 % des naissances. Si l'on exclut les 7 000 interruptions médicales de grossesse (IMG) et les 400 mort-nés hors IMG, le taux de nouveau-nés vivants porteurs de malformations à la naissance est de 2,4 %.

Les anomalies congénitales peuvent être morphologiques (malformations) ou chromosomiques. Elles relèvent de mécanismes endogènes (génétique, chromosomique) ou exogènes (infection, ingestion de substances tératogènes, exposition environnementale). Elles sont cependant le plus souvent d'étiologie inconnue. La majorité de ces affections sont des maladies rares ce qui induit des contraintes particulières de prise en charge par le système de santé.

Le dépistage anténatal sert à identifier les fœtus atteints d'une anomalie ou d'une infection congénitale. Ces anomalies et ces infections peuvent être dépistées lors d'examens échographiques ou biologiques, qu'ils soient obligatoires (syphilis, rubéole, toxoplasmose) ou recommandés (dosages des marqueurs sériques).

Le diagnostic anténatal est défini comme l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus, une affection d'une particulière gravité. Il vient confirmer une suspicion d'affections congénitales, suite à un examen de dépistage ou une consultation de conseil génétique.

L'identification précoce de ces affections permet, selon la nature de l'affection, d'assurer une prise en charge périnatale optimale de l'enfant à naître ou de proposer aux couples qui le souhaitent la réalisation d'une IMG.

Indicateurs

▶ Prévalence de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'une ou plusieurs anomalies diagnostiquées en anténatal (sur 100 naissances vivantes)

À partir des données de 2011 des 7 registres français de malformations congénitales, la prévalence de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) identifiée(s) par un diagnostic anténatal est estimée à 1,9 % des nouveau-nés. Parmi les 20 000 nouveau-nés vivants porteurs d'anomalies, 40 % avaient eu un diagnostic d'anomalie(s) posé avant la naissance.

Selon EUROCAT qui centralise les données de 23 registres européens, la prévalence moyenne, sur la période 2007-2011, de fœtus/nouveau-nés avec un diagnostic anténatal d'anomalie(s) est de 1 %. Sur cette même période, les prévalences les plus élevées sont rapportées par les registres suisses (registre du canton de Vaud : 1,8 %) et français (La Réunion : 1,6 % ; Paris : 2,1 %)[1].

▶ Prévalence des anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal (sur 100 naissances vivantes)

Le diagnostic anténatal biologique repose sur un prélèvement invasif (liquide amniotique, villosités choriales ou sang fœtal) traité dans un laboratoire spécialisé dans le diagnostic anténatal. Ces laboratoires spécialisés transmettent chaque année les résultats des diagnostics anténatals à l'Agence de la biomédecine qui en fait la synthèse. Le développement des nouvelles techniques de diagnostic (séquençage de l'ADN fœtal circulant) permet d'envisager une évolution du diagnostic anténatal dans le futur.

Les anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal incluent les anomalies chromosomiques déséquilibrées ou géniques décelées par des analyses de cytogénétique classique ou moléculaire, des analyses chromosomiques par puces à ADN et des analyses moléculaires. La fréquence des anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal était de 0,6 pour 100 naissances vivantes en 2011, dont 85 % étaient des anomalies chromosomiques (tableau 1). De 2008 à 2011, la prévalence de ces anomalies détectées en anténatal a augmenté de 13 %. Plus de 80 % de cette augmentation s'explique par l'utilisation de puces ou d'analyses moléculaires permettant de diagnostiquer des anomalies chromosomiques partielles (délétion ou duplication d'une partie de chromosome) et le plus souvent dépistées sur signes d'appels échographiques. Avant 2010, ce type d'activité était faible et relevait de la recherche. L'approche permise par l'analyse de l'ADN fœtal dans le sang maternel est susceptible de diminuer à l'avenir le nombre de gestes invasifs à visée diagnostique.

▶ Proportion de diagnostics de trisomie 21 en anténatal

Selon les données des registres français de malformations congénitales, la proportion de diagnostics de trisomie 21 réalisés en 2011 en anténatal en France est de 83 %, avec une variation de 78 % à 90 % selon les registres. Cette proportion est élevée par rapport aux autres registres européens (médiane : 67 %, source EUROCAT, graphique 1). Parmi les cas de trisomie 21 nés vivants, 23 % avaient été diagnostiqués avant la naissance. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13)

1. EUROCAT est un réseau européen de registres pour la surveillance épidémiologique des anomalies congénitales. Pour le détail des pays et registres participants et de la population couverte pour chaque pays participant : www.eurocat-network.eu/content/EUROCAT-Map-Population-Coverage.pdf

Synthèse

En France, 40 % des 20 000 nouveau-nés porteurs d'anomalies congénitales, en vie à la naissance, ont eu en 2011 leurs anomalies détectées en anténatal. Cette proportion de diagnostic anténatal est particulièrement élevée pour la trisomie 21 (plus de 80 %). Selon les données d'EUROCAT, dont la population couverte varie selon les pays participants, la France est l'un des pays européens dans lequel la proportion d'anomalies détectées en anténatal est la plus élevée.

De 2008 à 2011 le nombre d'anomalies chromosomiques détectées par caryotype est stable. Le nombre d'anomalies chromosomiques détectées par l'utilisation de nouvelles techniques (puces) ou d'analyses moléculaires permettant de diagnostiquer des anomalies chromosomiques partielles est en progression.

Tableau 1

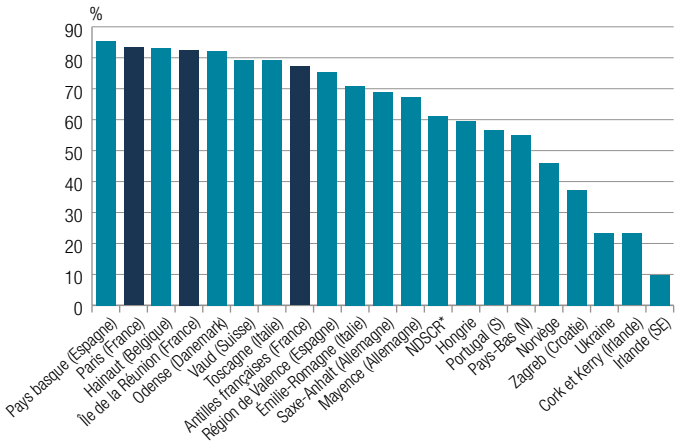
Nombre de fœtus/nouveau-nés avec des anomalies génétiques (chromosomiques et géniques) diagnostiquées en anténatal

	2008	2009	2010	2011
Anomalies chromosomiques diagnostiquées par caryotype	3 948	4 016	3 957	3 973
Anomalies chromosomiques diagnostiquées par analyse moléculaire	-	-	245	460
Anomalies géniques	512	552	535	569
Total des anomalies génétiques diagnostiquées en prénatal	4 460	4 568	4 737	5 002
Anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal/nombre de naissances vivantes	0,537 %	0,554 %	0,569 %	0,607 %

Champ • France entière, hors Mayotte.
Source • Agence de la biomédecine.

Graphique 1

Proportion de diagnostics de trisomie 21 réalisés en anténatal dans 20 registres européens de malformations congénitales



* National Down Syndrome Cytogenetic Register (Angleterre et Pays de Galle).
Source • EUROCAT, années 2008-2012.

INDICATEUR • **Prévalence des anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal**

▶ **Champ** : Tous les examens réalisés en France (y compris DOM-TOM) pour des grossesses suivies en France. ▶ **Source** : Rapports annuels d'activité des laboratoires de cytogénétique et de génétique moléculaire. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre d'anomalies chromosomiques déséquilibrées ou géniques diagnostiquées par une analyse de cytogénétique, de puce ou moléculaire rapporté au nombre de naissances vivantes la même année. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Le ratio est rapporté aux naissances vivantes car la fiabilité du nombre total de naissances n'est pas assurée sur la période étudiée. Il faut donc faire l'hypothèse que la part des mort-nés reste à peu près stable. ▶ **Référence** : www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/diag-prenat/01-diag_prenat/synthese.htm
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Agence de la biomédecine.

INDICATEURS • **Prévalence de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'une ou plusieurs anomalies diagnostiquées en anténatal (sur 100 naissances vivantes)**
• **Proportion de diagnostics de trisomie 21 en anténatal**

▶ **Champ** : Couverture des registres : Alsace, Antilles, Auvergne, Bretagne, La Réunion, Paris, Rhône-Alpes (départements Rhône, Isère, Savoie, Loire), soit 22 % des naissances en France en 2011. Ces registres adhèrent tous au réseau européen des registres de malformations congénitales EUROCAT et suivent donc une méthodologie commune, notamment sur la définition des anomalies et les critères d'inclusion. ▶ **Source** : Registres des malformations congénitales.
▶ **Mode de construction des indicateurs** :
– Prévalence de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'une ou plusieurs anomalies diagnostiquées en anténatal : nombre de cas de fœtus ou nouveau-nés avec un diagnostic d'anomalies congénitales/nombre de naissances vivantes.
– Proportion de diagnostics de trisomie 21 en anténatal : nombre de diagnostics de trisomie 21 en anténatal ayant été suivi d'une IMG, d'un mort-né ou d'un enfant vivant/nombre d'enfants porteurs de trisomie 21. Cette information a été transmise par tous les registres à l'exception de l'Alsace.
▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Extrapolation à partir des 7 registres, ce qui sous-tend que la prévalence des malformations et les modalités de dépistage prénatal sont identiques dans ces régions et dans les régions non couvertes par un registre. La fréquence de certaines malformations est corrélée à l'âge maternel.
▶ **Références** :
– www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Malformations-congenitales-et-anomalies-chromosomiques
– www.eurocat-network.eu
▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : InVS en collaboration avec les registres de malformations congénitales.

Morbi-mortalité maternelle

Contexte

La mortalité maternelle est un signal d'alarme sur d'éventuels dysfonctionnements dans la prise en charge des complications maternelles sévères de la grossesse ou de ses suites.

Le dernier rapport disponible de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) – rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 2007-2009 – rapporte 254 décès maternels recensés au cours de la période 2007-2009, soit un ratio de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes (NV), et une proportion de 54 % de décès « évitables ». Pour la même période, le ratio de mortalité maternelle, issu de la statistique des causes médicales de décès s'établit à 8,5 pour 100 000 naissances vivantes (source CépiDc). C'est en raison de cette sous-estimation de la mortalité maternelle, décrite dans tous les pays européens (Bouvier-Colle *et al.*, 2012), qu'un dispositif national renforcé d'identification et d'étude des morts maternelles existe en France depuis 1996.

Le nombre de décès maternels étant peu élevé chaque année, il est recommandé d'analyser les données par période triennale. Pour la même raison, il n'est pas possible de désagréger finement cet indicateur au niveau régional, ce qui intéresserait les agences régionales de santé (ARS), ou par catégorie socio-économique des femmes.

Si la mortalité reste l'indicateur fondamental de la santé maternelle, la rareté des décès rend nécessaire de disposer d'indicateurs de morbidité maternelle. Pour la première fois cette année, le taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral (grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement) a été estimé, à partir de la base nationale de données hospitalières (PMSI-ATIH). Il permettra de disposer d'un suivi annuel et complémentaire de la santé des femmes en état gravido-puerpéral.

Indicateurs

▶ Ratio de mortalité maternelle (RMM) pour 100 000 naissances vivantes

Le dernier rapport de l'ENCMM (tableau 1) porte sur les décès maternels survenus entre 2007 et 2009. Le ratio de mortalité maternelle de la France entière était de 10,3/100 000 NV, un niveau comparable à celui observé dans les pays européens également dotés d'un système renforcé de mesure (Pays-Bas, Royaume-Uni).

Des différences significatives existent entre grandes zones géographiques : les départements d'outre-mer (hors Mayotte) ont un RMM de 32,2 et l'Île-de-France de 12,5, contre 8,5 dans les autres régions de métropole, pour 100 000 NV.

Des différences existent selon l'âge et la nationalité des femmes. Le risque de mort maternelle augmente avec l'âge de la femme : il est 5 fois plus élevé à 40-44 ans qu'à 20-24 ans (âge où la mortalité est la plus basse) ; le risque de mort maternelle est plus faible pour les Françaises (9,3) que pour les femmes de nationalités d'Afrique subsaharienne (22,4).

La non-diminution de la mortalité maternelle observée depuis le milieu des années 2000 (graphique 1) s'explique en partie par l'élévation continue de l'âge maternel à la naissance, mais possiblement aussi par certains soins encore sous-optimaux (Saucedo *et al.*, 2013). Cependant, la stabilité du taux français contraste avec les résultats d'autres pays comparables (Pays-Bas, États-Unis) où la mortalité maternelle a augmenté récemment.

▶ Proportion de décès maternels jugés « évitables »

La part d'évitabilité ou proportion de décès maternels jugés « évitables » par le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle est de 54 % (tableau 2) ; proportion sans modification significative depuis 10 ans. Elle est un peu plus élevée pour les causes directement liées à l'état de grossesse, l'accouchement ou ses suites (57 % en 2007-2009). Les décès de causes obstétricales résultant de pathologies préexistantes aggravées par l'état gravido-puerpéral sont moins souvent considérés comme « évitables ».

▶ Taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral

Afin de disposer chaque année d'un indicateur de santé maternelle, un nouvel indicateur a été mis au point à partir des données de séjours hospitaliers en unité de réanimation ou de soins intensifs des femmes pendant la période gravido-puerpérale. L'indicateur correspond au nombre de femmes ayant séjourné au moins une fois dans ce type d'unité au cours de la période gravido-puerpérale, rapporté au nombre de naissances vivantes pour la même période. Cet événement, plus fréquent que le décès maternel, est considéré comme un marqueur de morbidité maternelle sévère, car témoignant d'un état clinique nécessitant une prise en charge intensive. La validité du codage dans la base du PMSI du passage en unité de réanimation ou unité de soins intensifs des femmes enceintes ou dans le post-partum a été testée antérieurement (Chantry, 2011). On ne dispose toutefois pas actuellement d'un recul suffisant pour juger de sa pertinence pour la surveillance de la morbidité maternelle sévère et des possibilités qui seront offertes pour le décliner par niveau géographique et selon le diagnostic et les caractéristiques des femmes.

Pour la période 2010-2012, environ 2 800 femmes ont été admises chaque année en réanimation ou en soins intensifs en France, soit un taux annuel autour de 3,5/1 000 naissances vivantes (tableau 3), avec cependant une diminution significative de ce taux (évolution 2010-2012 : - 3,1 %).

Cette diminution doit cependant être interprétée avec précaution car elle peut refléter des changements de l'état de santé des femmes, mais aussi de l'organisation des soins et des pratiques de transfert dans ces unités. Des analyses supplémentaires seront nécessaires pour interpréter cette diminution. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Inserm-U1153 Équipe EPOPé/InVS

↻ Synthèse

Le ratio de mortalité maternelle s'établit à 10,3/100 000 NV en 2007-2009, sans évolution nette depuis le milieu des années 2000. Le ratio de mortalité maternelle est plus élevé en France entière qu'en France métropolitaine et, en métropole, en Île-de-France que dans les autres régions. Environ la moitié de décès sont jugés évitables.

Le taux d'admission en unité de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral est de 3,5 pour 1 000 naissances vivantes pour la période 2010-2012.

Tableau 1
Évolution des taux de mortalité maternelle de 2001 à 2011

	Statistiques CépiDc		Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles			
			Méthode corrigée*		Méthode actuelle**	
Années	Nombre de décès	Taux***	Nombre de décès	Taux***	Nombre de décès	Taux***
2001	61	7,6	75	9,3		
2002	81	10,2	98	12,5		
2003	66	8,3	77	9,7		
2004	61	7,6	74	9,3		
2005	47	5,8	66	8,2		
2006	68	8,2	73	8,8		
2007	69	8,4	91	11,1	99	12
2008	61	7,4	63	7,6	80	9,9
2009	80	9,7	67	8,1	75	9,1
2010	71	8,5	Données non disponibles			
2011	50	6,1				
Données triennales						
2001-2003	208	8,7	250	10,4		
2004-2006	176	7,2	213	8,7		
2007-2009	210	8,5	221	8,9	254	10,3

* Sources d'identification des décès possiblement maternels : certificat médical de décès.
** Sources multiples d'identification des décès possiblement maternels : certificat médical de décès, bulletins de naissance et données du PMSI.
*** Nombre de décès maternels/100 000 naissances vivantes.
Champ • France entière.
Sources • Inserm-CépiDc ; ENCMM : Inserm-U1153 Équipe EPOPé.

Tableau 2
Évolution de la proportion de décès maternels « évitables » entre 2001 et 2009

Périodes triennales	Décès maternels expertisés		Dont causes obstétricales directes	
	Nombre décès causes obstétricales	Part des décès évitables (en %)	Nombre de décès	Part des décès évitables (en %)
2001-2003	171	45,6	87	63,9
2004-2006	142	39,1	104	non disponible
2007-2009	185	53,6	105	57,3

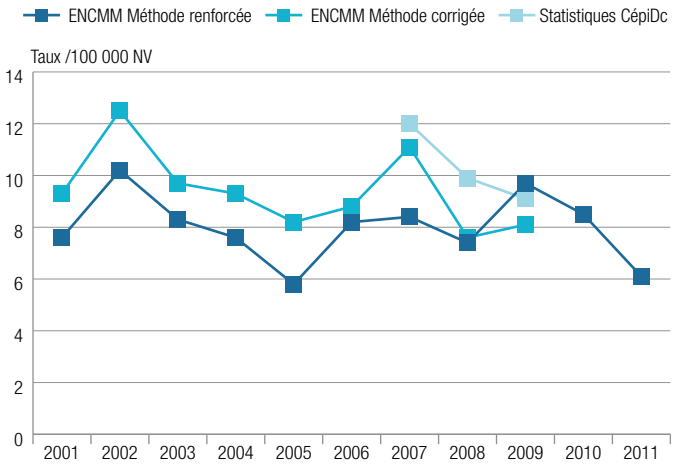
Champ • France entière.
Source • ENCMM, Inserm-U1153, équipe EPOPé.

Tableau 3
Taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral, pour 1 000 naissances vivantes, 2010 à 2012

Année	Effectifs (réanimation ou soins intensifs)	Naissances vivantes	Taux (réanimation ou soins intensifs)	IC à 95 %
2010	2 988	832 799	3,58	[3,45 ; 3,71]
2011	2 860	823 349	3,46	[3,34 ; 3,59]
2012	2 768	821 047	3,36	[3,24 ; 3,49]

IC : intervalle de confiance.
Champ • France entière
Source • Données PMSI, analyse InVS, Inserm-U1153 équipe EPOPé.

Graphique 1
Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 2001



Champ • France entière.
Sources • Statistique nationale des causes médicales de décès, Inserm-CépiDc et ENCMM, Inserm-1153, équipe EPOPé.

INDICATEUR • **Ratio de mortalité maternelle (RMM) pour 100 000 naissances vivantes**

▶**Champ** : France entière. ▶**Sources** : Statistique nationale des causes médicales de décès, Inserm-CépiDc ; ENCMM Inserm-U1153, équipe EPOPé. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre des décès maternels sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même période. ▶**Limites d'interprétation** : La désagrégation par région ou par catégorie sociale n'a pas de signification sauf pour des longues périodes pluriannuelles (quinquennales par exemple). ▶**Biais connus** : Sous-estimation des morts maternelles dans la statistique des causes médicales de décès, mais en baisse régulière depuis 1996 de 50 % à 15 % en 2009.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-CépiDc et Unité 1153, équipe EPOPé.

INDICATEUR • **Proportion de décès maternels jugés « évitables »**

▶**Champ** : France entière depuis 2001. ▶**Source** : Inserm-U1153, équipe EPOPé, Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (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 d'interprétation** : 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 certaines lacunes et résultats peu fiables. ▶**Biais connus** : Seuls 75 % des décès maternels ont fait l'objet d'un jugement d'évitabilité par le Comité national d'experts.
▶**Références** :
– « Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir », rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 2007-2009, Paris, novembre 2013 [en ligne] : www.inserm.fr/espace-journalistes/mortalite-maternelle-diminution-de-la-mortalite-par-hemorragies
– Bouvier-Colle M.-H. *et al.*, 2012, « What About the Mothers ? An Analysis of Maternal Mortality and Morbidity in Perinatal Health Surveillance Systems in Europe », *BJOG*, 119, p. 880-889.
– Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle M.-H., 2013, « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 42, p. 613-627.
– Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle M.-H., 2013, « Ten Years of Confidential Inquiries Into Maternal Deaths in France, 1998-2007 », *Obstet Gynecol*, 122, p. 752-760.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-U1153, équipe EPOPé.

INDICATEUR • **Taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral**

▶**Champ** : France entière. ▶**Source** : Données nationales du PMSI. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre de femmes en état gravido-puerpéral admises en unités de réanimation ou de soins intensifs rapporté au nombre de naissances vivantes au cours de la même période. ▶**Limites d'interprétation** : Indicateur nouveau, recul nécessaire sur son utilisation et sur son interprétation. ▶**Biais connus** : Idéalement, le dénominateur devrait être le nombre de femmes enceintes mais ce nombre ne peut être connu. Pour une meilleure concordance avec le numérateur, le dénominateur pourrait être le nombre de femmes hospitalisées pour accouchement ou interruption de grossesse > = 22 sa (enfant vivant ou mort). Cependant, compte tenu des difficultés actuelles qu'il y a à connaître réellement le nombre des grossesses en fonction de l'âge gestationnel, et le nombre des mort-nés, il semble préférable de garder le nombre de naissances vivantes au dénominateur, ce nombre étant comptabilisé systématiquement par l'INSEE. Quand les données concernant les accouchements, l'âge gestationnel et les mort-nés seront de bonne qualité dans la base nationale du PMSI, le choix de ce dénominateur pourra être revu.
▶**Référence** : Chantry A. A, Deneux-Tharaux C., Cans C., Ego A., Quantin C., Bouvier-Colle M.H. (for the Grace Study Group), 2011, « Hospital Discharge Data can be Used for Monitoring Procedures and Intensive care Related to Severe Maternal Morbidity », *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, p. 1014-1022.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS et Inserm-U1153, équipe EPOPé.

Mortalité périnatale et mortalité infantile

Contexte

L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales. Il a deux composantes : le taux de mortinatalité (enfants nés sans vie) et le taux de mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants puis décédés dans les 7 premiers jours de vie). Les réglementations différentes concernant les interruptions médicales de grossesse rendent difficiles les comparaisons internationales. Par ailleurs, les décès d'enfants nés vivants 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 donc nécessaire de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets tardifs, la mortalité infantile.

La réglementation concernant le calcul du taux de mortinatalité a évolué au cours du temps, rendant difficile l'analyse de l'évolution temporelle : 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 le seuil d'enregistrement a été abaissé, pour une définition commune au niveau international, à une durée de grossesse d'au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou un poids du fœtus d'au moins 500 grammes. Les modalités ont de nouveau été modifiées en 2008, pour ne pas subordonner l'établissement d'un acte d'enfant sans vie au poids du fœtus ou à la durée de la grossesse. Ces nouvelles règles de déclaration à l'état civil rendent les comparaisons impossibles avec les années précédentes entre 2008 et 2011. Depuis 2012, il est possible d'estimer à nouveau ce taux sur la base des seuils d'enregistrement de l'OMS à partir des données du PMSI-MCO.

Indicateurs

▶ Taux de mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est de 10,6 pour 1 000 naissances totales en 2012 et en 2013, en baisse par rapport à 2007. En France, en 2012, les estimations régionales variaient d'environ 9 décès pour 1 000 naissances en Pays de la Loire à un peu plus de 11 pour 1 000 en Île-de-France et 12 pour 1 000 en Corse. La situation est beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne proche de 18 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Guadeloupe et en Guyane où les taux dépassent 20 pour 1 000.

▶ Taux de mortinatalité

En 2013, le taux de mortinatalité s'élève globalement à 8,9 enfants mort-nés pour 1 000 naissances totales (tableau 1). Il est nettement moins élevé en métropole (8,8 pour 1 000) que dans les départements d'outre-mer (13,5 pour 1 000). Il a baissé par rapport à 2007 en métropole (- 3,3 %) et dans les DOM (- 5,6 %). En France, l'interruption médicale de grossesse (IMG) peut être pratiquée jusqu'au terme de la grossesse si celle-ci met gravement en danger la santé de la femme enceinte ou si le fœtus est atteint d'une affection particulièrement grave et incurable. Les IMG réalisées alors que la grossesse a atteint au moins 22 SA constituent la mortinatalité induite. Les morts fœtales *in utero* (MFIU) et les morts fœtales *per partum* (MFPP) constituent la mortinatalité spontanée. En 2013, le taux de mortinatalité spontanée représente 60 % du taux de mortinatalité total (tableau 1). Les décès fœtaux surviennent principalement avant 37 SA (84,5 % en 2012), dont plus de la moitié au cours de grossesses terminées avant 28 semaines d'aménorrhée (tableau 2). Les enfants issus de grossesses multiples représentent, quant à eux, 10,8 % des mort-nés.

▶ 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 est relativement stable depuis 2005 (2,5 pour 1 000 naissances vivantes en 2013), le décès de l'enfant survenant à moins de 7 jours (mortalité néonatale précoce) dans près de 70 % des cas. En 2013, le taux observé dans les départements d'outre-mer (5,3 pour 1 000) était 2,2 fois supérieur à celui de la France métropolitaine (2,4 pour 1 000). Pour la mortalité néonatale précoce les taux s'élèvent respectivement à 3,6 pour 1 000 dans les DOM et 1,7 pour 1 000 en métropole.

Depuis 1997, un certificat spécifique a été mis en place pour les décès néonataux. L'analyse effectuée pour ceux survenus en métropole en 2011 montre que près de 80 % de ces décès concernent des prématurés, cette proportion atteignant 82,4 % pour les décès néonataux précoces contre 73,2 % pour les autres décès néonataux (tableau 2). Ces décès touchent particulièrement les grands prématurés : 58 % sont nés avant 28 semaines et 9,7 % entre 28 et 31 semaines. Par ailleurs, 67,8 % des décès néonataux sont survenus moins de 7 jours après la naissance.

▶ 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 3,6 pour 1 000 en 2013 (tableau 1). 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 28e jour et un an).

Le niveau de la mortalité infantile française est inférieur à celui de l'Union européenne (3,8 pour 1 000 en 2012). Les taux les plus faibles ont été recensés dans des pays du nord de l'Europe. À l'inverse, la situation demeure très défavorable en Bulgarie et en Roumanie (graphique 1). Au sein même du territoire français, de fortes disparités subsistent. En 2012, les taux de mortalité infantile sont compris entre 1,3 (Corse) et 3,9 (Haute-Normandie) en France métropolitaine, et ils sont supérieurs à 7 dans les départements d'outre-mer : 7,4 en Martinique, 7,9 à La Réunion, 9,8 en Guyane et 9,9 en Guadeloupe. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** DREES, bureau État de santé de la population

↻ Synthèse

L'utilisation des bases PMSI permet de calculer à nouveau le taux de mortinatalité et donc de mortalité périnatale de manière comparable à ceux établis en 2002 et 2007.

Le taux de mortalité périnatale semble être reparti à la baisse depuis, s'établissant, en 2013, à 10,6 pour 1 000 naissances (enfants nés vivants ou sans vie).

Le taux de mortinatalité (idem texte) atteint 8,9 pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie en 2013. La mortalité néonatale et la mortalité infantile ont fortement décru jusqu'au milieu des années 2000, se sont stabilisées entre 2005 et 2009 et ont légèrement diminué depuis, atteignant respectivement 2,5 et 3,6 pour 1 000 naissances vivantes en 2013.

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 2012

	Taux de :					
	mortalité périnatale (enfants décédés à moins de 7 jours ou nés sans vie)	mortinatalité (enfants nés sans vie)			mortalité néonatale (enfants décédés à moins de 28 jours)	mortalité infantile (enfants décédés à moins d'un an)
		spontanée	induite par les interruptions médicales de grossesse (IMG)	totale		
	Pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie				Pour 1 000 enfants nés vivants	
1995	7,7	Non disponible	Non disponible	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[1]	10,2	"	"	8,3	2,7	4,2
2005	10,8	"	"	9,1	2,5	3,8
2006	11,2	"	"	9,5	2,5	3,8
2007	11,0	"	"	9,3	2,5	3,8
2008	Non comparable	"	"	Non comparable	2,6	3,8
2009	"	"	"	"	2,6	3,9
2010	"	"	"	"	2,5	3,6
2011	"	"	"	"	2,3	3,5
2012[2]	10,6 (e)	5,3 (e)	3,7 (e)	9,0 (e)	2,4	3,5
2013	10,6 (e)	5,3 (e)	3,6 (e)	8,9 (e)	2,5	3,6

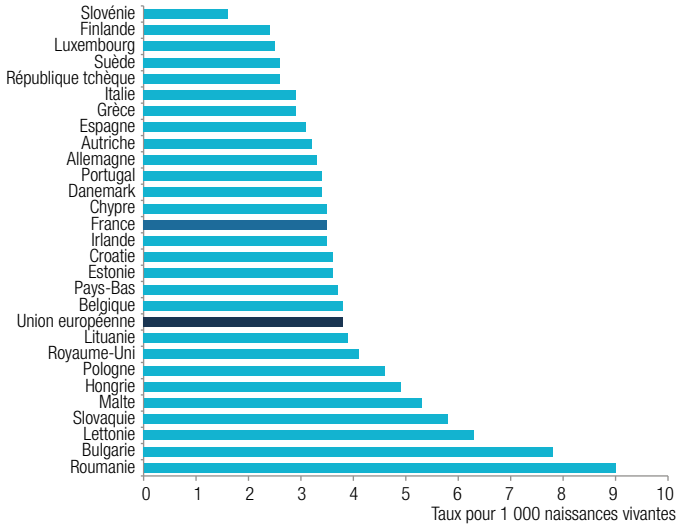
(e) : estimation.
1. La forte évolution des taux de mortalité périnatale et de mortinatalité en 2002 est liée à la forte augmentation du nombre d'enfants sans vie du fait d'un changement législatif.
2. Le changement législatif intervenu en 2008 ne permet plus d'utiliser l'enregistrement des mort-nés fait par l'état civil. Le support choisi pour cet enregistrement est dorénavant le PMSI-MCO et 2012 est la première année pour laquelle il est possible de produire une estimation à partir de cette source.
Champ • France (métropole et départements d'outre-mer hors Mayotte).
Sources • INSEE, statistiques de l'état civil et base nationale PMSI-MCO scellée, ATIH, exploitation DREES.

Tableau 2
Répartition des décès selon le type de naissance et l'âge gestationnel (en %)

	Décès fœtaux (mort-nés)	Décès néonataux		
		Précoces (moins de 7 jours)	Autres (7 à 27 jours)	Totaux
	2012	2011	2011	2011
Type de naissance				
Naissances uniques	89,2	63,0	66,1	64,0
Naissances multiples	10,8	16,8	12,7	15,5
Non renseigné		20,2	21,2	20,5
Âge gestationnel				
Moins de 28 SA	52,0	62,1	49,5	58,0
De 28 à 31 SA	14,6	9,2	10,6	9,7
De 32 à 36 SA	17,9	11,1	13,1	11,7
De 37 à 41 SA	15,4	17,4	26,5	20,4
42 SA ou plus	0,1	0,2	0,3	0,2

Champ • France (métropole et départements d'outre-mer hors Mayotte) pour les décès fœtaux et France métropolitaine pour les décès néonataux.
Sources • Base nationale PMSI-MCO scellée, ATIH, exploitation DREES et et certificats de décès néonataux, Inserm-CépiDc.

Graphique 1
Taux de mortalité infantile dans l'Union européenne en 2012



Champ • Union européenne 28 pays.
Source • Eurostat.

INDICATEUR • **Mortalité périnatale et mortinatalité**
▶ **Champ** : France (métropole et départements d'outre-mer). ▶ **Sources** : INSEE : Statistiques de l'état civil. ATIH : base scellée PMSI-MCO.
▶ **Mode de construction des indicateurs** :
– Mortalité périnatale : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonatals précoces (décès avant une semaine) à l'ensemble des naissances (vivantes et mort-nés).
– Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances (vivantes et mort-nés).
▶ **Limites d'interprétation** : 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). À partir de 2001, un acte d'enfant sans vie pouvait être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pesait au moins 500 grammes, critères retenus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les comparaisons internationales. 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. Depuis fin 2011, des consignes ont été diffusées dans les établissements de santé réalisant des accouchements afin qu'un enregistrement des mort-nés conforme aux seuils définis par l'OMS y soit mis en place.
▶ **Organismes responsables de la production des indicateurs** : INSEE et DREES.

INDICATEUR • **Mortalité néonatale**
▶ **Champ** : France (métropole et départements d'outre-mer). ▶ **Sources** : INSEE : statistiques de l'état civil. Inserm-CépiDc : certificats de décès néonataux. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.
▶ **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : INSEE et Inserm-CépiDc.

INDICATEUR • **Mortalité infantile**
▶ **Champ** : France (métropole et départements d'outre-mer), Union européenne. ▶ **Sources** : INSEE : statistiques de l'état civil. Eurostat : données européennes. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.
▶ **Références** :
– EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013, « European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 » [en ligne] : www.europeristat.com.
– INSEE, Données détaillées des statistiques d'état civil sur les naissances en 2012.
▶ **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : INSEE.

Prématurité et petit poids de naissance

Contexte

La prématurité, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée, et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme, particulièrement la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 33 semaines d'aménorrhée. Le faible poids de naissance, souvent en relation avec un retard de croissance intra-utérin est aussi un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Les indicateurs retenus ici sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance, l'incidence de la prématurité et des naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes.

Les données citées ici sont issues principalement du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) qui permettent depuis 2010 un suivi annuel et une analyse régionale à partir des données sur les naissances vivantes en France entière. Les données complémentaires sont issues des enquêtes nationales périnatales (ENP), données de référence à intervalle régulier au niveau national permettant d'étudier les évolutions, ou des premiers certificats de santé de l'enfant.

Indicateurs

▶ Taux de prématurité

En 2012, France entière, 7,3 % des enfants sont nés vivants à moins de 37 semaines d'aménorrhée (SA), proportion stable sur les trois dernières années (tableau 1A). Parmi les naissances vivantes uniques, le taux de prématurité est de 5,9 %. Les naissances multiples présentent un risque extrêmement élevé de prématurité, avec un taux de prématurité de 50,8 % (tableau 1B). Les certificats de santé présentent des données similaires, avec 7,3 % en 2012. Le taux varie fortement selon les régions, avec une situation beaucoup moins favorable pour les naissances des départements d'outre-mer (graphique 1).

Les enquêtes nationales périnatales montrent que le taux de prématurité globale en France métropolitaine a peu évolué depuis 2003, passant de 6,3 % en 2003 à 6,6 % en 2010 pour les naissances vivantes. Ce taux est de 5,1 % parmi les naissances dont le début du travail a été spontané et de 9,4 % parmi celles issues d'un déclenchement ou d'une césarienne avant le début du travail, qui définissent la prématurité induite. Elle représente 48 % de la prématurité totale.

Le taux de prématurité est lié à la situation sociale des femmes. Par exemple, selon les données de l'ENP en 2010, le taux chez les femmes dont les ressources du foyer ne proviennent pas d'une activité salariée (allocations-chômage, RSA) est de 8,5 %, au lieu de 6,3 % chez les femmes appartenant à un foyer ayant des ressources provenant d'une activité salariée.

▶ Distribution de l'âge gestationnel en classes

D'après les données du PMSI, les grands prématurés, de 28 à 32 semaines d'aménorrhée, représentent 1,1 % des naissances vivantes en 2012 et les enfants de moins de 28 semaines d'aménorrhée (en situation de très grande et d'extrême prématurité) représentent 0,3 % des naissances vivantes.

▶ Incidence des naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes

L'incidence des petits poids de naissance est un deuxième indicateur approché du risque périnatal, reflétant la prématurité ou le retard de croissance intra-utérin.

En 2012, France entière, 7,3 % des enfants nés vivants pèsent moins de 2 500 grammes d'après le PMSI (5,8 % parmi les naissances uniques et 55,4 % parmi les multiples). Le taux était de 6,9 % en 2010 (tableaux 2A et 2B). Selon les données de l'ENP, en France métropolitaine ce taux a diminué de 0,8 point entre 2003 et 2010 pour les naissances vivantes.

L'incidence des naissances vivantes de petit poids, naturellement très élevée pour les naissances prématurées, concerne 3 % des naissances à terme (37 SA et plus) pour la France entière en 2012. Cette proportion est plus importante dans les DOM (4,6 %) qu'en métropole (2,9 %). Dans le cas de grossesses multiples à terme, l'incidence atteint 29,4 % en France entière (36,2 % dans les DOM *versus* 29,2 % en métropole).

On retrouve pour l'indicateur de petit poids à la naissance les disparités sociales décrites pour la prématurité, avec d'après l'enquête nationale périnatale 9,6 % des enfants pesant moins de 2 500 grammes chez les femmes dont les ressources du foyer ne proviennent pas d'une activité salariée (allocations-chômage, RSA) au lieu de 5,9 % chez les femmes appartenant à un foyer ayant des ressources provenant d'une activité salariée.

▶ Distribution des poids de naissance

Si 7,3 % des naissances vivantes concernent des enfants de moins de 2 500 g en 2012, les naissances vivantes de moins de 2 000 grammes représentent 2,4 % des naissances en 2012 comme en 2010 selon les données du PMSI.

Depuis 2003, les poids les plus élevés ont vu grandir leur part : pour 73,1 % des naissances le poids de l'enfant est supérieur à 3 000 grammes en 2010 en métropole (naissances vivantes, ENP), contre 71,3 % en 2003. ■

▶▶▶ **Organismes responsables de la production de la fiche :** DREES, bureau État de santé de la population en collaboration avec l'Inserm (U1153 équipe EPOPé)

↻ Synthèse

En 2012, 7,3 % des naissances vivantes survenues en France entière sont prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (50,8 %). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2 500 grammes) concerne 3 % des enfants nés à terme parmi les naissances vivantes (55,4 % en cas de naissance multiple). Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et les départements d'outre-mer, puisque les taux de prématurité y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole, et la fréquence des enfants de petits poids 30 à 60 % plus élevée.

Tableau 1A
Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel (en %)

	2010	2011	2012
< 28 SA	0,3	0,3	0,3
28 à 31 SA	0,7	0,7	0,7
32 SA	0,4	0,4	0,4
33 SA	0,5	0,5	0,6
34 SA	0,9	0,9	0,9
35 SA	1,5	1,5	1,5
36 SA	2,8	2,8	2,9
37 SA	6,3	6,3	6,5
38 SA	15,5	15,4	16,0
39 SA	26,5	26,7	27,2
40 SA	26,7	26,7	26,3
41 SA	17,0	17,0	15,9
≥ 42 SA	0,8	0,8	0,9
Total	100	100	100

Champ • Naissances vivantes France entière, hors Mayotte.
Source • PMSI-MCO, ATIH, exploitation DREES.

Tableau 1B
Répartition des nouveau-nés selon l'âge gestationnel et la pluralité (en %)

	Taux de prématurité (%) selon l'âge gestationnel		
Type de naissance	22 à 36 SA	37 SA ou plus	Total
Naissance unique	5,9	94,1	100
Naissance multiple	50,8	49,2	100
Total	7,3	92,7	100

Champ • Naissances vivantes France entière, hors Mayotte.
Source • PMSI-MCO, ATIH, exploitation DREES.

Tableau 2A
Répartition des nouveau-nés selon leur poids (en %)

	2010	2011	2012
< 1 000 g	0,4	0,3	0,4
1 000 à 1 499 g	0,6	0,6	0,6
1 500 à 1 999 g	1,4	1,4	1,4
2 000 à 2 499 g	5,0	4,9	4,9
2 500 à 2 999 g	19,9	19,8	19,6
3 000 à 3 499 g	40,1	39,9	39,8
3 500 à 3 999 g	25,7	26,0	26,1
4 000 à 4 499 g	6,2	6,3	6,4
4 500 g ou plus	0,8	0,8	0,8
Total	100	100	100

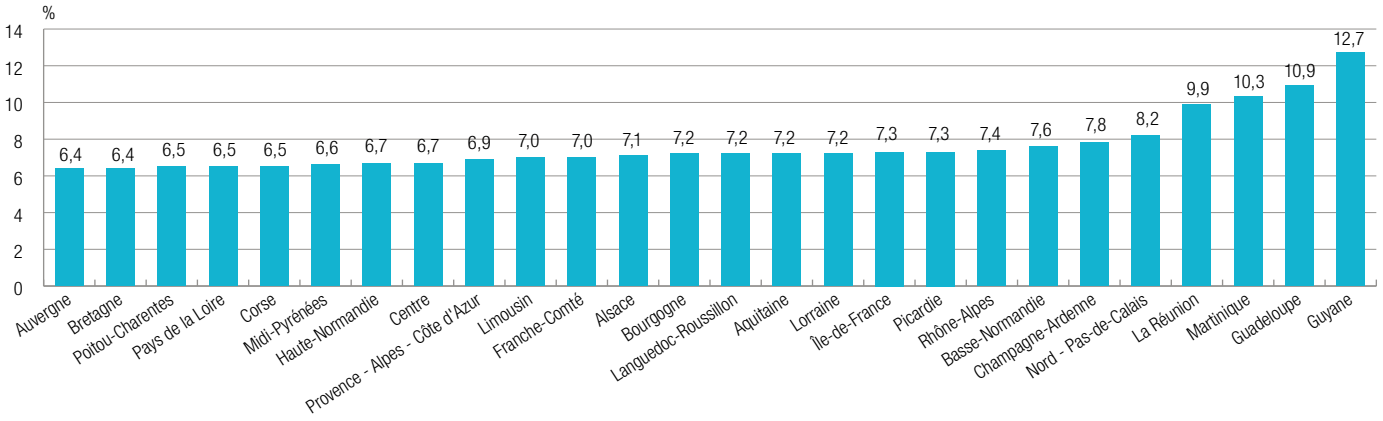
Champ • Naissances vivantes, France entière (y compris les naissances au domicile si transfert vers un établissement), hors hospitalisés et résidents à Mayotte.
Source • PMSI-MCO, ATIH, exploitation DREES.

Tableau 2B
Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance et la pluralité (en %)

	Taux de petits poids (%) selon le poids de naissance		
Type de naissance	Moins de 2 500 g	2 500 g ou plus	Total
Naissance unique	5,8	94,2	100
Naissance multiple	55,4	44,6	100
Total	7,3	92,7	100

Champ • Naissances vivantes, France entière (y compris les naissances au domicile si transfert vers un établissement), hors hospitalisés et résidents à Mayotte.
Source • PMSI-MCO, ATIH, exploitation DREES.

Graphique 1
Répartition des naissances prématurées selon la région (en %)



Champ • Naissances vivantes France entière, hors Mayotte.
Source • PMSI-MCO, ATIH, exploitation DREES.

INDICATEURS • **Prématurité et poids de naissance**

▶**Champ** : Les données présentées ici sont issues du PMSI-MCO, essentiellement à partir de la base scellée de 2012. Les naissances concernent toutes les naissances vivantes, non compris les entrées par transfert, selon la région de résidence de la mère et pour la France entière (hors Mayotte). Les données des enquêtes nationales périnatales, utilisées pour mesurer les évolutions depuis 2003, concernent la France métropolitaine du fait de l'indisponibilité des données pour la France entière en 2010. ▶**Sources** : PMSI-MCO, enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010. ▶**Mode de construction des indicateurs** : Nombre d'enfants nés avant 37 semaines / Nombre d'enfants de poids inférieur à 2 500 g/Nombre total d'enfants. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Dans le PMSI-MCO, il subsiste toutefois un risque de surestimation des enfants prématurés ou de petits poids lié à un mauvais codage possible du mode d'entrée en cas de transfert avec un mode d'entrée codé « domicile » au lieu de « transfert », ce qui introduit des doubles comptes au moment de la sélection. Le numéro anonyme de patient n'étant pas alors de qualité suffisante pour permettre d'éliminer ces doublons.

▶**Références** :

– EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013, « European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 » [en ligne] : www.europeristat.com.
– « La situation périnatale en France en 2010, premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre 2011.
– Blondel B., Kermarrec M., 2011, « La situation périnatale en France en 2010 », Inserm U953, 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.
– Vilain A., Peretti (de) C., 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 de la DREES.
– Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C., Bréart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », rapport de l'Inserm.
– Blondel B., Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », rapport de l'Inserm [en ligne] : www.sante.gouv.fr.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES (PMSI).

Accouchement

Contexte

L'accouchement représente un moment très particulier où la prise en charge médicale doit à la fois garantir une sécurité optimale pour la mère et l'enfant et aussi respecter les attentes des parents pour que l'accueil de l'enfant soit réalisé dans les conditions les plus favorables (Plan périnatalité 2005-2007). Le taux de césariennes représente un indicateur des décisions prises en cas de complications ou de risque important ; un taux élevé peut être préoccupant car les césariennes présentent en soi des risques pour les mères et les enfants, à court et moyen terme. La prise en charge de la douleur est un des aspects de la demande des couples au moment de l'accouchement. La réponse la plus souvent donnée dans les maternités est la péridurale.

Indicateurs

▶ Naissance par césarienne

Le taux de césariennes atteignait 21 % en 2010 en métropole, selon la dernière enquête nationale périnatale, et n'a pas augmenté de manière significative depuis la précédente enquête réalisée en 2003, contrairement à ce qui s'était passé auparavant (Blondel *et al.*, 2012). Cette stabilité est constatée aussi bien chez les primipares que chez les femmes avec antécédent de césarienne. Il y a donc eu probablement une attitude générale de contrôle pour limiter le nombre de césariennes. Une stabilisation des taux ou un ralentissement de leur augmentation est observée actuellement dans d'autres pays occidentaux (Declercq *et al.*, 2011), en particulier dans certains pays scandinaves (EUROPERISTAT 2010). En 2010, la France est au 11e rang parmi l'ensemble des pays européens pour son taux global de césariennes (EUROPERISTAT 2010). Parmi les pays limitrophes de la France et les pays scandinaves, le taux varie de 14,8 % en Islande à 38,0 % en Italie et la France se situe entre la Belgique et le Danemark (graphique 1).

Le risque de césarienne augmente avec l'âge maternel ; la tendance des couples à avoir des enfants tardivement a donc un effet sur la fréquence des césariennes (tableau 1). Par ailleurs les femmes qui accouchent pour la première fois et les femmes qui ont déjà eu une césarienne pour une grossesse antérieure ont plus souvent une césarienne pour la grossesse actuelle ; ceci montre que la décision de faire une césarienne pour un premier accouchement a un impact fort sur le taux global de césariennes, actuellement et dans les années suivantes. Le taux de césariennes en 2012, connu par le PMSI, est de 20,3 % pour la France entière ; il est plus élevé en Corse (26,6 %), en Île-de-France (22,9 %) et en Provence - Alpes - Côte d'Azur (22,1 %), et plus bas en Franche-Comté (16,2 %), en Poitou-Charentes (17,5 %) et en Bourgogne (17,7 %) (carte 1). Dans les DOM (Martinique non comprise), les césariennes ont très nettement diminué, essentiellement par une réduction des césariennes avant début de travail ; le taux global ne diffère donc plus de celui de la métropole, contrairement à ce qu'on observait en 2003 (Blondel *et al.*, 2011).

▶ Prise en charge de la douleur

Selon les résultats de l'enquête nationale périnatale 2010, la prise en charge de la douleur par une péridurale est de plus en plus fréquente ; une analgésie ou une anesthésie péridurale a été réalisée pour 78,4 % des naissances par voie basse en métropole en 2010, au lieu de 70,7 % en 2003 et 50,5 % en 1995. La fréquence a également augmenté dans les DOM, où les analgésies ou anesthésies péridurales sont passées de 34,2 % en 2003 à 49,5 % en 2010 (Martinique non comprise).

La pratique de la péridurale est plus fréquente chez les femmes qui accouchent pour la première fois que chez les autres femmes (tableau 2) ; elle est également un peu plus fréquente chez les femmes de niveau d'études élevé. Elle semble être facilitée par la disponibilité de l'anesthésiste : une péridurale est plus souvent réalisée dans les maternités où un anesthésiste est présent sur place 24 heures sur 24.

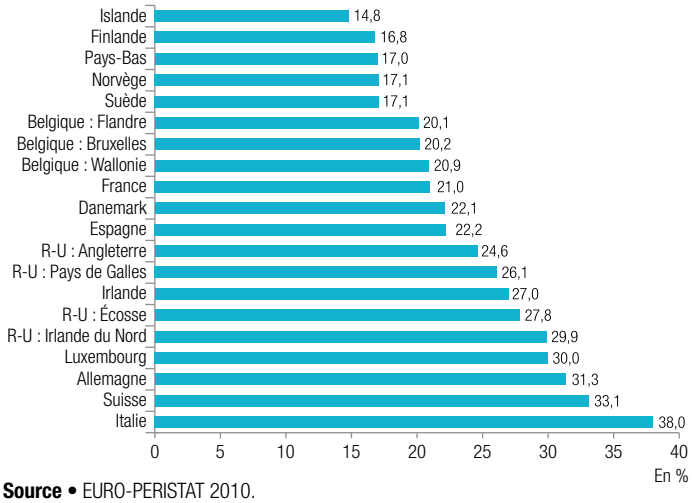
Les femmes qui ont eu une péridurale expriment une grande satisfaction concernant l'efficacité de cette prise en charge : elles jugent leur prise en charge de la douleur très efficace dans 69,5 % des cas et assez efficace dans 20 % des cas. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Inserm-U1153 équipe EPOPé

↻ Synthèse

Le taux de césariennes atteint un niveau modéré en 2010 et 2012 et n'a pas augmenté de manière sensible au cours des années précédentes ; ceci pourrait être le résultat des recommandations générales pour contrôler la fréquence de cet acte.
L'utilisation de l'analgésie ou anesthésie péridurale est extrêmement répandue en France. Elle dépend beaucoup de la parité, mais aussi du niveau d'études des femmes.

Graphique 1
Taux de césariennes en France, dans les pays limitrophes, les Pays-Bas et les pays scandinaves en 2010 (en %)



Source • EURO-PERISTAT 2010.

Tableau 1
Variations du taux de césariennes suivant des caractéristiques maternelles

Caractéristiques maternelles	Taux de césariennes (%)
Âge	
< 25 ans	17,0
25-29	19,1
30-34	20,5
35-39	27,5
40 et plus	33,1
Accouchements antérieurs	
Aucun	23,2
Au moins une césarienne	64,8
Au moins un accouchement antérieur sans césarienne	8,3

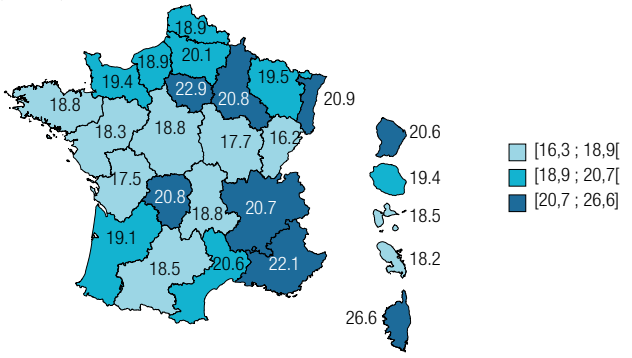
Note • Les associations entre césariennes et caractéristiques maternelles sont statistiquement significatives.
Champ • Ensemble des naissances en France métropolitaine en 2010.
Source • Enquête nationale périnatale 2010.

Tableau 2
Analgésie/anesthésie péridurale en cas d'accouchement par voie basse suivant des caractéristiques maternelles et la présence d'un anesthésiste

	Anesthésie/analgésie péridurale (%)		Anesthésie/analgésie péridurale (%)
Accouchements antérieurs		**Présence permanente d'un anesthésiste**	
0	88,6	Non	71,9
1-2	72,8	Sur le site	75,3
3 et plus	59,1	Dans le secteur naissance	81,5
Niveau d'études			
Collège ou moins	69,9		
Secondaire	77,3		
Bac + 1 ou 2	81,6		
Bac + 3-4	80,2		
Bac + 5 ou plus	82,6		

Note • Toutes les associations entre l'analgésie/anesthésie péridurale et les facteurs étudiés sont statistiquement significatives.
Champ • Ensemble des naissances après accouchement par voie basse en France métropolitaine en 2010.
Source • Enquête nationale périnatale 2010.

Carte 1
Taux de césariennes selon les régions en France 2012 (en %)



Champ • France entière (hors Mayotte).
Source • PMSI-MCO 2012.

INDICATEUR • **Naissances par césarienne (ENP)**
▶**Champ** : France métropolitaine. ▶**Sources** : Enquêtes nationales périnatales (environ tous les 5 ans). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés) par césariennes rapporté au nombre total de naissances (numérateur, dénominateur). ▶**Limites d'interprétation** : Données représentatives de l'ensemble des naissances ; très peu de données manquantes.
▶**Références** :
– Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F., 2012, « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 41, p. 151-166.
– Blondel B., Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », rapport de l'Inserm [en ligne] : www.sante.gouv.fr.
– « Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité », rapport du ministère chargé de la Santé, 2004.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-U1153, équipe EPOPé.

INDICATEUR • **Naissances par césarienne selon les pays européens**
▶**Champ** : Union européenne. ▶**Source** : Projet EURO-PERISTAT (rapport tous les 5 ans). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés) par césariennes rapporté au nombre total de naissances. ▶**Limites d'interprétation** : Information recueillie en routine, sur l'ensemble des naissances (ou sur un échantillon représentatif des naissances en France), sans risque d'erreur d'interprétation.
▶**Références** :
– EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013, « European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 » [en ligne] : www.europeristat.com.
– Declercq E., Young R., Cabral H., Ecker J., 2011, « Is a Rising Cesarean Delivery Rate Inevitable ? Trends in Industrialized Countries, 1987 to 2007 », *Birth*, 38, p. 99-104.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-U1153, équipe EPOPé.

INDICATEUR • **Naissances par césarienne (PMSI)**
▶**Champ** : Résidentes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, hors Mayotte. ▶**Source** : Base PMSI-MCO scellée, ATIH. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de femmes ayant accouché par césarienne rapporté au nombre total d'accouchements. ▶**Limites d'interprétation** : Information recueillie en routine, sur l'ensemble des naissances sans risque majeur de sous-déclaration.
▶**Référence** : Quantin C., Cottenet J., Vuagnat A., Prunet C., Mouquet M.C., Fresson J., Blondel B., 2014, « Qualité des données périnatales issues du PMSI : comparaison avec l'état civil et l'enquête nationale périnatale 2010 », *J Gyn Obstet Biol Reprod*, vol. 43, n° 9, p. 680-690.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

INDICATEUR • **Prise en charge de la douleur**
▶**Champ** : France métropolitaine. ▶**Sources** : Enquêtes nationales périnatales (environ tous les 5 ans). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de naissances par voie basse pour lesquelles une analgésie (ou une anesthésie) péridurale ou une rachianesthésie a été réalisée pendant le travail ou au moment de l'accouchement, rapporté au nombre de naissances par voie basse. ▶**Limites d'interprétation** : Données représentatives de l'ensemble des naissances ; très peu de données manquantes. ▶**Référence** : Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F., 2012, « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010 », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 41, p. 151-166.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm.

Allaitement maternel

Contexte

L'allaitement maternel est recommandé au niveau international par l'OMS et la promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs spécifiques à l'enfant du Programme national nutrition santé (PNNS). L'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du bébé, puis sa prolongation avec la diversification alimentaire pendant les deux premières années de vie de l'enfant si possible. L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à six mois et le protège des infections gastro-intestinales et, dans une moindre mesure, des infections ORL et respiratoires. D'autres bénéfices préventifs pour l'enfant sont évoqués, mais de manière moins consensuelle entre les études : asthme, surpoids, mort subite du nourrisson, diabète, développement cognitif…

Pour la mère, au-delà des bénéfices à court terme avec une perte de poids favorisée, des risques d'hémorragies diminués par une tétée précoce et le fait que les contractions utérines provoquées par l'allaitement aident l'utérus à reprendre plus vite sa taille, sa forme et sa tonicité, l'allaitement contribuerait à réduire le risque de cancer du sein, et éventuellement celui de l'ovaire.

Indicateurs

▶ Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité

En 2012, les données de l'étude Épifane, dont l'objectif est de décrire l'alimentation de l'enfant au cours de sa première année de vie, indiquaient que près de sept femmes sur dix ont choisi d'initier l'allaitement maternel pour leur enfant dès sa naissance (et 60 % réalisent un allaitement exclusif dans les premiers jours de vie). D'après les données des certificats de santé, l'allaitement maternel à la naissance, exclusif ou mixte, concerne en 2011 66 % des femmes en métropole, un chiffre stable depuis 2006 (graphique 1). De 37 % en 1972, le pourcentage est passé à 52 % en 1995, 53 % en 1998 puis 63 % en 2003, d'après les enquêtes périnatales. La France fait partie des pays dans lesquels l'allaitement est le moins fréquemment initié en Europe, où les pourcentages varient fortement jusqu'à 98 % dans les pays nordiques. Les données des enquêtes nationales périnatales montrent qu'en maternité, le taux d'allaitement exclusif est passé de 40 % en 1995, à 45 % en 1998, puis à 56 % en 2003 et 60 % en 2010.

De fortes disparités départementales des pratiques sont observées d'après les données des certificats de santé. Le taux varie de 45 % dans le Pas-de-Calais ou l'Aisne, à 78 % à Paris, en petite couronne, dans les Hautes-Alpes ou en Haute-Savoie, et jusqu'à 86 % en moyenne pour les départements d'outre-mer (carte 1).

L'allaitement est plus répandu en Île-de-France, dans les DOM, dans les départements frontaliers de l'est de la métropole et dans la majeure partie de Rhône-Alpes. Ces disparités recouvrent des variations sociodémographiques et des pratiques en maternité, avec 66 % de femmes initiant un allaitement dans les maternités de type I, contre 70 % dans celles de type II et 73 % dans celles de type III.

Les données des certificats de santé en 2011 montrent, toutes choses égales par ailleurs, que la profession et l'activité de la mère sont déterminantes, avec une propension beaucoup plus forte à allaiter chez les femmes cadres ou les étudiantes. Le niveau d'études joue fortement, avec 73 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur allaitant leur enfant contre 55 % parmi les femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.

Les femmes « préparant la venue » de leur bébé pendant leur grossesse, en suivant des cours de préparation, en organisant leur accouchement à domicile ou en évitant de fumer, allaitent plus souvent que les autres. L'allaitement est d'autant plus fréquent que la mère est plus âgée, avec 64 % parmi les moins de 30 ans et 70 % parmi les femmes de 30 ans et plus.

D'autres critères apparaissent également être défavorables à l'initiation de l'allaitement, lorsque les conditions sont plus difficiles pour favoriser un allaitement maternel : quand l'enfant est de petit poids ou prématuré, transféré dans un autre service ou que la mère a eu une césarienne.

Le fait d'être l'aîné (ou le seul) des enfants accentue la probabilité d'un allaitement maternel (68 % parmi les enfants de rang 1 contre 64 % parmi les suivants), alors que le sexe de l'enfant n'apparaît pas comme un critère distinctif.

Le lieu de naissance de la mère est également un critère déterminant avec, parmi les femmes nées en métropole, 58 % d'enfants allaités de façon exclusive et 8 % de façon mixte, contre respectivement 76 % et 16 % parmi les femmes nées à l'étranger.

▶ Durée moyenne de l'allaitement en semaines

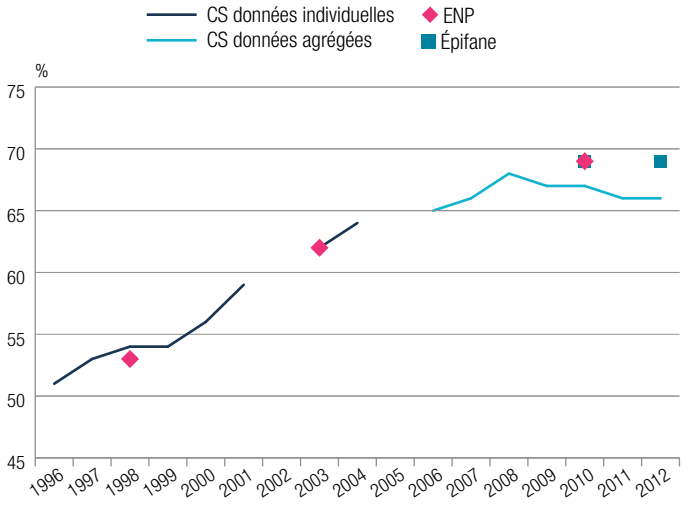
D'après l'étude Épifane, en 2012, 54 % des enfants sont encore allaités à l'âge d'un mois, 35 % de façon exclusive et 19 % de façon mixte. La durée moyenne de l'allaitement mesurée en 2011, à partir des certificats de santé, est de 19 semaines, et 43 % des enfants sont allaités pendant 10 semaines, ce qui correspond à la durée légale du congé de maternité après la naissance (graphique 2). Enfin, 18 % des enfants sont encore allaités lors de leur sixième mois. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** DREES, bureau État de santé de la population

Synthèse

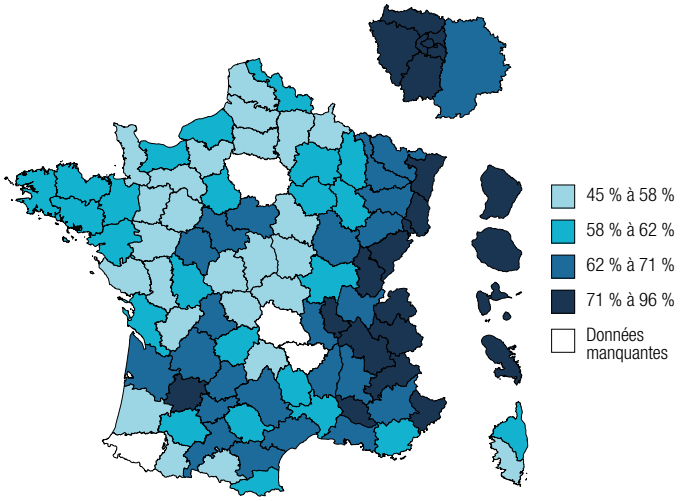
Actuellement environ deux femmes sur trois initient un allaitement maternel à la maternité, alors qu'elles n'étaient qu'un tiers dans les années 1970. L'allaitement exclusif à la maternité concerne 60 % des enfants en 2012. La durée moyenne est estimée à 19 semaines, avec d'importantes variations départementales, probablement liées en partie aux pratiques en maternité et aux caractéristiques sociodémographiques des femmes.

Graphique 1
Pourcentage d'enfants allaités à la maternité selon les sources (en %)



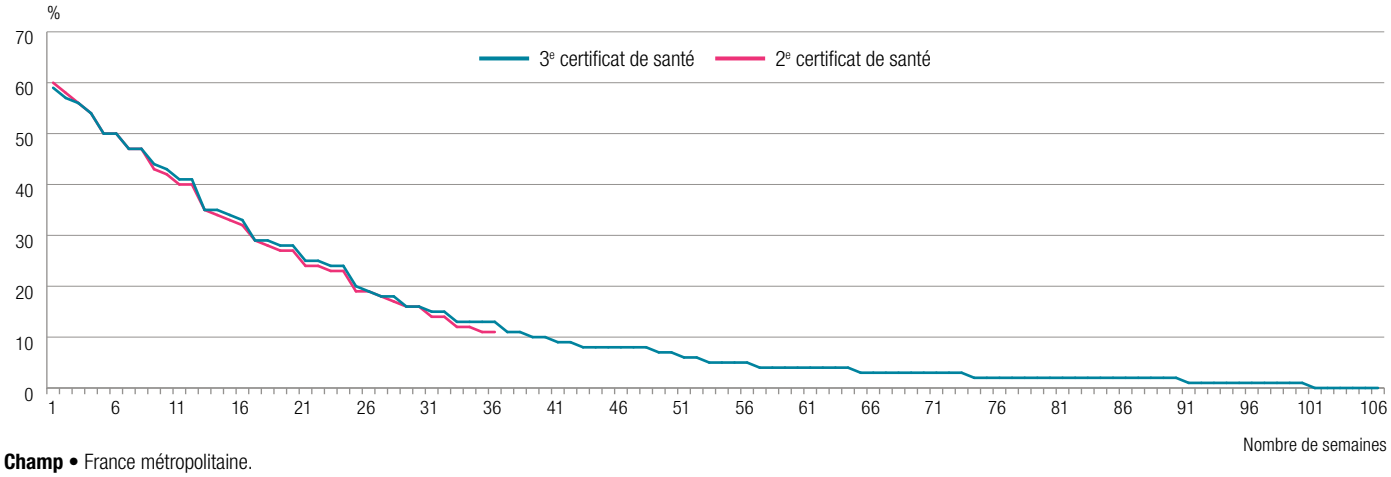
CS : certificats de santé.
Champ • France métropolitaine.
Sources • PMSI, Épifane (InVS), ENP (DREES-Inserm), Certificats de santé (DREES).

Carte 1
Enfants allaités à la naissance en 2011 (en %)



Champ • France entière.
Source • DREES, certificats de santé au 8e jour.

Graphique 2
Durée de l'allaitement en 2011 d'après les deuxième et troisième certificats (en %)



Champ • France métropolitaine.
Source • DREES, certificats de santé.

INDICATEURS • **Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité (Épifane)**
• **Durée moyenne de l'allaitement en semaines (Épifane)**

▶ **Champ** : Échantillon aléatoire de nourrissons nés entre le 16 janvier et le 5 avril 2012 en métropole. ▶ **Source** : InVS, enquête auprès d'un échantillon de 3 368 enfants nés en début d'année 2012 en métropole, qui suit leur alimentation pendant un an. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Les mères majeures d'enfants nés à 33 semaines d'aménorrhée ou plus sont enquêtées sur l'alimentation de leur enfant à 1 mois par entretiens téléphoniques et autoquestionnaires. ▶ **Référence** : Salanave B., de Launay C., Guerrisi C., Castetbon K., 2012, « Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012 », *BEH*, InVS, n° 34, septembre.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

INDICATEURS • **Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité (certificats de santé)**
• **Durée moyenne de l'allaitement en semaines (certificats de santé)**

▶ **Champ** : France entière, hors Mayotte. ▶ **Sources** : DREES, PMI, 1er et 2e certificats de santé, renseignés par des professionnels de santé, avant le 8e jour pour le premier et au neuvième mois de l'enfant pour le second. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Alimentation de l'enfant à sa naissance d'après le CS8, durée de l'allaitement en nombre de semaines depuis 2010, pour les CS9 et CS24. L'indicateur rapporte le nombre d'enfants allaités au sein maternel au nombre de femmes ayant accouché.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

INDICATEUR • **Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité (Enquête nationale périnatale)**

▶ **Champ** : métropole et DOM. ▶ **Source** : Les enquêtes nationales périnatales (DREES-Inserm), réalisées en 1995, 1998, 2003 et 2010, permettent de faire le point sur l'alimentation de l'enfant dès sa naissance. Elles concernent environ 15 000 enfants pour la France entière. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : L'indicateur rapporte le nombre d'enfants allaités au sein maternel au nombre de femmes ayant accouché. ▶ **Référence** : Blondel B., Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », rapport de l'Inserm [en ligne] : www.sante.gouv.fr.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

Santé de l'enfant

Les fiches thématiques concernant exclusivement les enfants et les jeunes de moins de 20 ans ont été regroupées dans cette partie. Mais d'autres fiches thématiques, ne présentant pas exclusivement des données chez les enfants, peuvent concerner des déterminants de santé ou des questions de santé fréquentes chez l'enfant ou chez les jeunes de moins de 20 ans.

Surpoids et obésité chez l'enfant

Contexte

Le surpoids et l'obésité[1] augmentent, à moyen ou long terme, les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes (diabète de type 2). Présents dès l'enfance ou l'adolescence, ils perdurent souvent à l'âge adulte. Outre ces conséquences métaboliques, le surpoids et l'obésité ont un impact psychosocial et peuvent notamment être source de mal-être et d'isolement chez l'enfant et l'adolescent. Leur repérage et leur prise en charge précoce constituent des enjeux de santé publique.

Les enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, alternativement en grande section de maternelle, en classe de CM2 et de 3e, sont la principale source d'informations pour le recueil de cet indicateur, fondé sur la mesure du poids et de la taille de l'enfant ou de l'adolescent le jour de l'examen de santé. D'autres sources, comme l'enquête HBSC (INPES, 2010) auprès des collégiens fournissent des informations complémentaires.

En France, au début des années 2000, entre 10,4 % et 16,1 % (selon l'âge), des enfants et adolescents sont en surpoids et 3,5 % à 4 % sont obèses. Après un léger recul chez les plus jeunes (5-6 ans) entre 2000 et 2006, les fréquences du surpoids et de l'obésité se sont stabilisées (tableau 1) mais restent marquées par des inégalités sociales.

Indicateurs

▶ Prévalence du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, CM2 et 3e

D'après l'enquête nationale de santé réalisée en milieu scolaire, 8,7 % des élèves scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) en 2012-2013 sont en surpoids et 3,5 % sont obèses. À cet âge, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée pour les filles (respectivement 9,7 % et 3,8 %) que pour les garçons (7,3 % et 3,1 %). Les enquêtes réalisées en 2007-2008 auprès des classes de CM2 et des adolescents des classes de 3e (2008-2009) rapportent que respectivement 14,8 % et 13,7 % sont en surpoids et que l'obésité concerne 4,0 % et 3,9 % des élèves. Les différences par sexe ne sont pas significatives à ces âges (tableau 1).

Ces enquêtes mettent en évidence de fortes inégalités sociales, la prévalence de l'obésité est toujours plus élevée parmi les enfants dont le père est « ouvrier » que parmi ceux dont le père est « cadre » (tableau 2). La proportion d'enfants obèses s'élève ainsi respectivement à 4,5 % (pour les ouvriers) contre 1,2 % (pour les cadres) en grande section de maternelle, à 5,8 % contre 0,8 % en CM2 et 5,5 % contre 1,6 % en classe de 3e.

De fortes disparités territoriales sont également rapportées : surpoids et obésité touchent plus fréquemment les zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) du Nord et de l'Est, ainsi que les DOM. La ZEAT Méditerranée présente également des prévalences élevées, en particulier parmi les adolescents des classes de 3e. La ZEAT Ouest apparaît plus épargnée (tableau 3).

Pour les trois groupes d'âges, les enquêtes menées au cours des 15 dernières années témoignent d'une stabilisation du surpoids et de l'obésité pour les enfants et adolescents des classes de CM2 et 3e et d'un recul significatif du surpoids entre 2000 et 2006 pour les plus jeunes (grandes sections de maternelle) (tableau 4).

Les résultats des deux dernières enquêtes HBSC (INPES, 2010) réalisées en 2006 et 2010 auprès d'un échantillon de 6 000 collégiens (entre 11 et 15 ans) rapportent également une stabilisation des prévalences du surpoids et de l'obésité, même si les pourcentages sont légèrement inférieurs à ceux des enquêtes pilotées par la DREES. L'écart peut être lié à la nature déclarative des données issues de HBSC, les jeunes filles ayant tendance à sous-estimer leur poids et les garçons à surestimer leur taille.

Cette évolution coïncide avec les campagnes de prévention de l'obésité menées durant cette période, en particulier dans le cadre des programmes nationaux nutrition santé (PNNS). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DREES

1. Voir également la fiche « Surpoids et obésité de l'adulte ».

Synthèse

Depuis les années 2000, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes. Cette stabilisation s'accompagne néanmoins de fortes inégalités à la fois sociales et territoriales.

Tableau 1
Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité selon le sexe en grande section de maternelle, CM2 et 3e (en %)

Classes	Dernière année de recueil	Sexe	Surcharge pondérale	Surpoids	Obésité
Grande section de maternelle	**2012-2013**	Ensemble	11,9	8,7	3,2
		Garçons	10,4	7,3	3,1
		Filles	13,5	9,7	3,8
CM2	**2007-2008**	Ensemble	18,9	14,8	4,0
		Garçons	18,7	14,5	4,2
		Filles	19,0	15,2	3,8
3e	**2008-2009**	Ensemble	17,6	13,7	3,9
		Garçons	17,9	13,8	4,1
		Filles	17,3	13,5	3,8

Champ • France.
Sources • DREES-DGESCO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (2005-2006), de CM2 (2007-2008) et de 3e (2008-2009).

Tableau 2
Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents

	Classes de grande section de maternelle 2012-2013		Classes de CM2 2007-2008		Classes de 3e 2008-2009	
Groupe social des parents	**Surpoids**	**Obésité**	**Surpoids**	**Obésité**	**Surpoids**	**Obésité**
Cadres	5,9 %	1,3 %	8,8 %	0,8 %	10,2 %	2,3 %
Professions intermédiaires	7,8 %	2,4 %	14,2 %	2,2 %	12,6 %	2,1 %
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	9,0 %	4,8 %	17,5 %	3,9 %	15,3 %	3,9 %
Employés	9,5 %	4,8 %	16,6 %	4,4 %	14,9 %	5,0 %
Ouvriers	9,8 %	5,8 %	17,5 %	7,0 %	15,7 %	6,5 %
Ensemble	**8,4 %**	**3,5 %**	**14,8 %**	**4,0 %**	**14,2 %**	**3,4 %**

Champ • France.
Sources • DREES-DGESCO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves. Élèves des classes de 3e (2008-2009), de CM2 (2007-2008), de grande section de maternelle (2012-2013).

Tableau 3
Prévalence du surpoids et de l'obésité selon la zone d'étude et d'aménagement du territoire (en %)

	Classes de grande section de maternelle 2012-2013		Classes de CM2 2007-2008		Classes de 3e 2008-2009	
ZEAT	**Surpoids**	**Obésité**	**Surpoids**	**Obésité**	**Surpoids**	**Obésité**
Nord	7,2	3,9	15,2	5,5	16,2	4,2
Est	9,1	3,2	18,4	5,4	15,9	5,4
Région parisienne	8,8	4,6	13,5	3,7	14,3	4,2
Bassin parisien	9,1	3,5	15,4	4,1	14,9	4,4
Ouest	7,5	2,1	12,7	2,3	11,2	2,7
Sud-Ouest	7,3	2,9	13,3	3,2	10,7	1,1
Centre-Est	7,2	2,8	14,2	3,0	11,2	2,9
Méditerranée	10,1	4,0	14,7	4,4	16,3	5,3
DOM	7,9	4,8	21,2	6,1	10,6	6,9
France	**8,4 %**	**3,5 %**	**14,8 %**	**4,0 %**	**13,7 %**	**3,9 %**

Champ • France.
Sources • DREES-DGSO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (2012-2013), de CM2 (2007-2008) et de 3e (2008-2009).

Tableau 4
Évolution des prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2000 et 2009, en grande section de maternelle, en CM2 et en 3e

	Surcharge pondérale (obésité incluse)			Obésité		
Grande section de maternelle	**2000**	**2006**	**2013**	**2000**	**2006**	**2013**
	14,3	12,4	11,9	3,9	3,2	3,5
IC 95 %	[13,8-14,9]	[11,9-12,9]	[11,4-12,5]	[3,7-4,1]	[2,9-3,4]	[3,2-3,8]
CM2	**2002**	**2005**	**2008**	**2002**	**2005**	**2008**
	20,3	20,1	18,9	4,2	3,7	4,0
IC 95 %	[19,1-21,4]	[18,9-21,3]	[17,9-19,8]	[3,6-4,8]	[3,2-4,2]	[3,5-4,5]
3e	**2001**	**2004**	**2009**	**2001**	**2004**	**2009**
	16,4	17,4	17,6	3,5	4,4	3,9
IC 95 %	[15,3-17,5]	[16,2-18,5]	[16,6-18,6]	[2,9-4,0]	[3,8-5,1]	[3,3-4,3]

IC : intervalle de confiance.
Champ • France.
Sources • DREES-DGESCO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (1999-2000, 2005-2006, 2012-2013), de CM2 (2001-2002, 2004-2005, 2007-2008) et de 3e (2000-2001, 2003-2004, 2008-2009).

INDICATEUR • **Prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire**

▶ **Champ** : France métropolitaine et DOM pour les enquêtes nationales de santé ; France métropolitaine pour l'enquête internationale.

▶ **Sources** : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire ; enquête HBSC-France (*Health Behaviour in School-Aged Children*).

– Enquête nationale : enquête réalisée tous les deux ans, alternativement auprès des grandes sections de maternelle (GSM 2012-2013), CM2 (2004-2005, 2007-2008) et collégiens des classes de 3e (2003-2004, 2008-2009), basée sur un échantillon d'élèves scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des DOM, Mayotte incluse depuis 2012-2013.

– Enquête HBSC : volet France de l'enquête internationale HBSC, réalisée tous les 4 ans auprès d'un échantillon d'élèves scolarisés en CM2, 6e, 5e, 3e et 2nd (environ 6 000 élèves entre 11 et 15 ans). Les questions relatives au surpoids et à l'obésité ne concernent ni les CM2 ni les 2nd.

▶ **Mode de construction de l'indicateur** : L'indicateur de référence pour estimer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC = poids/taille²). Chez l'enfant, les seuils évoluent en fonction de l'âge et du sexe afin de prendre en compte les variations de corpulence différenciée entre garçons et filles au cours de la croissance. Les courbes de corpulence de *l'International Obesity Task Force* (OITF) ont été retenues pour décrire cet indicateur car elles permettent de distinguer, au sein de la surcharge pondérale, le surpoids et l'obésité. L'indicateur repose sur les mesures anthropométriques recueillies par les médecins et infirmières de l'éducation nationale. Le surpoids correspond à la surcharge pondérale hors obésité. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Matériel de mesure non standardisé ni étalonné.

▶ **Références** :

– Chardon O., Guignon N., Guthmann J.-P., Fonteneau L. et Delmas M.-C., 2013, « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 853, septembre.
– Chardon O., Guignon N., Guthmann J.-P., Fonteneau L. et Delmas M.-C, 2014, « La santé des adolescents des classes de 3e », *Études et Résultats*, DREES, n° 865, février.
– Collet M., Gonzalez L., Guignon N., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, n° 737, septembre.
– Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), 2011, « La santé des enfants en grande section de maternelle : de grandes disparités entre académies », Note d'information, n° 11.18.
– INPES, 2010, « La santé des collégiens en France », données françaises de l'enquête internationale *Health Behaviour for School-Aged Children* (HBSC).
– Salanave B., Péneau S., Rolland-Cachera M.F., Hercberg S., Castetbon K., 2011, « Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007 », Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES et INPES.

Couvertures vaccinales (hors grippe)

Contexte

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale[1] constituent des éléments clés pour contrôler et éliminer les maladies infectieuses. L'Institut de veille sanitaire (InVS) a la mission de suivre et d'évaluer la couverture vaccinale pour tous les vaccins inclus dans le calendrier vaccinal et dans tous les groupes cibles. L'objectif est d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) une couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés. Cet objectif est déjà atteint chez le nourrisson pour la primovaccination dans la première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), les infections invasives à *Haemophilus influenzae b* (Hib) et la coqueluche, et devrait l'être très prochainement pour la vaccination contre le pneumocoque. Pour aucune de ces vaccinations, la couverture pour le premier rappel n'atteint 95 % à l'âge de 24 mois. De même, à 24 mois, bien que des progrès aient été constatés, les couvertures pour les vaccinations contre l'hépatite B et la rougeole restent insuffisantes, il en est également ainsi pour la vaccination contre les infections invasives à méningocoque du groupe C. Au-delà, on note des couvertures insuffisantes chez l'adolescent (rappel coqueluche, hépatite B, papillomavirus humain-HPV) et pour le rappel DTP chez l'adulte. Cette dernière vaccination nécessite d'être renforcée, au vu de la persistance de cas sporadiques de tétanos ainsi que de la fréquence des voyages vers les pays où la diphtérie reste endémique.

Indicateurs

▶ Couverture vaccinale annuelle des enfants à 2 ans pour DTP, coqueluche et Hib 4 doses, hépatite B 3 doses, ROR 1 et 2 doses, méningocoque C 1 dose, PCV-13 3 doses

La couverture est élevée, bien qu'insuffisante, pour 4 doses de DTP, coqueluche et Hib ainsi que pour 3 doses de vaccin pneumocoque (PCV-13) (tableau 1). La couverture par le vaccin contre la rougeole est insuffisante : stable (autour de 90 %) pour la première dose, en progression (72 %) pour la deuxième dose. On constate des disparités régionales pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (ROR), avec un gradient Nord-Sud (carte 1). La couverture contre l'hépatite B est en franche augmentation, surtout depuis 2008 à la suite de l'admission au remboursement du vaccin hexavalent. La couverture contre les infections à méningocoque C, vaccin recommandé depuis 2010, est en légère progression mais nettement insuffisante, même si elle dépasse maintenant 50 %. La France est l'un des pays européens ayant les meilleures couvertures vaccinales DTP et coqueluche. Elle est moins performante pour le ROR et la vaccination contre l'hépatite B (graphique 1).

▶ Couverture vaccinale BCG à 9 mois et 2 ans des enfants à risque

La couverture par le BCG à 24 mois variait entre 80 % et 85 % jusqu'en 2006 (tableau 1). Elle a diminué suite au changement de technique vaccinale avec l'utilisation d'un vaccin intradermique en janvier 2006 (données de 2008 à l'âge de 24 mois : 44 %). À partir de 2009, après la suspension de l'obligation vaccinale en juillet 2007, et en raison de l'absence d'indication dans le certificat de santé de l'appartenance de l'enfant à la population cible[2] de la vaccination, la couverture ne peut être interprétée que dans les régions où la recommandation vaccinale concerne tous les enfants (Île-de-France, Guyane, Mayotte). En Île-de-France, la couverture est en progression, passant de 73,1 % en 2008 à 83,2 % en 2012 chez les enfants de 9 mois. Il n'y a pas de données de couverture vaccinale récentes pour la Guyane. À Mayotte, les seules données récentes proviennent d'une enquête (2010) montrant une couverture de 93 % chez l'enfant de 24-59 mois. Dans les régions de France métropolitaine hors Île-de-France, les seuls résultats disponibles proviennent d'enquêtes réalisées en 2008 et 2009, montrant une couverture insuffisante chez les enfants à risque suivis par des médecins libéraux (32-40 %) ou des médecins travaillant en PMI (62 %).

▶ Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose chez les jeunes filles de 15 ans et pour 3 doses chez les jeunes filles de 16 ans (tableau 2)

Depuis sa recommandation en 2007, la vaccination des jeunes filles par le vaccin HPV est très insuffisamment mise en œuvre, puisque seules 18,1 % des jeunes filles ont reçu une dose de vaccin à l'âge de 15 ans et 20,1 % ont reçu le schéma complet de vaccination à l'âge de 16 ans (données au 31 décembre 2013). Le tableau 2 montre une baisse constante de la couverture vaccinale depuis 2011, ce qui pourrait être mis en partie sur le compte de plusieurs articles parus en 2010 et 2013 dans la presse nationale mettant en cause la sécurité d'emploi du vaccin. Les couvertures HPV de France sont parmi les plus basses rapportées à l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) parmi les pays de l'Union européenne[3]. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, département des Maladies infectieuses

1. Voir également la fiche « Couverture vaccinale grippe ».
2. La vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants : 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, CMU-C, AME…) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.
3. http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20120905_gui_hpv_vaccine_update.pdf

Synthèse

La couverture vaccinale est élevée pour certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, Hib, PCV-13). Elle doit être améliorée pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dont les niveaux de couverture actuels sont incompatibles avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Les couvertures par le vaccin contre la méningite à méningocoque du groupe C et contre l'hépatite B sont insuffisantes, cette dernière ayant néanmoins nettement progressé depuis 2008. La couverture par le BCG est insuffisante chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France. Celle par le vaccin HPV chez la jeune fille est nettement insuffisante et en baisse depuis 2011.

Tableau 1

Couverture vaccinale DTP, coqueluche, Hib, hépatite B, ROR, pneumocoque conjugué (PCV-13), méningocoque C et BCG des enfants de 2 ans entre 1998 et 2012 (en %)

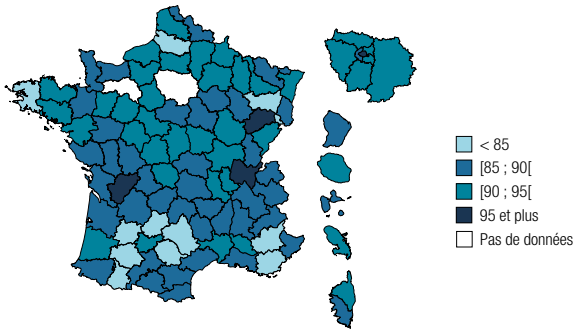
Année de collecte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Diphtérie, tétanos-poliomyélite4[1]	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3	89,3	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3	91,3	91,7
Coqueluche4	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	88,9	89,0	90,3	91,0	91,1	91,4	90,8	90,5	90,9
Haemophilus influenzae b4							87,2	87,5	88,7	88,9	89,3	89,9	89,2	88,6	89,0
Pneumocoque conjugué3													88,6	88,8	88,8
Hépatite B3	27,5	23,9	26,0	28,0	29,2	27,6	34,5	35,1	39,3	41,9	47	51,0	64,6	74,2	78,1
ROR1 (1 dose)[2]	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9	87,3	87,5	87,2	89,4	90,1	89,1		89,2	89,4	90,5
ROR2 (2 doses)[2]													60,9	67,3	72,0
Méningocoque C1[3]														54,3	56,4
BCG	81,1	82,6	83,1	83,9	84,5	84,2	85,1	81,2	83,3	78,2	44,0				

1. Les chiffres accolés aux noms des vaccins représentent le nombre de doses.
2. Données rougeole jusqu'en 2008, absence de données en 2009, données ROR à partir de 2010. Les données ROR2 ne sont disponibles qu'à partir de 2010.
3. Source pour la vaccination méningocoque C : Échantillon généraliste des bénéficiaires (CNAMTS), traitement InVS (données issues de certificats de santé non encore disponibles). Estimations au 31/12/13.

Champ • France entière.
Sources • DREES et CNAMTS, traitement InVS.

Carte 1

Couverture vaccinale ROR à deux ans par département, 2005-2012



Champ • France entière.
Sources • DREES et CNAMTS, traitement InVS.

Tableau 2

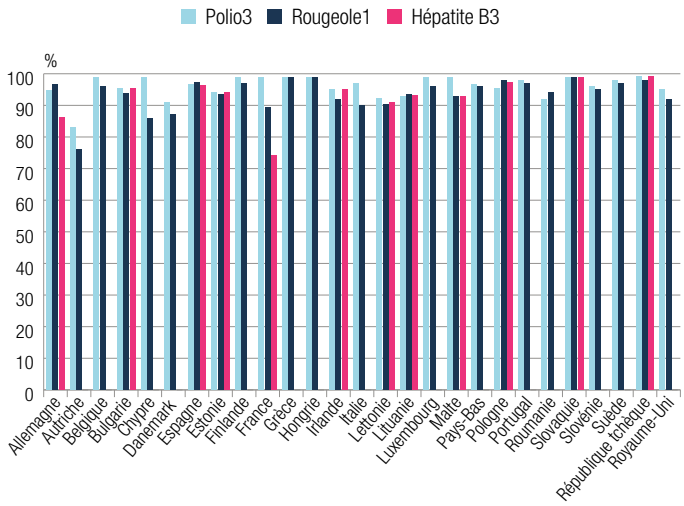
Couvertures vaccinales HPV chez les jeunes filles de 15 et 16 ans par cohorte de naissance estimées au 31/12/2013 (en %)

Année de naissance	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Couverture vaccinale 1 dose à 15 ans	15,0	23,1	23,6	26,3	19,6	18,1
Couverture vaccinale 3 doses à 16 ans	25,8	28,3	26,9	26,4	20,1	

Champ • France entière.
Source • EGB CNAMTS, expoitation InVS.

Graphique 1

Couvertures vaccinales à 1 an (2 ans pour la France et pour la rougeole dans tous les pays) pour trois vaccinations communiquées au bureau de l'OMS en 2012 dans les 27 pays de l'Union Européenne (en %)



Note • Les chiffres accolés aux noms des vaccins représentent le nombre de doses. L'absence de barre pour un pays signifie l'absence de données pour ce vaccin.
Source • Bureau européen de l'OMS (http://data.euro.who.int/CISID).

INDICATEUR • **Couvertures vaccinales à 2 ans**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Source** : Certificat de santé de l'enfant rempli lors de la visite obligatoire du 9e et 24e mois (CS9 et CS24). ▶ **Limites d'interprétation** : Participation des départements à ce dispositif insuffisante (mais en progression) : en 2012, 88 départements avaient transmis des données de CS9 et 91 départements avaient transmis des données de CS24 à la DREES.
▶ **Références** :
– Guthmann J.P., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D., 2012, *Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
– Dossier thématique « Couverture vaccinale » [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale.
▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : InVS.

INDICATEUR • **Couverture vaccinale HPV chez la jeune fille**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Sources** : Données de remboursements de vaccins issues du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram, Échantillon généraliste des bénéficiaires), traitement InVS. ▶ **Limites d'interprétation** : Uniquement données régime général, MSA et RSI ; la base du Sniiram inclut partiellement les enfants vaccinés en PMI.
▶ **Références** :
– Fonteneau L., Guthmann J.P., Lévy-Bruhl D., 2013, « Estimation des couvertures vaccinales en France à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) : exemples de la rougeole, de l'hépatite B et de la vaccination HPV », *BEH*, 8-9, p. 72-76.
– Dossier thématique « Couverture vaccinale » [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants

Contexte

Les accidents de la vie courante (AcVC)[1] entraînent chaque année en France plus de 20 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et 4,5 millions de recours aux services d'urgences. Chez les enfants de moins de 15 ans, ils entraînent près de 200 décès par an. Ces drames sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation et information adaptées. Un Plan de prévention des accidents de la vie courante a été adopté par le Comité national de la santé publique en 2009. Des campagnes de prévention sont réalisées par différents organismes (INPES, ministères de l'Intérieur, des Sports, etc.).

Indicateurs

▶ Taux de mortalité par traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans

En 2010, on dénombre chez les moins de 15 ans 415 décès par traumatisme selon les certificats de décès : 57 chez les moins de un an, 142 chez les 1-4 ans, 216 de 5 à 14 ans. À côté de 40 suicides et 24 homicides, la plus grande partie des décès est due aux AcVC : 188 en 2010, soit plus que les 130 décès par accidents de la circulation (source : Sécurité routière), et les 22 décès traumatiques d'intention indéterminée.

Sur les 188 enfants de moins de 15 ans décédés d'un AcVC en 2010, on compte davantage de garçons que de filles (sex ratio de 1,3). Les enfants sont surtout décédés de noyade (55 décès), d'incendies (39), de suffocations (34, dont la moitié avant un an), de chutes (18), d'intoxications (5) (tableau 1). Les taux standardisés de mortalité par AcVC des moins de 15 ans ont diminué de 5,4 % par an entre 2000 et 2010. La baisse importante entre 2009 et 2010 (236 à 188 décès, - 20,3 %) devra être confirmée.

▶ Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès chez les enfants de moins de 20 ans

Les enquêtes Noyades permettent de décrire les caractéristiques et facteurs de risques des noyades accidentelles. Entre le 1er juin et le 30 septembre 2012, 396 noyades accidentelles ont été dénombrées chez les moins de 20 ans, dont 75 suivies de décès, et 18 de séquelles. Chez les enfants de moins de 6 ans, il y a eu 170 noyades dont 28 décès ; chez les 6-12 ans, 84 noyades dont 19 suivies de décès ; chez les 13-19 ans, 142 noyades dont 28 suivies de décès (graphique 1). Les lieux de la noyade dépendent de l'âge de l'enfant : 61 % des plus jeunes enfants se sont noyés en piscine (104 sur 170 dont 67 en piscines privées familiales), les 6-12 ans en piscine (38 %) et en mer (40 %), les adolescents en mer (63 %) (graphique 2).

On constate une décroissance depuis 2000 du nombre de noyades suivies de décès en piscines privées chez les moins de 6 ans : 32 décès en 2000 et 11 en 2012, alors que le parc de piscine a plus que doublé, passant de 708 000 à 1 661 550. La représentation en moyenne mobile sur 3 ans lisse les variations importantes, d'une année à l'autre, de ces petits effectifs (graphique 3). Les enfants de moins de 6 ans se sont noyés surtout à cause d'un manque de surveillance et de leur inaptitude à nager.

▶ Nombre de défenestrations accidentelles d'enfants de moins de 15 ans

Entre le 15 mars et le 15 octobre 2013, l'enquête menée pendant sept mois en Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais et Provence - Alpes - Côte d'Azur, dénombre 76 enfants de moins de 15 ans victimes d'une chute accidentelle de grande hauteur, ou défenestration accidentelle, soit un taux d'incidence de 1,9 pour 100 000. Les enfants étaient âgés de 13 mois à 14 ans, avec une médiane à 4 ans. Près des deux tiers avaient moins de 6 ans. On compte 70 % de garçons et 30 % de filles (sex ratio de 2,3, graphique 4). Les caractéristiques de ces accidents sont similaires entre les trois régions. Il y a peu de différence entre 2006 et 2013 (tableau 2), sauf une baisse du nombre de chutes (de 106 à 76), surtout due à la baisse significative en Île-de-France (de 64 à 51).

▶ Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière chez les moins de 15 ans

En 2011, selon le PMSI, en métropole, 3 085 enfants de moins de 15 ans ont été hospitalisés pour brûlures, dont les trois quarts d'enfants de 0 à 4 ans ; ces derniers représentent plus du quart des personnes hospitalisées tous âges confondus. Parmi eux, la moitié est âgée d'un an révolu (graphique 5). Le taux d'incidence brut par classe d'âge est le plus élevé chez les enfants de moins de 5 ans : 61 pour 100 000 (et 9 pour 100 000 entre 5 et 14 ans). L'incidence est 1,4 fois plus élevée chez les garçons que chez les filles. Les résultats 2011 sont proches de ceux des années 2008 à 2010.

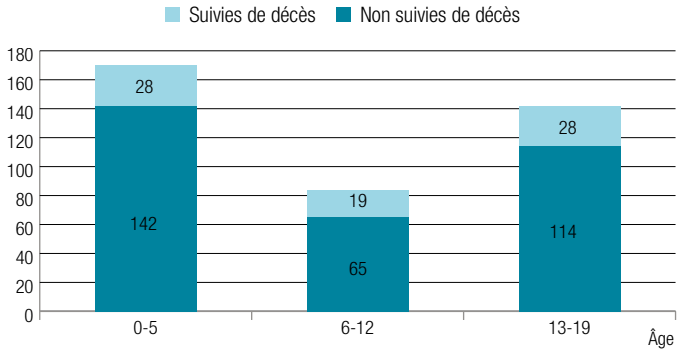
1. Voir également la fiche « Accidents de la vie courante chez l'adulte ».

Tableau 1
Effectifs, taux bruts et standardisés* de mortalité par type d'accident de la vie courante chez les moins de 15 ans, en 2010

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu, flammes		Autres, précisé		Autres, non précisé		Total	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
< 1 an	1	0,13	18	2,3	1	0,13	0	0	2	0,26	1	0,13	6	0,78	29	3,8
1-4 ans	7	0,23	11	0,36	38	1,2	1	0,03	20	0,65	1	0,03	11	0,36	89	2,98
5-14 ans	10	0,13	5	0,06	16	0,21	4	0,05	17	0,22	9	0,12	9	0,12	70	0,91
< 15 ans (TS)	**18**	**0,15**	**34**	**0,29**	**55**	**0,46**	**5**	**0,04**	**39**	**0,33**	**11**	**0,10**	**26**	**0,22**	**188**	**1,60**

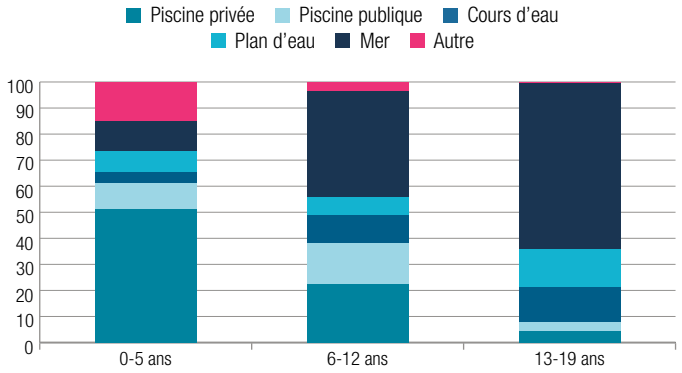
TS : taux standardisé.
* Taux pour 100 000 habitants.
Champ • France entière.
Source • Inserm-CepiDc.

Graphique 1
Répartition des noyades accidentelles et des décès chez les jeunes de moins de 20 ans, du 1er juin au 30 septembre 2012



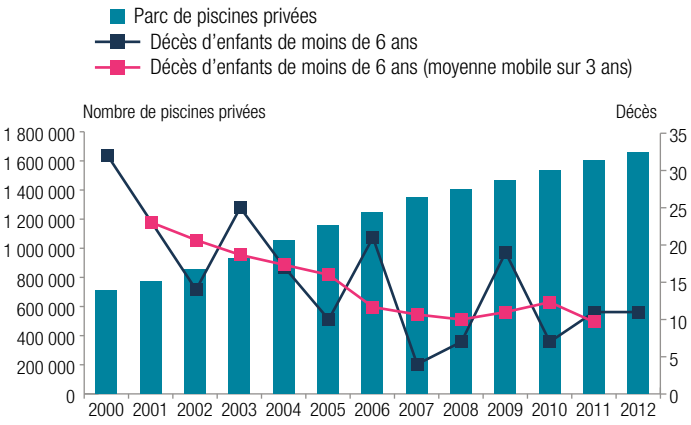
Note • N = 321, dont 75 décès et 8 données manquantes.
Champ • France entière.
Source • Enquête Noyades 2012, InVS.

Graphique 2
Noyades accidentelles selon l'âge chez les enfants de moins de 20 ans par lieu de noyade, du 1er juin au 30 septembre 2012



Champ • France entière.
Source • Enquête Noyades 2012, InVS.

Graphique 3
Nombre (et moyennes mobiles sur 3 années) de noyades suivies de décès d'enfants de moins de 6 ans en piscine privée, de 2000 à 2012



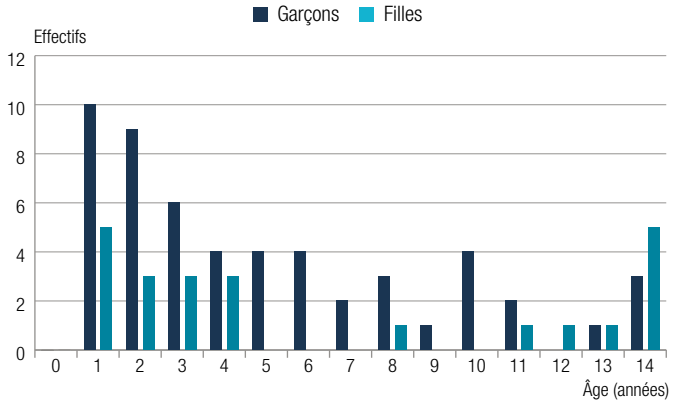
Champ • France entière.
Source • Enquête Noyades 2012, InVS.

Tableau 2
Nombre et incidence de survenue d'une défenestration accidentelle chez les enfants de moins de 15 ans selon la région et le département, entre le 15 mars et le 15 octobre 2006 et 2013

Région/départements	2013		2006	
	Nombre de chutes	Taux d'incidence pour 100 000 résidents < 15 ans	Nombre de chutes	Taux d'incidence pour 100 000 résidents < 15 ans
Île-de-France	**51**	**2,2**	**64**	**2,8**
Paris	1	0,3	9	2,9
Hauts-de-Seine	6	1,9	4	1,3
Seine-Saint-Denis	11	3,2	20	6,2
Val-de-Marne	7	2,6	10	3,9
Seine-et-Marne	2	0,7	4	1,5
Yvelines	6	2,0	5	1,7
Essonne	13	5,0	4	1,6
Val-d'Oise	5	1,9	8	2,8
Nord - Pas-de-Calais	**8**	**1,0**	**24**	**2,9**
Nord	4	0,8	17	3,2
Pas-de-Calais	4	1,4	7	2,4
Provence - Alpes - Côte d'Azur	**17**	**2,0**	**18**	**1,9**
Alpes-de-Haute-Provence	0	0,0	0	0,0
Alpes-Maritimes	0	0,0	3	1,2
Hautes-Alpes	1	0,6	0	0,0
Bouches-du-Rhône	12	3,4	15	4,6
Var	3	1,8	0	0,0
Vaucluse	1	1,0	0	0,0
Total	**76**	**1,9**	**106**	**2,6**

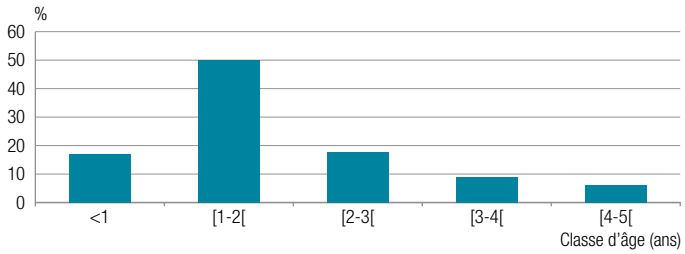
Source • Enquête Défenestrations 2013, InVS.

Graphique 4
Nombre de défenestrations accidentelles chez les enfants de moins de 15 ans selon l'âge et le sexe, entre le 15 mars et le 15 octobre 2013



Champ • 3 régions en France métropolitaine (PACA, Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais).
Source • Enquête Défenestrations 2013, InVS.

Graphique 5
Répartition des enfants hospitalisés pour brûlures par âge chez les moins de 5 ans, 2011



Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-MCO, ATIH, exploitation InVS.

Accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants (suite)

▶ Taux d'incidence des accidents en milieu scolaire

Les enquêtes réalisées en milieu scolaire fournissent des taux d'incidence trimestriels d'accidents déclarés chez les enfants.

Pour les enfants de grande section de maternelle (5 à 6 ans) en 2005-2006, ce taux est de 3,6 %, parmi lesquels 96 % sont des AcVC (et 4 % des accidents de la circulation). La fréquence est plus élevée chez les garçons (4,3 %) que chez les filles (2,8 %). Ces accidents ont entraîné un recours aux urgences pour 68 % des garçons et 71 % des filles.

Pour les enfants de CM2 (10 à 11 ans) en 2004-2005, ces taux trimestriels sont plus élevés : 9,2 %, dont 9,9 % chez les garçons et 8,4 % chez les filles, à 97 % des AcVC. Le recours aux urgences est de 57 % chez les garçons et 63 % chez les filles.

Pour les enfants de 3e, âgés de 14-15 ans, selon l'enquête scolaire de 2003-2004, 9,4 % ont eu un accident dans les trois mois, 11,2 % des garçons et 7,7 % des filles ; il s'agit à 85 % d'AcVC. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** InVS, département des Maladies chroniques et des traumatismes

INDICATEUR • **Taux de mortalité par traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans**

▶**Champ** : Décès par traumatisme et accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans survenus en France métropolitaine, en 2010. ▶**Source** : Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès, Inserm-CépiDc, 2000-2010. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Codes de la 10e version de la Classification internationale des maladies (CIM-10) appartenant à la liste de référence des causes de décès par AcVC. Analyse des décès en cause principale, sauf pour les chutes. Les décès par chute ont été analysés en « causes multiples », en ajoutant aux décès de cause initiale « chute » (codes W00-W19) les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59), et en cause associée « fracture du fémur » (code S72). Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants sur la population moyenne de l'année en cours. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe, recensement général de la population de 1999. Les tendances ont été modélisées, et les taux de variations annuels moyens ajustés sur l'année et l'âge ont été estimés par le modèle de Poisson. Modèle corrigé par une régression binomiale négative, du fait d'une surdispersion. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

▶**Références** :

– Thélot B., Ermanel C., Jougla E., Pavillon G., 2006, « Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatismes en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 42, p. 323-328.
– Barry Y., Lasbeur L., Thélot B., 2011, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 29-30, p. 328-332.
– www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/mortalite_traumatismes

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès**

▶**Champ** : Noyades accidentelles chez les enfants de moins de 20 ans entre le 1er juin et le 30 septembre 2012 ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés, suivies d'une hospitalisation ou d'un décès en France (France métropolitaine et départements et collectivités d'outre-mer). ▶**Sources** : Enquête Noyades 2012 et pour les évolutions enquêtes Noyades 2003, 2004, 2006, 2009 et 2012. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Le terme « noyade » est ici utilisé au sens large, qu'elle soit ou non suivie d'un décès. Nombre de noyades par âge, lieu et devenir (hospitalisation, séquelles, décès). ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Recueil sur la période estivale (4 mois). ▶**Référence** : Lasbeur L., Thélot B., 2013, *Surveillance épidémiologique des noyades : Enquête Noyades 2012, 1er juin-30 septembre 2012*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, mars [en ligne] : www.invs.sante.fr.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Nombre de défenestrations accidentelles chez les enfants de moins de 15 ans**

▶**Champ** : Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Provence - Alpes - Côte d'Azur, du 15 mars au 15 octobre, enfants de moins de 15 ans. ▶**Sources** : Enquêtes Défenestrations 2006 et 2013, InVS – Hôpital Necker-Enfants Malades. Questionnaires remplis par les équipes d'intervention, les cliniciens et les personnels sociaux des hôpitaux. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Les taux d'incidence ont été calculés sur les sept mois d'étude, à partir des estimations de population de l'INSEE au 1er janvier 2005 pour l'enquête 2006 et au 1er janvier 2010 pour l'enquête 2013. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Indicateurs limités aux trois régions enquêtées sur sept mois. ▶**Référence** : Pasquereau A., Meyer P., Thélot B., 2014, « Les chutes accidentelles de grande hauteur d'enfants en Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais et Provence - Alpes - Côte d'Azur, 15 mars-15 octobre 2013 », Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière chez les moins de 15 ans**

▶**Champ** : France métropolitaine, toute personne de moins de 15 ans hospitalisée pour brûlure, avec un diagnostic principal codé de T20 à T32 de la CIM-10. ▶**Sources** : PMSI-MCO 2008 à 2011. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Des « taux d'incidence hospitaliers » ont été calculés : il s'agit de taux d'incidence de personnes victimes de brûlures résidant en France métropolitaine et hospitalisées en France métropolitaine. Les taux bruts ont été calculés en rapportant le nombre de patients résidant en France métropolitaine à la population au 1er janvier 2011 estimée par l'INSEE. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Les décès sur place ne sont pas enregistrés dans le PMSI. ▶**Référence** : Pasquereau A., Thélot B., 2014, *Hospitalisations pour brûlures à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, France métropolitaine 2011 et évolution depuis 2008*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux d'incidence des accidents en milieu scolaire**

▶**Champ** : Enquêtes scolaires 2003-2004 (3e), 2004-2005 (CM2) et 2005-2006 (GSM) échantillon d'élèves interrogés sur la survenue d'accident depuis le 1er juillet précédent. ▶**Sources** : Enquêtes scolaires 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : À partir des réponses des enfants ou de leurs parents. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Estimations trimestrielles à partir de réponses sur un nombre variable de mois (enquêtes scolaires).

▶**Références** :

– Chatelus A.L., Thélot B., 2011, *Les accidents chez les élèves de 3e selon l'enquête en milieu scolaire 2003-2004*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr.
– Thélot B., Chatelus A.L., 2010, *Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr.
– Ménard E., Perrine A.L., Thélot B., 2014, *Les accidents de la vie courante chez les enfants de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2005-2006*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr, à paraître.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent

Contexte

Une mauvaise santé bucco-dentaire[1] peut avoir, à plus ou moins long terme, des conséquences sur la santé générale de l'individu, par le risque d'infections, de douleurs chroniques ou de difficultés alimentaires, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce des atteintes dentaires. Si la tendance générale est à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, cette évolution connaît des différences selon les milieux sociaux.

L'enjeu est donc d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents en réduisant les inégalités. Les visites de prévention, sans avance de frais, proposées par l'Assurance maladie au cours de l'enfance et de l'adolescence devraient y contribuer dans les années à venir. Elles offrent en effet à l'ensemble des enfants des classes d'âges concernées, un accès aux soins dentaires, indépendamment de leur milieu social. Selon les enquêtes menées par l'UFSBD[2] jusqu'en 2006, l'indice carieux[3] à 12 ans est passé de 4,2 en 1987 à 1,23 en 2006. À l'âge de 6 ans, l'indice carieux mixte baisse dans les mêmes proportions. Les indicateurs actuellement disponibles reposent sur les enquêtes nationales de santé menées en milieu scolaire, ainsi que sur les données issues du Système national d'information interrégime de l'Assurance maladie (Sniiram).

Indicateurs

▶ Proportion d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3e

Le recul de la prévalence des caries se poursuit durant les années 2000, notamment pour les élèves de CM2 et les collégiens des classes de 3e (tableau 1). En grande section de maternelle, le pourcentage s'élève à 83 % en 2006. Ces progrès sont liés à de nombreux facteurs, tels qu'une meilleure hygiène bucco-dentaire, l'effet préventif des fluorures, le scellement prophylactique des sillons sur les premières et deuxièmes molaires aux âges clés d'apparition des caries (6 ans et 12 ans), ou encore les incitations à une consommation modérée d'aliments et boissons sucrées.

Cette évolution favorable ne s'est pas accompagnée d'une réduction des inégalités sociales. Quel que soit l'âge, les enfants d'ouvriers ont plus fréquemment des atteintes carieuses que ceux de cadres. Dès six ans, 29 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 8 % des enfants de cadres, en CM2 les pourcentages s'élèvent respectivement à 53 % et 26 % (graphique 1). Entre 2005 et 2008, le recul de la prévalence des caries a été plus important chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers (tableau 1).

▶ Proportion d'enfants avec caries non soignées en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3e

En présence de carie(s), le recours aux soins varie selon l'âge. Il est plus faible à six ans, où seuls 6 % des enfants ont leurs dents cariées soignées ; il augmente ensuite pour concerner 25 % des enfants en CM2 puis 35 % des adolescents de 3e (graphique 1). La faible prise en charge des plus jeunes suggère une méconnaissance de l'intérêt de soigner les dents temporaires. Les différences sociales observées à 6 ans perdurent ensuite en CM2 et 3e. En grande section de maternelle, parmi les enfants ayant des dents cariées, cinq enfants de cadres sur dix ont des dents non traitées contre huit enfants sur dix chez les ouvriers. En classe de 3e, les enfants d'ouvriers sont 3 fois moins soignés que ceux des cadres. Le traitement des dents cariées a peu progressé au cours des années 2000 et ne s'est pas accompagné d'une réduction des inégalités sociales.

▶ Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur 6e anniversaire

En 2012, 47 % des enfants ayant droit du régime général de l'Assurance maladie ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste dans l'année suivant leur sixième anniversaire. Ce pourcentage est en nette progression depuis 2006, année de l'instauration de la visite de prévention proposée par l'Assurance maladie (tableau 2). Ce programme de prévention qui couvre la prise en charge à 100 % de la consultation et des soins dispensés dans les 6 mois suivant l'examen, hors orthodontie, offre un accès aux soins à tous les enfants des classes d'âges concernées (6, 9, 12, 15, 18 ans). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** DREES, bureau État de santé de la population

1. Voir également les fiches « Santé bucco-dentaire des adultes » et « Santé bucco-dentaire des femmes enceintes ».
2. Union française pour la santé bucco-dentaire.
3. L'indice carieux ou indice CAO moyen correspond à la moyenne de dentes cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O) d'une population donnée, rapportée au nombre total de personnes.

Synthèse

D'après les enquêtes en milieu scolaire, entre 2000 et 2009, l'état de santé bucco-dentaire s'est amélioré sans toutefois s'accompagner d'une réduction des inégalités sociales. Observables dès la grande section de maternelle, elles perdurent en CM2 et en 3e, aussi bien au niveau de la fréquence des dents cariées que de leur prise en charge.

L'accès au chirurgien-dentiste, facilité par les consultations de prévention proposées par l'Assurance maladie, a permis, en 2012, à 47 % des enfants de 6 ans de consulter au moins une fois dans l'année suivant leur sixième anniversaire contre 15 % en 2007, année de montée en charge.

Tableau 1

Proportion d'enfants indemnes de caries en GSM, CM2 et 3e entre 2003 et 2009

Groupe socioprofessionnel des parents	GSM	CM2		3e	
	2005-2006	2004-2005	2007-2008	2003-2004	2008-2009
Cadres	92,0	66,2	73,7	62,4	65,8
Ouvriers	71,4	43,5	46,7	43,4	42,4
Ensemble	83,1	55,5	60,4	52,4	55,5

Champ • France entière.
Sources • Enquêtes nationales sur la santé des élèves de GSM (2005-2006), CM2 (2004-2005 et 2007-2008), 3e (2003-2004 et 2008-2009), DREES-DGESCO.

Tableau 2

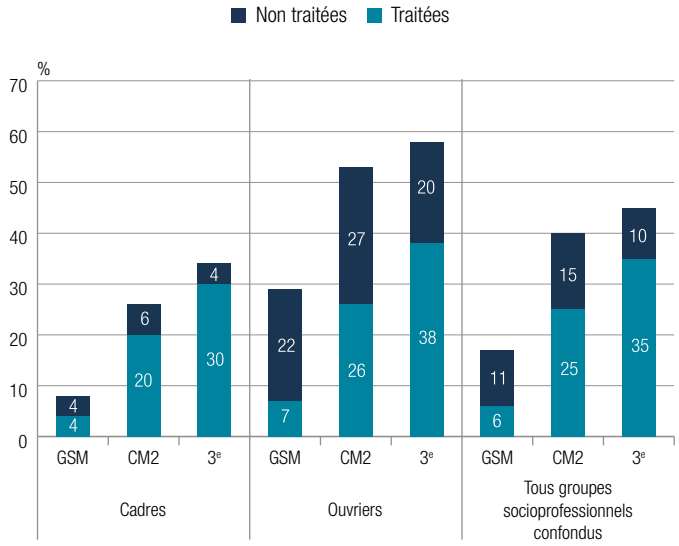
Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire

Année	%
2007*	14,9
2008	35,3
2009	41,3
2010	41,0
2011	41,5
2012	47,2

* Année de montée en charge.
Champ • France entière.
Source • Sniiram : régime général (hors sections locales mutualistes), hors MSA et RSI.

Graphique 1

Proportion d'enfants ayant des dents cariées non traitées selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %)



Champ • France entière.
Sources • Enquêtes nationales sur la santé des élèves de GSM (2005-2006), CM2 (2007-2008), 3e (2008-2009), DRESS-DGESCO.

INDICATEURS • **Proportion d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3e**
• **Proportion d'enfants avec caries non soignées en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3e**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Sources** : Enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire auprès des élèves des classes de grande section de maternelle (GSM 2005-2006), de CM2 (2004-2005, 2007-2008) et des adolescents des classes de 3e (2003-2004, 2008-2009). ▶ **Mode de construction des indicateurs** : Enquête réalisée tous les 2 ans, alternativement en GSM, CM2 et 3e. Basée sur un échantillon d'élèves scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des DOM (Mayotte incluse depuis 2012-2013). Nombre d'enfants indemnes de caries en GSM rapporté au nombre d'enfants enquêtés en GSM. Idem pour CM2 et 3e. Nombre d'enfants avec dents cariée(s) non soignée(s) en GSM rapporté au nombre d'enfants enquêtés en GSM. Idem pour CM2 et 3e. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Examen bucco-dentaire réalisé par les médecins et infirmières de l'éducation nationale sans matériel adapté (miroir dentaire, scialytique…). Ces conditions d'examen peuvent conduire à une sous-estimation du nombre de dents cariées recensées. Données non directement comparables à celles de l'UFSBD qui reposent sur un examen réalisé par un dentiste équipé d'outils de dépistage adéquats.
▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : DREES.

INDICATEUR • **Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire**

▶ **Champ** : Régime général, hors sections mutualistes locales et régime social des indépendants des personnes résidant en France. ▶ **Source** : Données Système national d'information interrégime de l'Assurance maladie (Sniiram). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire rapporté au nombre d'enfants âgés de 6 ans : les visites prises en compte englobent le mois précédant l'anniversaire et le mois suivant le septième anniversaire compte tenu des petits décalages possibles dans les envois de courrier d'invitation. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Absence de données sur les assurés relevant des sections locales mutualistes — fonctions publiques, de la mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI). Les consultations effectuées en milieu hospitalier ne sont pas prises en compte.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CNAMTS.

Exposition au plomb des enfants

Contexte

Les systèmes nerveux, rénal et hématologique sont particulièrement sensibles à la toxicité du plomb. Ses effets sanitaires peuvent être irréversibles et survenir à partir de faibles niveaux d'exposition.

Le jeune enfant, particulièrement sensible à la toxicité du plomb, est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche).

Chez l'enfant, l'intoxication par le plomb (saturnisme) est actuellement définie par « la constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie ≥ 100 µg/l » (seuil d'intervention).

Les mesures de réduction de l'exposition mises en œuvre depuis une vingtaine d'années ont contribué à la baisse de l'imprégnation générale de la population. Chez les enfants de 1 à 6 ans, la prévalence du saturnisme est estimée à 0,1 % en 2008-2009 (elle était de 2,1 % en 1996).

La peinture au plomb présente dans les locaux anciens est la principale source d'exposition actuelle pour les enfants ; les populations exposées sont surtout celles ayant un habitat dégradé. Les autres sources d'exposition sont les sites pollués par des activités industrielles (actuelles ou passées), certains plats en céramique artisanale, certains cosmétiques traditionnels, les activités professionnelles ou de loisir, les canalisations d'eau potable en plomb.

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.

Indicateurs

▶ Nombre d'enfants primodépistés pour le saturnisme

La décroissance de l'activité de dépistage du saturnisme observée à partir de 2005 se poursuit. Selon les données du Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE), le nombre annuel d'enfants de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un premier test de plombémie est passé de 10 060 en 2004 à 5 058 en 2011 (graphique 1). Parmi eux, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une plombémie dans le cadre d'une adoption internationale a récemment augmenté, passant d'une centaine par an (soit 1 % des plombémies de primodépistage réalisées chez les enfants) de 2005 à 2008, à 606 (10 %) en 2010. Ils étaient encore 391 (8 %) en 2011.

Si l'on excepte ces enfants très probablement exposés dans leur pays d'origine, 80 % des enfants testés entre 2008 et 2011 avaient moins de 7 ans, soit un taux de primodépistage moyen annuel de 85 pour 100 000 enfants de moins de 7 ans. L'activité de dépistage était répartie très inégalement sur le territoire, la région Île-de-France en rassemblait à elle seule près de 64 % (tableau 1).

▶ Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l parmi les enfants primodépistés

La proportion d'enfants de moins de 18 ans ayant une plombémie ≥ 100 µg/l parmi les primodépistés (hors adoptions internationales) a décru régulièrement. Depuis 2005, elle tend à se stabiliser autour de 3 à 4 %. En 2011, elle était de 4,8 %. À noter qu'en 2011, les dépistages menés dans des régions ultramarines ont eu un rendement très élevé. Ces éléments suggèrent un bon ciblage du dépistage.

▶ Nombre de cas incidents de saturnisme chez l'enfant (au seuil de 100 µg/l)

La diminution du nombre de cas incidents de saturnisme observée à partir de 2005 se poursuit. Entre 2008 et 2011, ce chiffre est passé d'un peu plus de 300 cas par an à un peu plus de 250 cas (graphique 1) avec l'identification de quelques enfants ayant des plombémies de plus de 450 µg/l. La part des enfants adoptés à l'international parmi ces cas incidents se situe entre 8,4 % (2008) et 22,4 % (2010) (tableau 2).

Entre 2008 et 2011, 54 % des cas (hors enfants adoptés à l'international) résidaient en Île-de-France, région à forte activité de dépistage.

Pour comparaison, aux États-Unis, au niveau fédéral, 16 % des enfants de moins de 6 ans ont bénéficié d'au moins une plombémie entre 2008 et 2011. Parmi eux, la proportion d'enfants avec une plombémie ≥ 100 µg/l était de 0,7 % en 2008, et de 0,6 % en 2011, soit environ 5 fois plus faible qu'en France (pour la même classe d'âge et période d'étude).

Au Royaume-Uni et en Irlande, une étude débutée en juin 2010 vise notamment à estimer l'incidence du saturnisme (plombémie ≥ 100 µg/l) chez les enfants de moins de 16 ans. Un premier bilan fait état de 58 cas déclarés dont 22 cas confirmés et répondant aux critères d'inclusion. ■

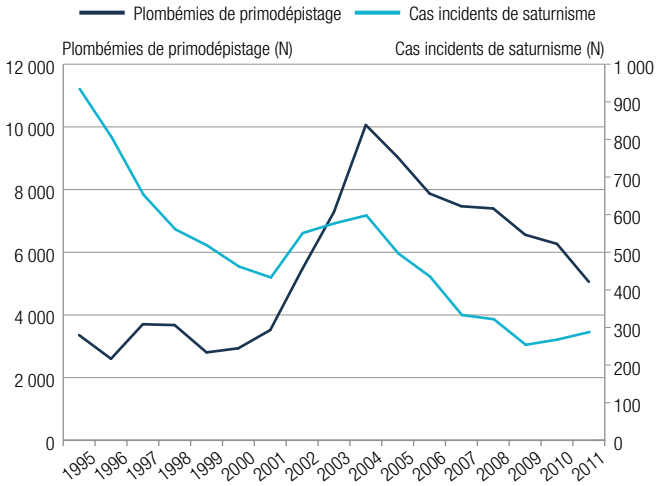
▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** InVS, département Santé environnement

Synthèse

La diminution de la proportion d'enfants atteints de saturnisme (plombémie ≥ 100 µg/l chez une personne de moins de 18 ans) parmi les enfants dépistés et celle du nombre de cas de saturnisme, suggère une certaine efficacité des mesures environnementales de prévention. Au regard de la couverture géographique du dépistage, des populations à risque pourraient y échapper. L'interprétation des tendances spatiotemporelles régionales est limitée car dans la plupart des régions, elles reflètent plutôt la mise en œuvre d'actions localisées et ponctuelles.

Graphique 1

Évolution de l'activité de dépistage du saturnisme chez l'enfant et du nombre de cas incidents en France, 1995-2011



Champ • France, [0-17 ans] (y compris enfants dépistés dans le cadre d'une adoption internationale).
Source • SNSPE, octobre 2013.

Tableau 1

Distribution des plombémies de primodépistage par région (hors adoptions internationales), 2008-2011

Région de domicile de l'enfant	2008		2009		2010		2011	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Centre	127	1,8	162	2,6	194	3,4	78	1,7
Île-de-France	4 602	63,6	4 025	64,7	3 753	66,3	2 883	61,8
Languedoc-Roussillon	238	3,3	167	2,7	117	2,1	203	4,3
Nord - Pas-de-Calais	740	10,2	550	8,8	440	7,8	324	6,9
Provence - Alpes - Côte d'Azur	389	5,4	242	3,9	270	4,8	224	4,8
Rhône-Alpes	320	4,4	286	4,6	217	3,8	194	4,2
Autres régions	824	11,4	793	12,7	670	11,8	761	16,3
Total	**7 240**	**100,0**	**6 225**	**100,0**	**5 661**	**100,0**	**4 667**	**100,0**

Champ • France, [0-17 ans] (hors enfants dépistés dans le cadre d'une adoption internationale).
Source • SNSPE, octobre 2013.

Tableau 2

Cas incidents de saturnisme chez l'enfant en France, selon le contexte de dépistage, 2008-2011

Cas incidents de saturnisme	2008		2009		2010		2011	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cas hors adoption internationale	295	91,6	213	83,9	208	77,6	256	88,9
Cas dépistés dans le cadre d'une adoption internationale	27	8,4	41	16,1	60	22,4	32	11,1
Total France	**322**	**100,0**	**254**	**100,0**	**268**	**100,0**	**288**	**100,0**

Champ • France, [0-17 ans] (y compris enfants dépistés dans le cadre d'une adoption internationale).
Source • SNSPE, octobre 2013.

▶ **Champ** : France, enfants âgés de 0 à 17 ans inclus. ▶ **Source** : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE), mis en œuvre par les médecins, les laboratoires de biologie médicale, les centres antipoison et de toxicovigilance, les agences régionales de santé et l'Institut de veille sanitaire (octobre 2013).
▶ **Mode de construction des indicateurs** :
– Enfants primodépistés : enfants ayant bénéficié d'un premier dosage de plombémie, quel qu'en soit le résultat.
– Cas incidents de saturnisme : enfants dont la plombémie était supérieure ou égale à 100 µg/l pour la première fois. Il peut s'agir d'une plombémie de primodépistage ou d'une plombémie de suivi si les plombémies précédentes étaient inférieures à 100 µg/l.
▶ **Limites d'interprétation** : Absence d'information sur les zones sans dépistage. Le SNSPE ne permet pas de disposer de données sur l'exposition de la population aux sources au plomb. ▶ **Biais connus** : Ces données ne sont pas exhaustives ; l'exhaustivité du système de surveillance a été estimée par des enquêtes auprès des laboratoires à plus de 90 % pour la période 2008-2011. ▶ **Référence** : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Saturnisme-chez-l-enfant
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Drépanocytose

Contexte

La drépanocytose est une maladie génétique de l'hémoglobine caractérisée par une déformation des hématies qui prennent une forme de croissant ou de faucille en cas d'anoxie (dite hémoglobine S ou Hb S). La drépanocytose est très fréquente parmi les populations d'origine africaine subsaharienne mais également en Asie, dans le bassin méditerranéen et au Moyen-Orient. Sa prévalence a augmenté en France du fait des mouvements de population et des migrations au cours des dernières décennies. 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 concernés résident essentiellement dans les DOM et en Île-de-France.

L'estimation de la prévalence de la drépanocytose en France n'est pas disponible. Toutefois, le dépistage néonatal, systématique dans les DOM depuis 1985 et progressif dans les groupes à risque en métropole à partir de 1995, permet de surveiller le nombre de cas de drépanocytose parmi les nouveau-nés ayant bénéficié d'un dépistage, selon les données de l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE). La prévalence de la drépanocytose néonatale dans les DOM et le nombre de nouveau-nés diagnostiqués parmi ceux ayant bénéficié d'un dépistage dans le reste de la France, donnent une indication de l'impact potentiel de cette affection.

L'indicateur principal, l'âge au décès des personnes atteintes, permet d'évaluer l'augmentation de la durée de vie des personnes atteintes de drépanocytose.

Indicateurs

▶ Nombre de nouveau-nés dépistés comme porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur en Île-de-France, dans les DOM et dans l'ensemble des autres régions

Le dépistage néonatal de la drépanocytose est ciblé sur des populations à risque en métropole. Il a été introduit progressivement à partir de 1994 et mis en place sur la totalité du territoire en 2000. De 2001 à 2012, 4 103 cas de drépanocytose majeure ont été détectés en France (hors Mayotte), soit 342 cas en moyenne par an (tableau 1). La majorité des cas sont dépistés en Île-de-France (54 % des cas en 2000-2012).

Le nombre de cas dépistés a augmenté à partir de la généralisation du dépistage. Cette augmentation est plus importante en France métropolitaine : + 21 % de 2001-2003 à 2010-2012 en Île-de-France, et + 49 % dans les autres régions. En Île-de-France, cette augmentation régulière de 2001-2003 à 2007-2009, ne s'est pas poursuivie sur la période 2010-2012. Dans les DOM, le nombre de cas dépistés est relativement stable au cours de la période 2001-2012.

▶ Prévalence de la drépanocytose néonatale (syndrome drépanocytaire majeur) dans les DOM

Dans le cadre du dépistage systématique réalisé dans les DOM, 769 cas de drépanocytose majeure ont été diagnostiqués entre 2001 et 2012 (tableau 2), soit en moyenne 64 cas chaque année au cours de cette période. La prévalence estimée sur le nombre de naissances dans chaque département reste relativement stable (tableau 2). Elle est plus élevée en Guyane (47 enfants dépistés pour 10 000 naissances) et plus faible à La Réunion (2 dépistés sur 10 000 naissances).

▶ Distribution de l'âge aux décès liés à la drépanocytose

Sur la période 2001-2010, 433 décès liés à la drépanocytose ont été enregistrés en France chez des individus porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur, soit 30 cas en moyenne par an.

En France métropolitaine, entre les périodes 2001-2005 et 2006-2010, la part des décès chez les 0-9 ans a diminué et un déplacement des décès vers les classes d'âge de 30-39 ans et de 40-49 ans est observé (graphique 1). Toutefois, les âges moyens et médians au décès n'évoluent pas significativement (tableau 3).

Dans les DOM, pour les mêmes périodes, l'évolution de l'âge de décès est proche de l'évolution en France métropolitaine pour les 0-9 ans avec une augmentation notable des décès chez les 50-59 ans (graphique 2). On observe une légère augmentation de l'âge médian, cependant non significative (tableau 3). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche :** Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13).

Synthèse

Sur la période 2001-2006, en moyenne, 304 enfants par an ont été dépistés à la naissance avec une drépanocytose majeure contre 380 enfants par an sur la période 2007-2012. L'augmentation régulière de nombre de cas dépistés en France métropolitaine de 2001-2003 à 2007-2009, ne s'est pas poursuivie sur la période 2010-2012 en Île-de-France. Dans les DOM la prévalence est stable sur l'ensemble de la période.
Sur la période 2001-2010, 432 décès liés à la drépanocytose ont été enregistrés en France chez des individus porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur. La distribution des âges au décès par tranches décennales se décale vers des âges plus élevés mais l'âge médian au décès n'est pas différent entre 2001-2005 et 2006-2010.

Tableau 1
Nombre de nouveau-nés dépistés comme porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur en Île-de-France, les DOM et le reste du pays (hors Mayotte)

Zone géographique	Années				Total
	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	
Île-de-France	485	550	639	617	2 291
DOM	176	210	202	181	769
Autres régions	174	227	300	342	1 043
Total France	835	987	1 141	1 140	4 103

Source • AFDPHE, données d'activité de dépistage néonatal.

Tableau 2
Prévalence de la drépanocytose néonatale dans les DOM de 2001 à 2012

Département	Prévalence pour 10 000 naissances				Total
	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	
Guadeloupe	23	40	34	43	35
Guyane	54	52	44	39	47
Martinique	25	24	31	19	25
La Réunion	1	1	2	3	2
Prévalence globale DOM	19	22	21	20	20

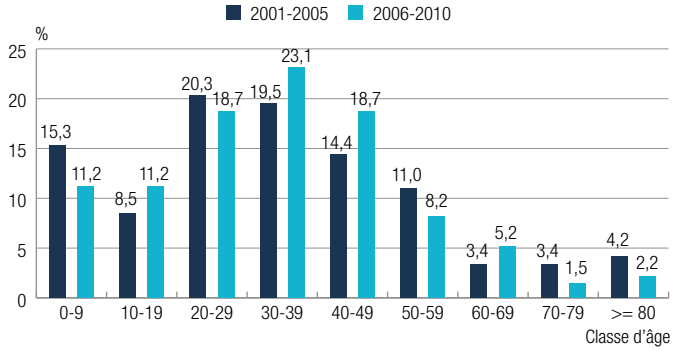
Source • AFDPHE, données d'activité de dépistage néonatal.

Tableau 3
Âge moyen et âge médian au décès liés à la drépanocytose selon la période pour la France métropolitaine et les DOM

Paramètres	France métropolitaine			DOM		
	2001-2005	2006-2010	Total	2001-2005	2006-2010	Total
Nombre de décès	118	134	252	88	93	181
Âge moyen	34,8	33,4	34,0	39,9	41,9	41,0
Age médian	32,0	33,5	33,0	41,5	44,0	42,0

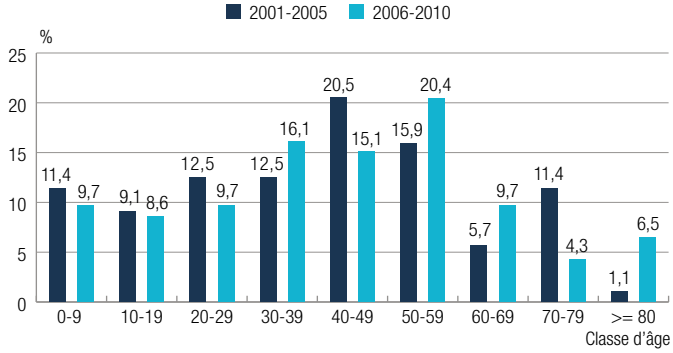
Source • Inserm-CépiDc. Exploitation : InVS.

Graphique 1
Distribution des décès liés à la drépanocytose selon la période et la classe d'âge, France métropolitaine, 2001-2010



Source • Inserm-CépiDc. Exploitation : InVS.

Graphique 2
Distribution des décès liés à la drépanocytose selon la période et la classe d'âge, DOM 2001-2010



Source • Inserm-CépiDc. Exploitation : InVS.

INDICATEUR • **Dépistage néonatal.**
▶**Champ** : France entière, DOM, 2001-2012. ▶**Sources** : Rapports d'activité 2000-2012 de l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE). ▶**Mode de construction des indicateurs** : Les indicateurs de dépistage sont construits avec le nombre d'enfants dépistés à la naissance pour les années indiquées. La prévalence globale est estimée à partir du nombre d'enfants diagnostiqués rapporté au nombre de naissances dans chaque département pour les années spécifiées. ▶**Limites d'interprétation** : Le dépistage est systématique à la naissance dans les DOM et ciblé sur des populations définies à risque en métropole. Le nombre total de personnes atteintes n'est pas connu.
▶**Organisme responsable de la production des indicateurs** : InVS.

INDICATEUR • **Âge au décès**
▶**Champ** : France entière, 2001-2010. ▶**Source** : Causes médicales de décès (Inserm-CépiDc). ▶**Mode de construction des indicateurs** : Les indicateurs sont construits sur la base du nombre de certificats de décès portant la mention de drépanocytose, avec un code de la CIM-10 en cause initiale ou en cause associée. Seuls les codes de la CIM-10 identifiant les drépanocytoses majeures ont été utilisés pour la sélection des certificats de décès : D570, D571, D572 et D578. Le code D573 (trait drépanocytaire) n'a pas été utilisé pour l'analyse des certificats de décès. ▶**Limites d'interprétation** : L'analyse présentée ici fait état de la mortalité en cause initiale et associée à la drépanocytose, mais dans ce second cas, la drépanocytose n'est pas considérée comme la cause directe du décès.
▶**Organisme responsable de la production des indicateurs** : InVS.

Santé des personnes âgées

De nombreuses pathologies sont plus fréquentes chez les personnes âgées sans en être spécifiques. Elles sont traitées dans les fiches thématiques correspondantes. Seules deux fiches sont présentées ici : ostéoporose et qualité de vie chez les proches de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Le lecteur pourra se reporter notamment aux fiches thématiques incluses dans le chapitre « Questions de santé chez l'adulte et pathologies » et aux indicateurs transversaux.

Qualité de vie chez les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Contexte

Près de 350 000 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée (ALD 15) de type maladie d'Alzheimer (MA) et maladies apparentées. Si l'on prend en compte les membres de la famille ou de l'entourage qui soutiennent leurs parents malades, on peut doubler le nombre de personnes concernées par ces affections.

Les proches de malades Alzheimer sont exposés à des facteurs de stress majeurs qui augmentent le risque de développer des problèmes tant physiques qu'émotionnels. Si le patient est frappé par la stigmatisation et est souvent absent des discours, l'entourage approuve unanimement l'idée que la maladie d'Alzheimer peut avoir des effets dévastateurs sur la famille des malades.

C'est dans ce cadre que l'INPES a mis en place un module de questions sur la thématique Alzheimer dans son Baromètre santé 2010. Les questions posées visent en particulier à repérer les personnes connaissant ou ayant connu une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer – qu'ils soient parents, amis ou voisins –, à déterminer la fréquence de l'aide qu'ils apportent, et à disposer de mesures de certains déterminants de santé comme la qualité de vie ou encore la prévalence de certains troubles psychiques et physiques. Cette fiche présente le retentissement qu'a la maladie d'Alzheimer sur la qualité de vie des proches, selon le profil de santé de Duke, mais aussi l'expression des plaintes et la participation sociale des personnes connaissant une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Indicateurs

▶ La qualité de vie selon le profil de santé de Duke : 17 paramètres pris en compte (encadré)

Les baromètres santé utilisent, depuis 1996, le profil de santé de Duke (Guillemin *et al.*, 1997) pour l'évaluation de la qualité de vie. Cet instrument comporte 17 questions (encadré) combinées entre elles pour former différentes échelles correspondant aux dimensions suivantes : physique, mentale, sociale, santé perçue, anxiété, douleur, estime de soi et dépression. Les scores obtenus après l'association des questions sont normalisés de 0, le score de santé le plus bas, à 100, excepté pour les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité et de douleur qui sont évalués en sens inverse : les scores optimaux prenant la valeur 0. Un score global nommé « santé générale », peut être également calculé en additionnant les dimensions physique, mentale et sociale.

▶ La proximité avec la maladie d'Alzheimer

Depuis 2010, le Baromètre santé s'intéresse aux personnes ayant ou ayant eu une ou plusieurs personnes atteintes de la MA dans leur entourage (famille, amis, voisins). Plus d'un quart (26,9 %) des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées sont concernées par la MA dans leur entourage (21,2 %, connaissent ou ont connu une seule personne malade et 5,7 %, plusieurs).

▶ Scores de qualité de vie des personnes en liens avec la maladie d'Alzheimer (graphique 1)

En termes de qualité de vie, selon le profil de santé de Duke, les personnes déclarant avoir au moins un proche diagnostiqué Alzheimer présentent des scores de santé générale, santé physique et de santé mentale moins bons que les autres ainsi que des scores d'anxiété, de dépression et de douleur significativement plus élevés.

▶ Relations entre qualité de vie et proximité de la MA (tableau 1)

La qualité de vie est associée, en analyse univariée, à la connaissance passée ou présente d'une personne atteinte de la MA, ces personnes montrant des niveaux significativement moins bons de qualité de vie dans plus de la moitié des dimensions considérées par le profil de santé de Duke.

Après ajustement sur le sexe, l'âge et le diplôme, on constate une association significative entre le fait d'avoir un proche diagnostiqué Alzheimer et les scores de santé générale, santé physique et mentale, d'estime de soi, d'anxiété, de dépression et de douleur.

▶ Plaintes exprimées et vie sociale des personnes connaissant ou ayant connu une personne atteinte de la MA (graphique 2)

Lorsque les associations sont considérées de façon isolée, on constate une association significative entre la connaissance d'une personne atteinte de la MA et les plaintes d'ordre cognitif exprimées au cours des 8 derniers jours : 55,4 % déclarent avoir eu des problèmes de sommeil (*versus* 47,5 % parmi les personnes n'ayant aucun proche atteint), 66,1 % des douleurs « quelque part » (*versus* 59,1 %), 76,9 % l'impression d'être fatigués (*versus* 70,4 %), 35,4 % ont été tristes ou déprimés (*versus* 31,6 %), 65,3 % ont été tendus ou nerveux (*versus* 59,6 %).

Cependant, les personnes concernées déclarent une « vie sociale » comparable aux autres au cours des 8 derniers jours, que ce soit sur le fait d'avoir rencontré des gens de leur famille ou des amis au cours de conversations ou de visites, ou d'avoir eu des activités soit de groupe soit de loisirs. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : INPES

Synthèse

Peu d'études sont disponibles en France sur la qualité de vie des proches d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Nos résultats mettent en avant une qualité de vie dégradée et des plaintes d'ordre cognitif supérieures par rapport aux personnes non concernées par la maladie. Cependant les proches de malades semblent conserver une vie sociale comparable aux autres. La question ne permet cependant pas de discriminer les proches connaissant actuellement un malade de ceux en ayant connu un dans le passé.

▶**Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans, francophones, résidant en ménage ordinaire. ▶**Source** : Baromètre santé 2010 – Inpes.. ▶**Mode de construction des indicateurs** : L'enquête Baromètre santé 2010 a été réalisée du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 auprès d'un échantillon représentatif de 27 653 individus âgés de 15 à 85 ans. Dans le cadre spécifique à la maladie d'Alzheimer, un module spécifique a été soumis à 4 518 personnes avec la question suivante : « Avez-vous ou avez-vous eu, dans votre entourage (famille, amis, voisins), une personne atteinte de la MA ? », avec les modalités de réponse suivante : « Oui, une seule », « Oui, plusieurs », « Non », [Nsp]. ▶**Référence** : Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.M., Bouchet C., Briançon S., 1997, « Le profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé », *Santé publique*, 03, n° 1, p. 35-44.
▶**Organisme responsable de la production dee indicateurs** : INPES.

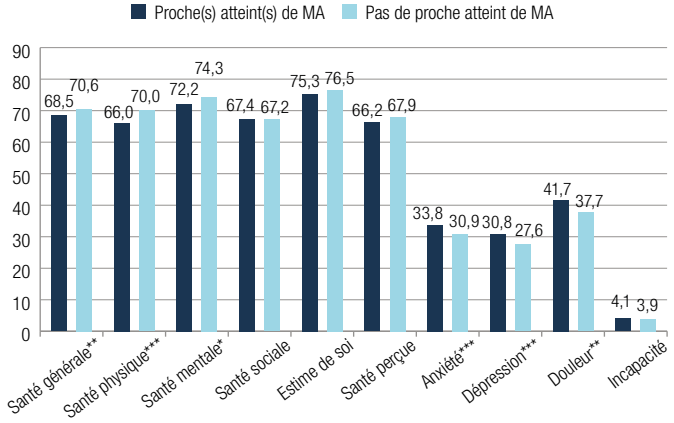
ENCADRÉ

Les questions du profil de santé de Duke

Questions	Dimensions
Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas…	
Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
Au fond, je suis bien portant	Santé perçue
Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
Je suis content de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview…	
Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des 8 derniers jours…	
Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école (12-17 ans)	Sociale
Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversation ou de visites (18 ans et plus)	Sociale
Vous avez eu des activités de groupe ou de loisirs	Sociale
Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique pour raison de santé	Incapacité

GRAPHIQUE 1

Scores moyens de qualité de vie selon le profil de Duke chez les personnes de 15-85 ans en fonction de la connaissance présente ou passée ou non d'un proche atteint de la MA



* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001
Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES.

TABLEAU 1

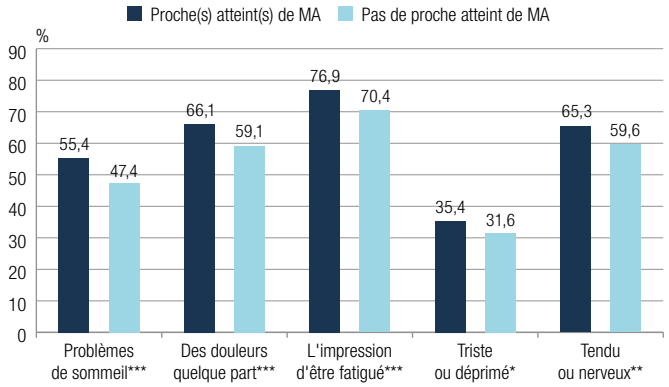
Régressions logistiques ajustées sur le sexe, l'âge et le diplôme

Scores du profil de santé de DUKE (n = 4 518)	OR	IC à 95 %
Score santé générale		
par unité	0,990***	[0,985-0,995]
Score santé physique		
par unité	0,991***	[0,988-0,995]
Score santé mentale		
par unité	0,994**	[0,990-0,998]
Score santé sociale		
par unité	1,00	[0,995-1,003]
Score estime de soi		
par unité	0,995*	[0,991-1,000]
Score santé perçue		
par unité	0,998	[0,996-1,001]
Score d'anxiété		
par unité	1,009***	[1,005-1,013]
Score de dépression		
par unité	1,008***	[1,004-1,012]
Score de douleur		
par unité	1,003**	[1,001-1,005]
Score d'incapacité		
par unité	1,001	[0,996-1,005]

OR : *odds ratio*.
IC : intervalle de confiance.
* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001
Note • Résultats où la variable dépendante est la connaissance présente ou passée d'un malade Alzheimer et la variable indépendante les différents indicateurs de qualité de vie selon le profil de santé de Duke parmi les 15-85 ans (résultats de 10 régressions logistiques ; N = 4 518).
Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES.

GRAPHIQUE 2

Plaintes exprimées au cours des 8 derniers jours par les personnes de 15-85 ans en fonction du fait d'avoir ou pas un lien présent ou passé avec une personne atteinte de la MA (en %)



* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001
Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES.

Ostéoporose

Contexte

Maladie silencieuse, l'ostéoporose[1] atteint préférentiellement les femmes et sa prévalence croît avec l'âge. Elle est souvent diagnostiquée lors de la survenue de fractures qui constituent la plus grave de ses conséquences, source majeure de handicap et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Les fractures les plus fréquentes sont les tassements vertébraux, les fractures du poignet et celles de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) dites « fractures du col du fémur ». Elles surviennent souvent à la suite de chutes à domicile, fréquentes chez les personnes âgées : plus de 20 % des 65 ans ou plus en déclarent au moins une au cours des 12 derniers mois (Baromètre santé, 2010, INPES). Les campagnes de prévention des chutes, l'activité physique et le traitement médicamenteux sont des moyens efficaces pour diminuer l'incidence de ces fractures. Ces actions de prévention ont fait l'objet de recommandations par la Haute Autorité de santé (« Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée», fiche de synthèse, novembre 2005). La FESF nécessitant toujours une hospitalisation, et donc étant susceptible d'être connue dans les bases médico-administratives associées, son incidence est un bon indicateur, d'autant qu'elle entraîne 5 % de décès au cours du séjour hospitalier initial (Oberlin *et al.*, 2010) et environ 25 % à 12 mois (Panula *et al*, 2011).

Indicateur

▶ Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus (taux brut et standardisé)

En 2012, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ont enregistré 72 100 séjours motivés par une fracture du col du fémur chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (tableau 1). Ce nombre est proche de celui de 1997, alors que les personnes âgées de 65 ans ou plus ont augmenté de 2 millions.

Le taux brut d'incidence globale, en 2012, chez les personnes de 65 ans ou plus, est de 64,4 pour 10 000, deux fois et demie plus élevé chez les femmes (85,2 pour 10 000) que chez les hommes (35,4 pour 10 000). Quinze ans plus tôt, ces taux étaient respectivement de 104,0 et 40,8. Comme les années précédentes, le taux augmente avec l'âge pour les deux sexes (tableau 2).

En 2012, 77 % des séjours concernaient des femmes ; celles-ci ont représenté deux tiers des séjours effectués par les 65-74 ans, les trois-quarts de ceux des 75-84 ans et 80 % de ceux des 85 ans ou plus.

Les taux standardisés ont baissé de 2,4 % par an en moyenne, soit de 36 % en 15 ans. Cette baisse a été plus rapide chez les femmes (- 2,4 % par an) que chez les hommes (- 2,0 %). La plus grande activité physique des personnes âgées, une meilleure prise en charge de l'ostéoporose (détection et traitement), les campagnes de prévention des chutes sont des facteurs possibles de cette diminution.

Les variations régionales des taux standardisés d'hospitalisation sont relativement faibles. En 2012, l'écart au taux national était inférieur à 15 % dans 22 régions sur 26. Les départements français d'Amérique (DFA) ont été les moins touchés par la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, avec des taux standardisés très inférieurs au taux national : - 57 % en Martinique, - 50 % en Guadeloupe et - 48 % en Guyane pour les deux sexes (tableau 3). En revanche, La Réunion, avec un taux élevé d'hommes (+ 15 %) et un taux bas de femmes (- 11 %), est proche de la moyenne nationale. En France métropolitaine, cinq régions s'éloignent de plus de 10 % de la moyenne nationale, la Haute-Normandie et le Centre (respectivement - 12 et - 13 %), le Languedoc-Roussillon et l'Alsace (respectivement + 12 et + 13 %). La Corse est la seule région de métropole qui s'écarte nettement de la moyenne nationale (+ 24 %). Cet indicateur n'est pas disponible dans les bases internationales. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DREES

1. Voir également fiche « Accidents de la vie courante ».

Synthèse

Le suivi des hospitalisations pour fracture du col du fémur, conséquence la plus grave de l'ostéoporose, montre une décroissance de son incidence puisque, malgré l'augmentation des personnes âgées, le nombre de fractures est stable. Cette diminution a été de 36 % en 15 ans, concernant les deux sexes, même si la diminution chez les hommes est plus lente que chez les femmes. Les variations régionales sont assez faibles sauf dans les départements français d'Amérique où l'incidence est nettement inférieure. On peut penser que la meilleure prise en charge de l'ostéoporose depuis deux décennies a joué un rôle important dans cette évolution. La forte incidence des fractures chez les personnes très âgées doit inciter à ne pas relâcher les efforts faits pour prévenir les fractures ostéoporotiques.

Tableau 1
Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'incidence[1]			Taux standardisé d'incidence[1-2]		
	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes
1997	15 000	56 800	71 800	40,8	104,0	78,6	49,7	96,2	80,5
2000	15 000	57 300	72 300	38,6	100,6	75,5	47,1	93,0	77,3
2003	15 400	56 400	71 800	38,0	95,3	72,0	46,2	88,0	74,0
2006	15 900	55 900	71 800	37,7	91,4	69,5	43,8	81,0	68,2
2007	16 500	56 500	73 000	38,8	92,1	70,3	43,5	78,8	66,5
2008	17 121	56 354	73 475	39,8	91,2	70,1	43,3	75,8	64,5
2009	17 100	56 400	73 500	39,9	92,5	70,8	42,7	75,4	63,8
2010	18 100	58 500	76 600	40,8	93,0	71,4	42,9	74,3	63,2
2011	16 700	55 200	71 900	37,0	86,9	66,2	38,3	68,2	57,5
2012	16 600	55 500	72 100	35,4 p	85,2 p	64,4 p	36,5 p	66,5 p	55,7 p

p : données provisoires.
1. Taux pour 10 000 résidents.
2. Standardisation sur la population de l'Union européenne au 1er janvier 2010.
Champ • Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.
Source • PMSI-MCO, ATIH. Exploitation DREES.

Tableau 2
Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon l'âge en 2012

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
65 à 74 ans	2 600	4 900	7 500
75 à 84 ans	6 300	19 000	25 300
85 ans ou plus	7 700	31 600	39 300
Total 65 ans ou plus	16 600	55 500	72 100
Taux brut d'incidence[1] p			
65 à 74 ans	10,4	17,3	14,1
75 à 84 ans	38,0	77,9	61,7
85 ans ou plus	144,3	256,0	222,3
Total 65 ans ou plus	35,4	85,2	64,4
Taux standardisé d'incidence[1-2] p	36,5	66,5	55,7

p : données provisoires.
1. Taux pour 10 000 résidents.
2. Standardisation sur la population de l'Union européenne au 1er janvier 2010.
Champ • Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.
Source • PMSI-MCO, ATIH. Exploitation DREES.

Tableau 3
Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon la région de résidence en 2012

Région de résidence	Nombre de séjours	Taux brut d'incidence[1] p	Taux standardisé d'incidence[1-2] p
Île-de-France	9 140	58,5	51,9
Champagne-Ardenne	1 420	60,2	52,2
Picardie	1 790	60,2	54,1
Haute-Normandie	1 660	54,8	48,4
Centre	2 900	58,8	49,2
Basse-Normandie	1 760	60,8	51,3
Bourgogne	2 300	67,9	55,9
Nord - Pas-de-Calais	3 530	59,4	53,8
Lorraine	2 690	66,7	60,4
Alsace	2 020	68,4	62,9
Franche-Comté	1 380	65,7	58,0
Pays de la Loire	4 070	63,7	53,5
Bretagne	4 040	65,8	56,8
Poitou-Charentes	2 420	64,1	52,9
Aquitaine	4 600	70,4	58,5
Midi-Pyrénées	4 250	74,7	61,0
Limousin	1 180	68,8	54,0
Rhône-Alpes	6 850	65,2	57,4
Auvergne	1 930	68,1	56,9
Languedoc-Roussillon	3 910	72,0	62,3
Provence - Alpes - Côte d'Azur	7 040	70,5	60,7
Corse	490	74,6	69,3
Guadeloupe	150	24,7	23,9
Martinique	190	29,5	28,0
Guyane	30	24,0	28,7
La Réunion	360	46,9	53,5
France entière	72 100	64,4	55,7

p : données provisoires.
1. Taux pour 10 000 résidents.
2. Standardisation sur la population de l'Union européenne au 1er janvier 2010.
Champ • Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.
Source • PMSI-MCO, ATIH. Exploitation DREES.

INDICATEUR • **Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus (taux brut et standardisé)**

▶**Champ** : France entière. ▶**Source** : Base nationale PMSI-MCO (DGOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM-10 S72.0 à S72.2 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 en l'absence d'un diagnostic de fracture du col du fémur. Ont été exclus les doubles comptes, les prises en charge spécifiques et les erreurs vraisemblables de codage. La population utilisée pour le calcul des taux standardisés est celle de l'Union européenne au 1er janvier 2010 (Eurostat). ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Il s'agit de données redressées pour pallier le défaut d'exhaustivité du PMSI, évaluées par comparaison avec le nombre de journées de la statistique annuelle des établissements (SAE).
▶**Références** :
– Oberlin P., Mouquet M.-C., 2010, « Les fractures de col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? », *Études et Résultats*, DREES, nº 723.
– Panula J. *et al.*, 2011, « Mortality and Cause of Death in Hip Fracture Patients Aged 65 or Older », *BMC Musculoskelet Disord*, 12, 105.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

QUESTIONS DE SANTÉ ET PATHOLOGIES

Cancer **199**
Incidence, mortalité et survie par type de cancers 200
Cancer du sein 206
Dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) 208
Cancer du col de l'utérus 212
Cancers cutanés 214

Maladies cardio-vasculaires **219**
Cardiopathies ischémiques 220
Accidents vasculaires cérébraux 222
Insuffisance cardiaque 226
Maladie veineuse thromboembolique 230

Diabète **235**
Surveillance des personnes diabétiques 236
Complications du diabète 240

Nephrologie **245**
Insuffisance rénale chronique terminale (IRTC) 246

Santé mentale **251**
Suicide et tentatives de suicide 252
Épisode dépressif caractérisé déclaré 254
Les troubles de l'humeur pris en charge 256
Troubles psychotiques 262

Maladies respiratoires **267**
Bronchopneumopathie chronique obstructive 268
Asthme 270

Neurologie **273**
Maladie de Parkinson 274

Limitations fonctionnelles **277**
Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité 278
Atteintes de la vision chez l'adulte 280
Atteintes de l'audition chez l'adulte 282

VIH - Hépatites - IST **285**
Infections VIH-sida 286
Hépatites B et C 288
Infections sexuellement transmissibles 290
Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques 292

Autres maladies infectieuses **297**
Tuberculose 298
Légionellose 300
Couverture vaccinale grippe 302

Insécurité routière et accidents de la vie courante **305**
Insécurité routière 306
Accidents de la vie courante (AcVC) 308

La santé bucco-dentaire **313**
Santé bucco-dentaire des adultes 314
Santé bucco-dentaire des femmes enceintes 316

Cancer

Incidence, mortalité et survie par type de cancers

Contexte

Depuis 2003, les cancers font l'objet d'un plan national de lutte, renouvelé en 2009 puis en 2014. Le plan 2014-2019 prévoit d'appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées (objectif 15), permettant notamment de mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers. Afin de répondre aux objectifs de surveillance épidémiologique des différents plans cancer, les principaux acteurs de cette surveillance – le réseau français des registres des cancers/Francim, le service de biostatistique des hospices civils de Lyon, l'Institut de veille sanitaire et l'Institut national du cancer – se sont rassemblés autour d'un programme de travail commun afin de fournir régulièrement des informations d'aide à la décision politique comme l'incidence, la mortalité et la survie.

Indicateurs

▶ Estimation et tendance du nombre de nouveaux cas de cancer (incidence)

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 000 (200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme), soit plus du double qu'en 1980 (170 000 cas estimés). Cette hausse reflète pour moitié les changements démographiques intervenus sur la période : accroissement de la population (qui augmente mécaniquement le nombre de cancers) et vieillissement (la majorité des cancers survenant chez les sujets âgés). Néanmoins, le nombre de nouveaux cas a diminué pour 4 localisations sur 15 chez l'homme (lèvre-cavité orale-pharynx, larynx, œsophage, estomac) et pour 2 sur 17 chez la femme (col de l'utérus, estomac) entre 1980 et 2012. Représentant 28 % des cas masculins de cancer, le cancer de la prostate reste le plus fréquent en 2012 devant les cancers du poumon (14 %) et du côlon-rectum (12 %). Chez la femme, le cancer du sein est le plus fréquent (31 % des cas féminins de cancer) devant les cancers colorectal (12 %) et du poumon (7 %) (graphique 1). L'âge médian au diagnostic est estimé à 68 ans chez l'homme, variant de 36 ans pour le cancer du testicule, à 74 ans pour le cancer de la vessie. Chez la femme, il est estimé à 67 ans, variant de 51 ans pour le cancer du col de l'utérus, à 79 ans pour le cancer de la vessie.

Étudiées pour la première fois selon 15 sous-types histologiques en utilisant une méthode d'estimation de l'incidence différente de celle des tumeurs solides, les hémopathies malignes représentent 10 % des cas de cancer en 2012 (19 400 cas chez l'homme et 15 600 chez la femme). Plus des deux tiers sont des hémopathies lymphoïdes. Globalement, les hémopathies malignes sont plus fréquentes chez l'homme et plus de la moitié surviennent après 60 ans. La médiane d'âge au diagnostic de trois hémopathies est inférieure à 60 ans (lymphome de Hodgkin classique, leucémie/lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs B, T ou sans indication, leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire). Pour toutes les autres, l'âge médian au diagnostic s'échelonne de 62 à 78 ans chez l'homme et de 64 à 81 ans chez la femme (respectivement pour la leucémie myéloïde chronique et les syndromes myélodysplasiques). Les quatre types d'hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012, et qui représentent la moitié de la totalité des nouveaux cas d'hémopathies malignes, sont le myélome multiple/plasmocytome, la leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique, le lymphome diffus à grandes cellules B et les syndromes myélodysplasiques. Le nombre de nouveaux cas a augmenté pour 9 types d'hémopathies. Le myélome multiple/plasmocytome présente la plus forte augmentation entre 1980 et 2012 (3 300 cas supplémentaires tous sexes confondus) (graphique 2).

▶ Estimation et tendance du nombre de décès par cancer (mortalité)

En 2012, le nombre de personnes décédées d'un cancer en France métropolitaine est estimé à 148 000 (85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme), soit 15 % de plus qu'en 1980 (129 000 cas estimés). Cette hausse est principalement due aux changements démographiques alors que le risque de décéder d'un cancer a diminué. Entre 1980 et 2012, le nombre de décès a diminué pour 6 localisations sur 13 chez l'homme (larynx, testicule, lèvre-cavité orale-pharynx, œsophage, estomac et dans une bien moindre mesure thyroïde) et pour 4 localisations sur 17 chez la femme (estomac, col de l'utérus, thyroïde, larynx). Représentant un quart des décès par cancer chez l'homme en 2012, le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer devant les cancers colorectal et de la prostate (environ 10 % des décès masculins pour chacun de ces cancers). Chez la femme, le cancer du sein est la première cause de décès par cancer (19 % des décès féminins par cancer). Le cancer du poumon se positionne désormais au deuxième rang juste devant le cancer colorectal (environ 13 % des décès féminins pour chacun de ces cancers) (graphique 1). Le codage des données de mortalité ne permettant pas de distinguer les hémopathies malignes selon les 15 sous-types, les estimations de mortalité ne peuvent être fournies pour ces pathologies.

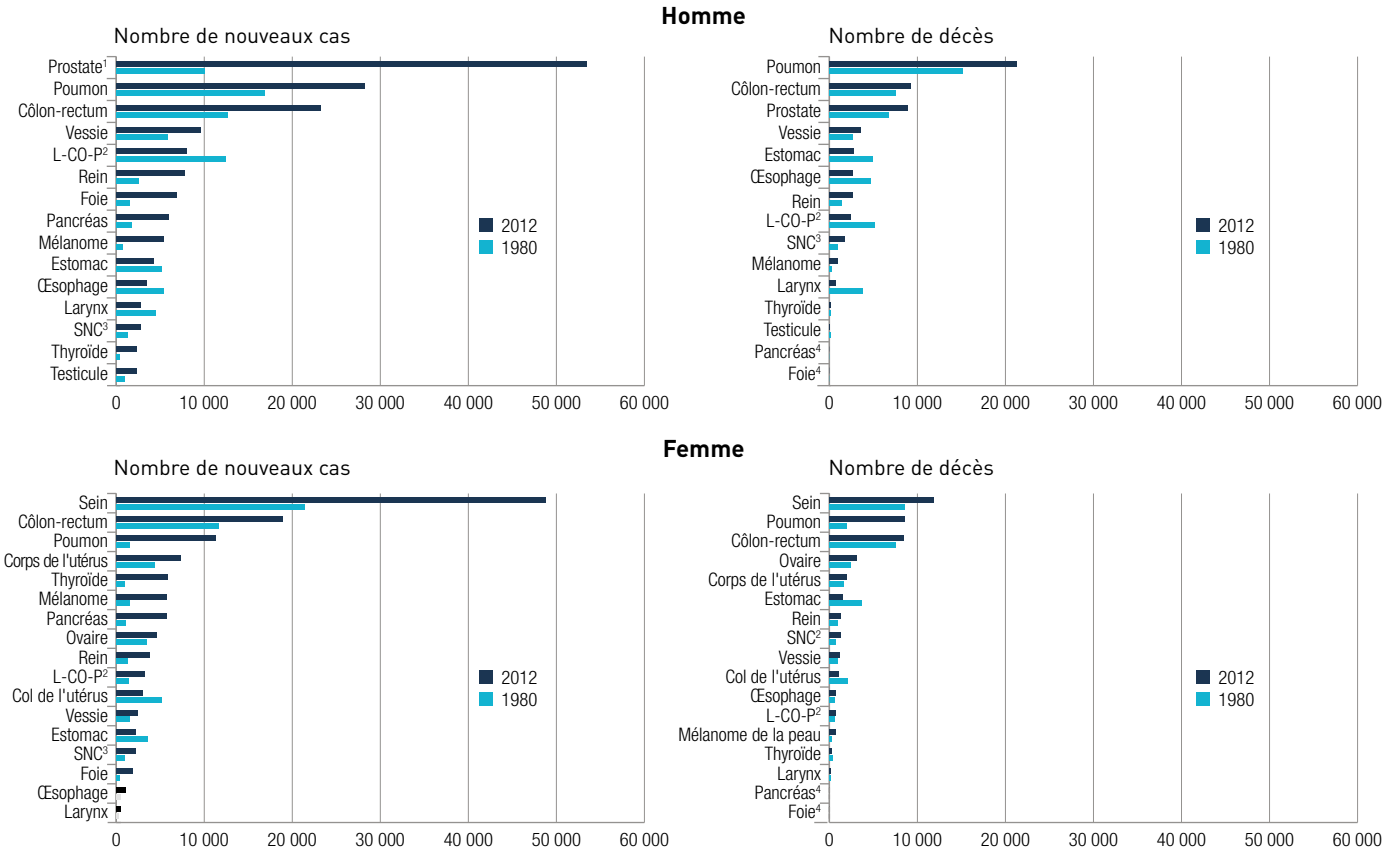
▶ Estimation et tendance des taux standardisés d'incidence et de mortalité

En 2012, le taux d'incidence standardisé sur l'âge de la population mondiale est de 362,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 252,0 chez la femme en France métropolitaine. Depuis 1980, ce taux a augmenté de 27,9 % chez l'homme et de 42,9 % chez la femme, soit environ 1 % par an (en moyenne + 0,8 % par an chez l'homme et + 1,1 % chez la femme). Cette hausse résulte, en partie, d'une meilleure détection des cancers (entraînant une augmentation du nombre de cas diagnostiqués) et d'une augmentation du risque de cancer (même si ce dernier n'a augmenté que de façon plus modeste), en lien notamment avec le recul de la mortalité cardio-vasculaire. Toutefois, cette tendance est modifiée depuis 2005, avec une diminution du taux d'incidence chez l'homme (en moyenne - 1,3 % par an) et une augmentation moins importante de ce taux chez la femme (en moyenne + 0,2 % par an). Ces tendances sont liées à celles des cancers de la prostate et du sein qui sont les plus fréquents et pour lesquels une tendance à la baisse de leur incidence est observée depuis 2005. Elles sont aussi liées à une stabilité de l'incidence de certains cancers (côlon-rectum et poumon chez les hommes) depuis 2005 (tableau 1).

En 2012, le taux de mortalité standardisé sur l'âge de la population mondiale est de 133,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 73,2 chez la femme en France métropolitaine. Il a diminué au cours de la période 1980-2012, en moyenne de 1,5 % par an chez l'homme et de 1,0 % chez la femme (tableau 1). Les taux de mortalité par cancer sont toujours plus élevés chez l'homme que chez la femme mais ils diminuent plus rapidement chez l'homme, en lien avec la réduction des consommations d'alcool et de tabac.

Graphique 1

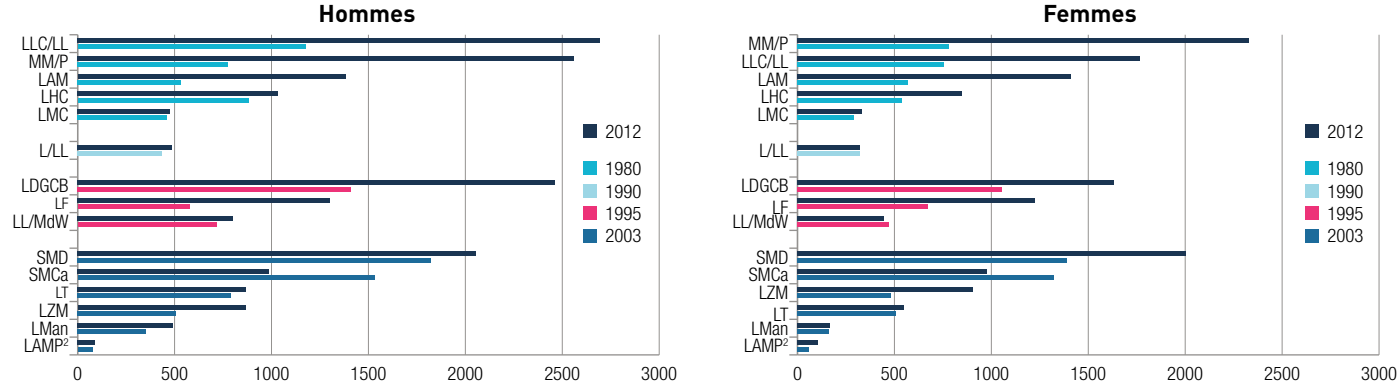
Estimation du nombre de nouveaux cas et de décès par tumeur solide en France métropolitaine, en 1980 et en 2012, chez l'homme et chez la femme



1. Pour le cancer de la prostate, l'estimation de l'incidence la plus récente concerne l'année 2009 et non la dernière année de la période d'étude (2012). En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est très « hasardeuse » pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures de l'incidence de ce cancer observées dans les registres des cancers sur la période la plus récente (forte baisse de 2005 à 2009, 2009 étant la dernière année disponible dans les registres lors de la réalisation des estimations).
2. L-CO-P : lèvre, cavité orale, pharynx.
3. SNC : système nerveux central.
4. Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.
Source • Francim-HCL-InVS-INCa 2013.

Graphique 2

Estimation du nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes en France métropolitaine, en 1980 ou 1990 ou 1995 ou 2003[1], et en 2012, chez l'homme et chez la femme



L/LL : Leucémie/lymphome lymphoblastique à cellules (B, T ou sans autre indication). LAM : Leucémies aiguës myéloïdes. LAMP : Leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire. LDGCB : Lymphome diffus à grandes cellules B. LF : Lymphome folliculaire. LHC : Lymphome de Hodgkin classique. LL/MdW : Lymphome lymphoplasmocytaire/macroglobulinémie de Waldenström. LLC/LL : Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique. LMan : Lymphome du manteau. LMC : Leucémie myéloïde chronique. LT : Lymphome T/NK à cellules matures. LZM : Lymphome de la zone marginale. MM/P : Myélome multiple & plasmocytome. SMCa : Autres syndromes myéloprolifératifs chroniques. SMD : Syndromes myélodysplasiques.
1. Pour chaque entité, une « période d'incidence utilisable » a été préalablement définie correspondant aux années pour lesquelles l'ensemble des registres du réseau Francim l'a recueillie de façon homogène. En conséquence, en fonction des entités, la date de début concerne une année différente.
2. La leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire fait partie des leucémies aiguës myéloïdes.
Source • Francim-HCL-InVS-INCa 2013.

Incidence, mortalité et survie par type de cancers (suite)

L'analyse conjointe, par localisation, des tendances 1980-2012 des taux d'incidence et de mortalité standardisés permet de mettre en évidence trois situations (tableau 1) :

• des cancers cumulant une augmentation de ces deux taux : cancer du poumon chez la femme avec une accélération de cette augmentation depuis 2005, mélanomes cutanés et cancers du système nerveux central pour les deux sexes avec toutefois un ralentissement de la hausse des taux d'incidence standardisés de ces deux cancers et une baisse ou une stabilisation de leurs taux de mortalité standardisés depuis l'année 2000 ;

• à l'inverse, des cancers cumulant une diminution de ces deux taux, notamment le cancer de l'estomac pour les deux sexes, en lien avec des modifications des habitudes alimentaires et la diminution de la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*. Chez l'homme, ces tendances sont également observées pour les cancers de l'œsophage, de la lèvre-cavité orale-pharynx et du larynx, et s'expliquent par la diminution des consommations de tabac et d'alcool, principaux facteurs de risque de ces cancers. Chez la femme, ces tendances sont observées pour le cancer du col de l'utérus et s'expliquent essentiellement par l'identification plus fréquente de lésions pré-invasives et de cancers à un stade précoce grâce à la pratique du dépistage par frottis cervico-utérin ;

• des cancers caractérisés par une augmentation de leur incidence et une baisse de leur mortalité en raison de l'amélioration des traitements, d'une meilleure détection (par exemple le cancer du sein) voire d'un surdiagnostic. Cette situation concerne la majorité des localisations cancéreuses.

▶ Survie nette à 5 et 10 ans par localisation cancéreuse

La survie des patients atteints d'un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2004 varie considérablement selon le cancer, de 1 % pour la survie nette à 10 ans des hommes atteints d'un mésothéliome pleural à 93 % pour le cancer du testicule. Elle varie de 5 % chez les femmes atteintes d'un cancer du pancréas à 92 % pour le cancer de la thyroïde (tableau 2). Les cancers de mauvais pronostic (survie nette à 10 ans < 33 %) représentent 40 % des cas de cancer chez l'homme et seulement 16 % chez la femme. Les cancers de bon pronostic (survie nette à 10 ans > = 66 %) concentrent plus de la moitié des cas chez la femme et 28 % chez l'homme. Ces différences s'expliquent en grande partie par une fréquence plus élevée de cancers de très mauvais pronostic chez les hommes, notamment ceux associés au tabac et à l'alcool (cancers du poumon, œsophage, foie et dans une moindre mesure hypopharynx) alors que les femmes ont une incidence plus élevée de certains cancers de bon pronostic (cancers du sein et de la thyroïde). Tous sexes confondus, une amélioration de la survie nette à 5 ans des patients est observée entre les périodes de diagnostic 1989-1991 et 2001-2004, pour la plupart des cancers (graphique 3) en lien avec le développement de diagnostics plus précoces (grâce notamment aux dépistages organisés) et les progrès thérapeutiques. ■

▶▶▶ Organismes responsables de la production de la fiche : InVS et INCa

Synthèse

Les cancers – considérés dans leur ensemble – sont caractérisés par une augmentation de leur incidence et une diminution de leur mortalité sur la période 1980-2012. Cette évolution s'explique par l'amélioration des traitements et par l'effet combiné de la diminution d'incidence des cancers de mauvais pronostic et l'augmentation d'incidence des cancers de meilleur pronostic, cette augmentation étant liée, en partie, à des modifications des pratiques médicales qui entraînent des diagnostics plus précoces voire du surdiagnostic. Cependant, pour la première fois, on observe depuis 2005 des changements d'évolution de l'incidence avec une diminution chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers de la prostate et du sein, cancers les plus fréquents. Par ailleurs, pour le cancer du poumon chez la femme, les évolutions, dominées par une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité, restent préoccupantes pour un cancer dont la survie n'évolue pas.

Tableau 2

Survie nette à 10 ans des personnes atteintes de cancer en France, selon le sexe et la localisation de cancer, période 1989-2007

HOMME	FEMME
Cancers de mauvais pronostic : survie nette à 10 ans inférieure à 33 %	
Mésothéliome de la plèvre (1 %), Foie (4 %), Pancréas (4 %), Œsophage (7 %), Poumon (9 %), Système nerveux central (12 %), Hypopharynx (15 %), Leucémies aiguës myéloïdes (15 %), Syndromes myélodysplasiques (16 %), Voies biliaires (16 %), Estomac (19 %), Langue (20 %), Oropharynx (20 %), Myélome multiple & plasmocytome (21 %), Cavité orale (25 %), Lymphomes/leucémies lymphoblastiques à cellules précurseurs (B, T ou SAI) (31 %)	Pancréas (5 %), Foie (6 %), Mésothéliome de la plèvre (6 %), Œsophage (9 %), Poumon (12 %), Voies biliaires (14 %), Système nerveux central (15 %), Leucémies aiguës myéloïdes (18 %), Hypopharynx (19 %), Estomac (20 %), Myélome multiple & plasmocytome (20 %), Syndromes myélodysplasiques (27 %), Cavités nasales* (28 %), Lymphomes/leucémies lymphoblastiques à cellules précurseurs (B, T ou SAI) (31 %), Oropharynx (32 %), Ovaire (32 %)
Cancers avec une survie nette à 10 ans comprise entre 33 % et 65 %	
Leucémie myéloïde chronique (35 %), Nasopharynx (38 %), Cavités nasales* (39 %), Larynx (40 %), Os, articulations et cartilages articulaires (40 %), Lymphome diffus à grandes cellules B (41 %), Intestin grêle (42 %), Vessie (43 %), Lymphome lymphoplasmocytique/Maladie de Waldenström (44 %), Rectum (46 %), Glandes salivaires (47 %), Côlon-rectum (48 %), Côlon (50 %), Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique (52 %), Lymphome T/NK à cellules matures (52 %), Sarcomes des tissus mous (53 %), Rein (54 %), Pénis (56 %), Autres syndromes myéloprolifératifs chroniques (62 %), Mélanome de l'uvée (63 %), Lymphomes folliculaires (65 %)	Intestin grêle (34 %), Langue (34 %), Vulve et vagin (35 %), Leucémie myéloïde chronique (38 %), Lymphome diffus à grandes cellules B (38 %), Cavité orale (40 %), Vessie (40 %), Lymphome lymphoplasmocytique/Maladie de Waldenström (47 %), Sarcomes des tissus mous (47 %), Nasopharynx (48 %), Larynx (50 %), Rectum (51 %), Côlon (52 %), Côlon-rectum (52 %), Os, articulations et cartilages articulaires (54 %), Lymphomes folliculaires (58 %), Rein (58 %), Col utérin (59 %), Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique (59 %), Lymphome T/NK à cellules matures (59 %), Glandes salivaires (61 %), Mélanome de l'uvée (62 %)
Cancers de bon pronostic : survie nette à 10 ans supérieure ou égale à 66 %	
Prostate (70 %), Lymphome de Hodgkin (73 %), Mélanome de la peau (76 %), Thyroïde (81 %), Lèvre (88 %), Testicule (93 %)	Autres syndromes myéloprolifératifs chroniques (67 %), Corps utérin (68 %), Sein (76 %), Lymphome de Hodgkin (81 %), Mélanome de la peau (83 %), Lèvre (89 %), Thyroïde (92 %)

* Cavités nasales : fosses nasales, sinus annexes de la face, oreille moyenne et interne.

Lecture • La survie nette à 10 ans du mésothéliome de la plèvre est de 1 % chez l'homme et de 6 % chez la femme.

Source • Francim-HCL-InVS-INCa 2013.

Tableau 1

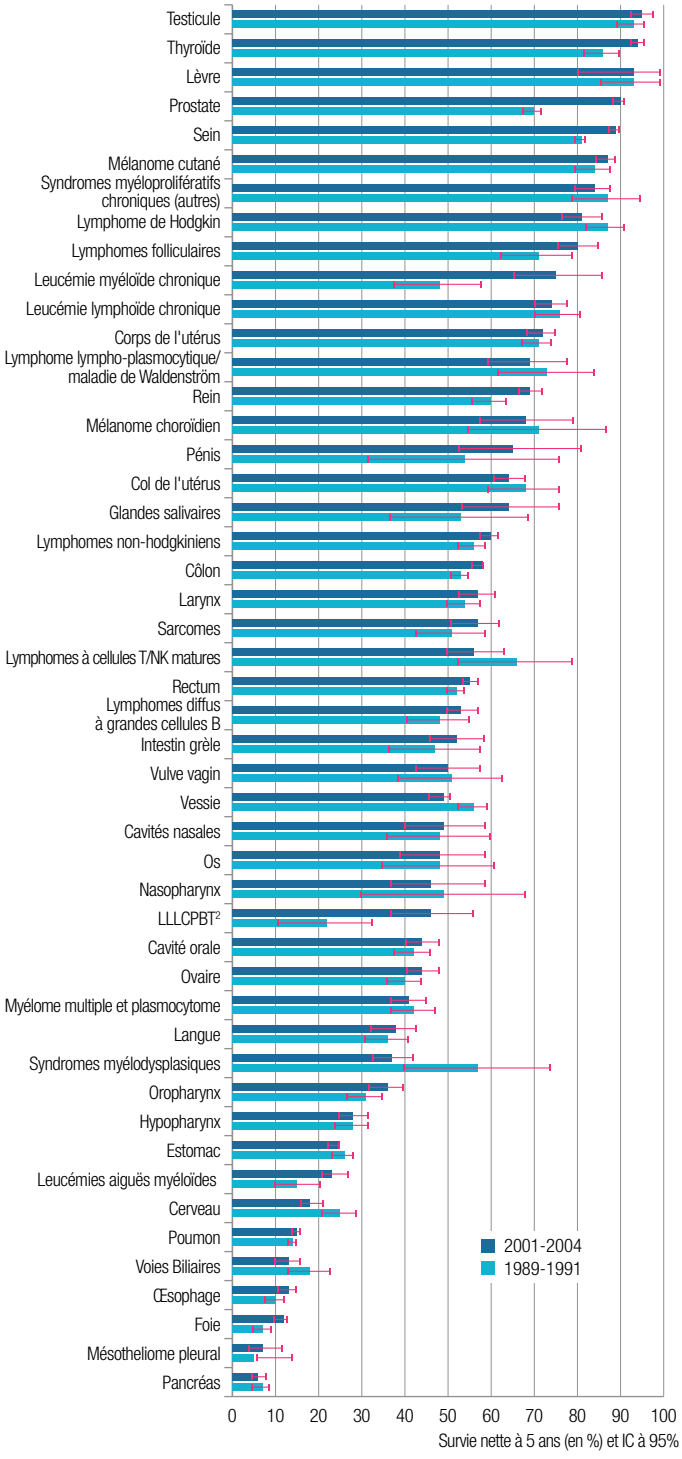
Taux d'incidence/mortalité standardisés[1] en 2012, tendances évolutives de ces taux entre 1980 et 2012 et sur la période récente 2005-2012, par sexe, en France métropolitaine

	Taux d'INCIDENCE standardisé[1]			Taux de MORTALITÉ standardisé[1]		
	Situation en 2012	Taux annuel moyen d'évolution sur :		Situation en 2012	Taux annuel moyen d'évolution sur :	
		l'ensemble de la période d'étude 1980-2012	la période récente 2005-2012		l'ensemble de la période d'étude 1980-2012	la période récente 2005-2012
HOMME						
Lèvre, cavité orale, pharynx	16,1	-2,8	-5,3	4,7	-3,7	-6,5
Œsophage	6,2	-3,0	-4,4	4,6	-3,4	-5,0
Estomac	7,0	-2,2	-2,2	4,4	-3,4	-2,8
Côlon-rectum	38,4	0,3	-0,3	13,3	-1,2	-1,5
Foie[2]	12,1	3,2	1,3			
Pancréas[2]	10,2	2,3	4,5			
Larynx	5,4	-2,9	-4,7	1,4	-6,4	-9,3
Poumon	51,7	0,1	-0,3	37,0	-0,5	-2,2
Mélanome de la peau	10,8	4,7	2,9	1,7	1,9	0,1
Prostate[3]	99,4			10,2	-1,5	-3,7
Testicule	7,2	2,4	1,6	0,2	-3,5	-2,6
Vessie	14,7	-0,4	-1,4	4,9	-1,1	-2,4
Rein	14,5	2,0	1,8	4,0	0,0	-1,2
Système nerveux central	6,3	1,1	0,4	3,6	0,4	-1,1
Thyroïde	5,5	5,2	5,4	0,2	-1,9	-2,7
Tous cancers[4]	362,6	0,8	-1,3	133,6	-1,5	-2,9
FEMME						
Lèvre, cavité orale, pharynx	5,6	1,5	1,1	1,0	-0,5	-2,2
Œsophage	1,5	1,1	1,1	0,9	-0,5	-1,1
Estomac	2,6	-2,6	-2,0	1,7	-3,8	-2,7
Côlon-rectum	23,7	0,1	-0,3	7,9	-1,4	-1,1
Foie[2]	2,4	3,5	3,0			
Pancréas[2]	6,9	3,9	5,4			
Larynx	0,9	1,1	0,5	0,2	-2,5	-4,5
Poumon	18,6	5,3	5,4	12,9	3,7	4,6
Mélanome de la peau	11,0	3,2	1,7	1,0	0,8	-1,8
Sein	88,0	1,4	-1,5	15,7	-0,6	-1,5
Col de l'utérus	6,7	-2,5	-1,2	1,8	-3,2	-2,0
Corps de l'utérus	10,8	0,1	0,3	2,2	-1,0	-0,6
Ovaire	7,6	-0,6	-1,2	3,8	-1,2	-3,3
Vessie	2,5	-0,4	0,9	1,0	-1,0	-0,9
Rein	5,8	1,7	1,4	1,4	-0,9	-2,1
Système nerveux central	4,2	0,9	0,2	2,2	0,4	-1,9
Thyroïde	13,8	5,1	2,7	0,2	-3,4	-4,2
Tous cancers[4]	**252,0**	**1,1**	**0,2**	**73,2**	**-1,0**	**-1,4**

1. Taux standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale et exprimés pour 100 000 personnes-années.
2. Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.
3. Pour le cancer de la prostate, les estimations les plus récentes du nombre de nouveaux cas et du taux d'incidence portent sur l'année 2009 et non sur la dernière année de la période d'étude (2012). En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est très « hasardeuse » pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures de l'incidence de ce cancer observées dans les registres des cancers sur la période la plus récente (forte baisse de 2005 à 2009, 2009 étant la dernière année disponible dans les registres lors de la réalisation des estimations).
4. L'estimation « Tous cancers » est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation (sauf pour le cancer de la prostate pour lequel une estimation 2012 a été calculée sur la base d'une hypothèse de stabilité du taux d'incidence entre 2009 et 2012) à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations « Hémopathies malignes » (définies selon Belot, 2008, et non selon la classification la plus récente utilisée pour les estimations d'incidence et de survie) et pour les autres localisations de cancers.
Source • Francim-HCL-InVS-INCa 2013.

Graphique 3

Survie nette à 5 ans[1] des personnes atteintes de cancer en France, selon deux périodes de diagnostic, 1989-1991 et 2001-2004 : estimations tous âges et tous sexes confondus



IC : intervalle de confiance.
1. Les données présentées ne sont pas standardisées car la survie nette standardisée n'a pas pu être estimée pour certaines localisations.
2. LLCPBT : Lymphomes et leucémies lymphoblastiques à cellules précurseurs (B, T ou sans indication).
Lecture • La survie nette à 5 ans du cancer de la prostate est de 70 % pour les cas diagnostiqués en 1990 (période 1989-1991). Pour ceux diagnostiqués en 2002 (période 2001-2004), elle est de 90 %. L'interprétation de cette évolution doit toutefois être faite avec prudence, la survie nette présentée n'étant pas standardisée (voir note 1).
Champ • Départements couverts par un registre du cancer (12).
Source • Francim-HCL-InVS-INCa 2013.

Incidence, mortalité et survie par type de cancers (suite)

INDICATEUR • **Estimations nationales et tendances du nombre de nouveaux cas et du taux standardisé d'incidence des tumeurs solides**

▶**Champ** : 19 localisations de tumeurs solides invasives (15 pour les hommes et 17 pour les femmes) codées selon la Cim-O-3 entre 1980 et 2012 ; France métropolitaine. ▶**Source** : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données :

– de la base commune Francim des registres des cancers : nouveaux cas de cancer enregistrés sur la période 1975-2009 par 21 registres ayant au moins cinq années d'enregistrement (11 registres généraux des cancers et 10 registres spécialisés) soit 925 242 cas incidents ;

– du CépiDC : tous les décès par cancer survenus en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ;

– de l'INSEE : données de population pour chaque département et pour chaque année depuis 1975 (estimations localisées de population jusqu'en 2008, projections Omphales-scénario central à partir de 2009).

▶**Mode de construction de l'indicateur** :

– Nombre de nouveaux cas : le principe pour obtenir l'incidence nationale repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport (moyen) incidence/mortalité de la France métropolitaine. L'incidence nationale est alors obtenue en multipliant le rapport incidence/mortalité observé dans la zone registre par la mortalité France métropolitaine.

– Taux standardisé d'incidence :

- numérateur : estimations nationales du nombre de nouveaux cas de tumeurs solides ;
- dénominateur : données des personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'INSEE.

Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale.

▶**Limites d'interprétation** : les cancers de la peau autres que les mélanomes n'apparaissent pas en raison de la non-exhaustivité de leur enregistrement. La localisation « Plèvre » n'a pas été analysée, les données d'incidence pour le mésothéliome pleural relevant du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM). Seules les tumeurs invasives du système nerveux central ont été analysées, l'enregistrement des non invasives n'était en effet pas homogène selon les registres sur la période étudiée. Pour le cancer de la prostate, le nombre de nouveaux cas estimés porte sur la période 1980-2009, c'est-à-dire la période pour laquelle les données ont été observées dans les registres des cancers, et non sur la période d'étude (1980-2012). En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est très « hasardeuse » pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures de l'incidence de ce cancer observées sur la période la plus récente (forte baisse de 2005 à 2009, 2009 étant la dernière année disponible dans les registres lors de la réalisation des estimations). Comparaison avec les résultats de l'étude précédente sur la période 1980-2005 : pour certaines localisations, les estimations de l'incidence sur la période 1980-2005 sont sensiblement différentes des estimations obtenues lors de l'étude précédente pour la même période (Belot, 2008). Ces différences sont dues notamment au fait que les dernières estimations reposent sur une plus grande période d'observation des données dans les registres (6 années supplémentaires).

▶**Références** :

– Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, Partie 1 – Tumeurs solides », rapport de l'Institut de veille sanitaire.

– Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A.-S., Remontet L. and the French Network of Cancer Registries (Francim), 2014, « Cancer Incidence and Mortality in France Over the 1980-2012 Period : Solid Tumors », *Revue épidémiologique de santé publique* [en ligne] : http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.073.

▶**Organismes responsables de la production de l'indicateur** : InVS/INCa.

INDICATEUR • **Estimations nationales et tendances du nombre de nouveaux cas et du taux standardisé d'incidence des hémopathies malignes**

▶**Champ** : Quinze entités d'hémopathies malignes de morphologies différentes, définies selon la Cim-O-3 et regroupées selon les recommandations du consortium Interlymph pour les hémopathies lymphoïdes, France métropolitaine. ▶Période : Différente selon l'hémopathie maligne considérée (1980-2012, 1990-2012, 1995-2012 ou 2003-2012).

▶**Source** : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données :

– de la base commune Francim des registres des cancers : nouveaux cas de cancer enregistrés par 14 registres ayant au moins cinq années d'enregistrement (11 registres généraux des cancers et 3 registres spécialisés) ;

– de l'INSEE : données de population pour chaque département et pour chaque année depuis 1975 (estimations localisées de population jusqu'en 2008, projections Omphales-scénario central à partir de 2009).

▶**Mode de construction de l'indicateur** :

– Nombre de nouveaux cas : le rapport incidence/mortalité utilisé classiquement pour fournir des estimations nationales d'incidence n'étant pas disponible pour chacune des hémopathies malignes ainsi définies (le codage des données de mortalité ne permettant pas de distinguer aussi précisément les hémopathies malignes), l'incidence nationale par sexe, par âge et par année, est estimée directement à partir d'une modélisation de l'incidence de la « zone registre » (ensemble des départements couverts par un registre des cancers). Les taux d'incidence estimés sur la zone registre sont ensuite appliqués aux personnes-années de la France en 2012 pour obtenir une estimation du nombre de cas incidents en France en 2012, l'hypothèse sous-jacente étant que la zone registre est représentative de la France pour ce qui est de l'incidence des hémopathies malignes.

– Taux standardisé d'incidence :

- numérateur : estimations nationales du nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes ;
- dénominateur : données des personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'INSEE.

Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale.

▶**Limites d'interprétation** :

– La définition des entités d'hémopathies malignes est différente de celle utilisée dans les études précédentes, ce qui rend impossible toute comparaison.

– Pour chaque entité, une « période d'incidence utilisable » a été préalablement définie, correspondant aux années pour lesquelles l'ensemble des registres du réseau Francim l'a recueillie de façon homogène. En conséquence, en fonction des entités, l'estimation de la tendance porte sur des périodes de longueurs différentes.

▶**Référence** : Monnereau A., Remontet L., Maynadié M., Binder-Foucard F., Belot A., Troussard X., Bossard N., 2013, « Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 – Hémopathies malignes », rapport de l'Institut de veille sanitaire.

▶**Organismes responsables de la production de l'indicateur** : InVS/INCa.

INDICATEUR • **Estimations nationales et tendances du nombre de décès et du taux standardisé de mortalité pour les tumeurs solides**

▶**Champ** : 19 localisations de tumeurs solides invasives (15 pour les hommes et 17 pour les femmes) codées selon la Cim-O-3, France métropolitaine.
Période : 1980-2012.

▶**Source** : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données :
– du CépiDc : tous les décès par cancer survenus en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ;
– de l'INSEE : données de population pour chaque département et pour chaque année depuis 1975 (estimations localisées de population jusqu'en 2008, projections Omphales-scénario central à partir de 2009).

▶**Mode de construction de l'indicateur** :
– Nombre de décès : modélisation de la mortalité selon un modèle âge-période-cohorte.
– Taux standardisé de mortalité :
  - numérateur : estimations nationales du nombre de décès par tumeur solide ;
  - dénominateur : données des personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'INSEE.
Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale.

▶**Limites d'interprétation** :
– Pour le col de l'utérus et le corps de l'utérus, compte tenu du nombre élevé de décès par cancer de l'utérus sans autre indication du site anatomique (col ou corps), les taux de mortalité ont été réestimés selon une méthodologie (Rogel, 2011) reposant sur le calcul d'une proportion de décès attribuable au col et au corps de l'utérus parmi l'ensemble des décès dus au cancer de l'utérus, et obtenue à partir de la modélisation de l'incidence et de la survie observées dans les registres.
– Pour les cancers du foie et du pancréas, les données de mortalité ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité des données de mortalité par rapport aux autres localisations.

▶**Références** :
– Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », rapport de l'Institut de veille sanitaire.
– Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A.-S., Remontet L. and the French Network of Cancer Registries (Francim), 2014, « Cancer Incidence and Mortality in France Over the 1980-2012 Period : Solid Tumors », *Revue épidémiologique de santé publique* [en ligne] : http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.073.
– Rogel A., Belot A., Suzan F., Bossard N., Boussac M., Arveux P., Buémi A., Colonna M., Danzon A., Ganry O., Guizard A. V., Grosclaude P., Velten M., Jougla E., Iwaz J., Estève J., Chérié-Challine L., Remontet L., 2011, « Reliability of Recording Uterine Cancer in Death Certification in France and Age-specific Proportions of Deaths from Cervix and Corpus Uteri », *Cancer Epidemiol*, Jun, 35(3):243-9.

▶**Organismes responsables de la production de l'indicateur** : InVS/INCa.

INDICATEUR • **Survie nette à 5 et 10 ans par localisation cancéreuse**

▶**Champ** : Les résultats de survie présentés sont issus d'une étude publiée en 2013 portant sur la survie des personnes atteintes de cancer en France. Elle repose sur tous les nouveaux diagnostics de cancer chez les patients âgés de plus de 15 ans sur la période 1989-2004 dans 12 départements soit 427 000 cas. Une mise à jour de leur statut vital a été effectuée au 1er janvier 2008. 47 localisations de cancer (codées selon la Cim-O-3) ont été étudiées.
Pour cette étude, une nouvelle méthode d'estimation de la survie nette a été utilisée : l'estimateur de Pohar-Perme. La survie nette est définie comme la survie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer étudié. Elle permet des comparaisons de survie par cancer car elle élimine les variations liées aux autres causes de décès. Elle permet ainsi de comparer l'efficacité des systèmes de soins des différents pays dans la lutte contre le cancer, ce qui n'est pas le cas avec la survie brute. De même, elle permet de comparer la survie entre deux périodes d'étude car elle élimine les variations liées aux autres causes de décès entre ces périodes. Elle fournit ainsi des estimations non biaisées de survie, plus proches de la réalité que les méthodes classiques basées sur la survie relative (Eurocare). Cette nouvelle méthode, validée par la communauté scientifique internationale, constitue dorénavant la référence dans le domaine et la France est le premier pays à l'utiliser.

▶**Source** : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données des registres de cancer et du RNIPP :
– pour les cas de cancer : les registres de cancer (coordination Francim) qui réalisent un recueil exhaustif et multisources des nouveaux cas de cancer, sur base géographique dans 12 départements couverts par un registre ;
– pour le statut vital : certificats de décès auprès de l'INSEE (après consultation du Répertoire national d'identification des personnes physiques) et des mairies, enregistrement du décès par la caisse d'Assurance maladie dans les dossiers médicaux.

▶**Mode de construction de l'indicateur** :
– Numérateur : Nombre de personnes toujours en vie au temps t après le diagnostic de cancer (t0) de la localisation étudiée, sous l'hypothèse qu'elles ne pourraient mourir que de leur cancer.
– Dénominateur : Nombre de personnes diagnostiquées pour le cancer de la localisation étudiée au temps (t0).

▶**Limites d'interprétation** : Si la survie nette a un intérêt épidémiologique indéniable en permettant les comparaisons entre différents pays ou entre différentes périodes, elle ne doit pas, évidemment, être interprétée pour un pronostic individuel. En effet, comme indiqué plus haut, sa méthode d'estimation fait l'hypothèse que le cancer serait la seule cause de décès possible, ce qui ne correspond pas à la réalité pour un individu. Il n'est pas recommandé de comparer les résultats de cette étude à ceux de la première étude française de survie (2007), pour laquelle une autre méthode avait été utilisée. ▶**Biais connus** : Le recueil de données n'est réalisé que sur la zone couverte par les registres de cancers donc ne permet pas une déclinaison régionale. Les résultats sont fournis « tous stades confondus ».

▶**Références** :
– Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana Cerf N., Bossard N., 2013, « Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007 », Institut de veille sanitaire.
– Roche L., Danieli C., Belot A., Grosclaude P., Bouvier A.M., Velten M. *et al.*, 2012, « Cancer Net Survival on Registry Data : Use of the New Unbiased Pohar-Perme Estimator and Magnitude of the Bias with the Classical Methods », *Int J Cancer*, doi : 10.1002/ijc.27830.
– Monnereau A., Troussard X., Belot A., Buémi A., Woronoff A.S., Bara S. *et al.*, 2012, « Unbiased Estimates of Long-Term Net Survival of Haematological Malignancy Patients Detailed by Major Subtypes in France », *Int J Cancer*, doi : 10.1002/ijc.27889.
– Jooste V., Grosclaude P., Remontet L., Launoy G., Baldi I., Molinié F. *et al.*, 2012, « Unbiased Estimates of Long-Term Net Survival of Solid Cancers in France », *Int J Cancer*, doi : 10.1002/ijc.27857

▶**Organismes responsables de la production de l'indicateur** : InVS/INCa.

Cancer du sein

Contexte

Avec près de 48 800 nouveaux cas estimés pour l'année 2012 et 11 900 décès, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme. L'incidence du cancer du sein a augmenté entre 1980 et 2000, puis a baissé depuis 2005. Le taux d'incidence standardisé a augmenté de 1,4 % en moyenne par an entre 1980 et 2012, mais on observe une diminution de 1,5 % par an sur la période 2005-2012 (56,3 cas en 1980 pour 100 000 personnes-années, 97,8 cas en 2005 et 88,0 cas en 2012). Durant la période 1980-2012, le taux de mortalité standardisé a diminué de 0,6 % en moyenne par an, et de 1,5 % par an entre 2005 et 2012 (pour 100 000 personnes-années, on avait 19,2 cas en 1980, 17,5 cas en 2005 et 15,7 cas en 2012).

Le cancer du sein est un cancer de très bon pronostic, et le diagnostic à un stade de plus en plus précoce en améliore la survie. Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place alors que la pratique des mammographies dites de dépistage individuel s'est développée. Le taux de participation de la population concernée est un facteur de qualité important du dépistage organisé du cancer du sein. Toutefois, les données des structures de gestion du dépistage organisé du cancer du sein montrent d'importantes disparités, notamment territoriales. Celles-ci peuvent s'expliquer, soit par des réticences individuelles ou culturelles aux pratiques de dépistage, soit par des inégalités d'accès au système de soins.

Indicateurs

▶ Taux de participation au programme de dépistage organisé

Le taux de participation au programme organisé est calculé tous les ans. En 2013, le taux de participation France entière est de 51,6 %, soit près de 2 500 000 femmes dépistées au cours de l'année. Après une progression de 2004 jusqu'en 2008 (passant de 40,2 % à 52,5 %), il a atteint un plateau en 2009 et 2010 autour de 52 %. Au cours de la période 2012-2013, durant laquelle l'ensemble de la population cible a été invitée à réaliser une mammographie de dépistage, plus de 4,9 millions de femmes ont été dépistées.

Depuis 2008, on observe une stabilité des taux de participation des classes d'âge les plus jeunes, soit les femmes de 50 à 64 ans (graphique 1). Pour celles de 65 à 69 ans et, dans une moindre mesure, celles de 70 à 74 ans, le taux de participation était en progression entre 2010-2011 et 2011-2012, mais semble fléchir sur la dernière période 2012-2013. Depuis 2011-2012, la participation des femmes de 65-69 ans dépasse désormais celle des femmes de 60-64 ans. Quelle que soit la période, la participation la plus faible reste celle des plus de 69 ans, alors que l'incidence du cancer du sein reste très élevée à cet âge.

La participation au dépistage organisé est variable selon les régions et selon les départements. Certaines régions présentent pour la période 2012-2013 des taux de participation supérieurs à 60 % (Pays de la Loire, Limousin, Bretagne, Centre) tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45 % (Corse, Île-de-France, Provence - Alpes - Côte d'Azur). Pour la même période, seul le département d'Indre-et-Loire a atteint l'objectif du Plan cancer avec un taux de participation compris entre 65 et 70 %. 19 départements se situent entre 60 et 65 % de participation sur ces deux ans. Le département de Paris se caractérise par le taux de participation au dépistage organisé le plus faible (26,7 %).

▶ Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme organisé selon le stade au moment du dépistage

Le taux de détection de cancers 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.

Le taux de détection des cancers en 2010 est de 6,4 cancers pour 1 000 femmes dépistées. Parmi les cancers détectés en 2010, 15,2 % sont des cancers *in situ*. Parmi les cancers invasifs, 38,2 % ont une taille inférieure ou égale à 10 mm et 76 % n'ont pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages sont cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage (tableau 1).

▶ Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes

Le taux de couverture par mammographie est estimé par le Baromètre santé 2010 de l'INPES, grande enquête nationale déclarative sur la santé. Les résultats montrent que le taux de couverture pour une mammographie au cours de la vie est très élevé puisqu'il est de 94 %. La part des femmes déclarant avoir effectué une mammographie au cours des deux années précédentes est également importante puisqu'elle est proche de 80 % pour chacune des tranches d'âge entre 50 et 74 ans. La tranche d'âge 70-74 ans semble atteindre maintenant un niveau similaire aux autres, en raison notamment de la généralisation du dépistage depuis plusieurs années (graphique 2).

Selon ces enquêtes déclaratives en population générale, il existe des disparités socio-économiques. En 2010, d'après le Baromètre santé, 76 % des femmes de 50 à 74 ans sans diplôme ont déclaré avoir effectué une mammographie dans les deux ans, contre 84 % des femmes ayant un niveau d'études supérieur ou égal au bac. De même, 76 % des femmes ayant des revenus inférieurs à 1 100 euros mensuels (revenus nets du ménage par unité de consommation) ont déclaré avoir pratiqué une mammographie dans les deux dernières années, contre 86 % de celles vivant dans un ménage ayant des revenus d'au moins 1 800 euros par mois.

▶ Taux de couverture du dépistage (organisé ou spontané) du cancer du sein

Selon les données de remboursement de l'Assurance maladie issues de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), 63,1 % des femmes de 50 à 74 ans ont eu au moins une mammographie au cours des deux années 2008-2009 (graphique 3). Ce taux a augmenté régulièrement depuis la généralisation du dépistage organisé. Ces données sont difficiles à interpréter pour mesurer le taux de couverture par le dépistage. En effet, 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. ■

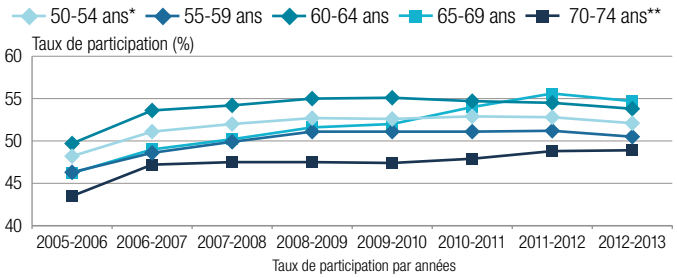
▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

1. Définit une forme tumorale précancéreuse qui se caractérise par l'absence d'invasion des tissus environnants.

Synthèse

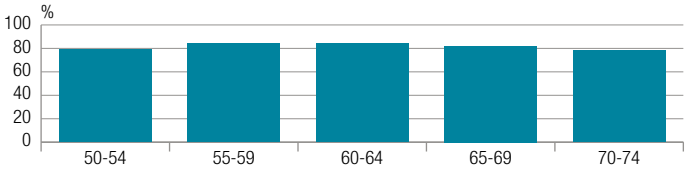
La généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été effective début 2004. Les données sur les stades des cancers dans le cadre du dépistage montrent des taux de cancers de bon pronostic satisfaisants au regard des références européennes. Le taux de participation au programme de dépistage stagne depuis 2008. Calculé sur l'ensemble des départements, il est de 51,6 % en 2013. Au dépistage organisé s'ajoute le dépistage dit spontané. En 2010, d'après le Baromètre santé 94 % des femmes de 50 à 74 ans ont déclaré avoir effectué une mammographie au cours de leur vie. La proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans est plus faible, mais reste importante car elle est d'environ 80 %, avec peu d'écart entre les classes d'âge.
Dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible.
La généralisation du dépistage en 2004 a l'objectif d'atteindre l'équité dans l'accès au dépistage.

Graphique 1
Évolution de la participation par âge dans le programme de dépistage organisé, chez les femmes de 50 à 74 ans



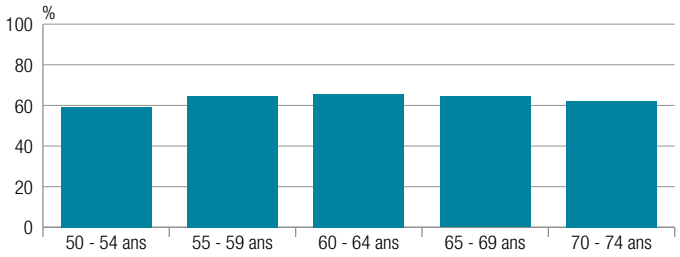
* Les femmes de <50 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.
** Les femmes de >74 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.
Champ • Femmes âgées de 50 à 74 ans résidant en France (métropole et DOM).
Source • Structures départementales de gestion du programme du dépistage ; base nationale InVS.

Graphique 2
Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (en %)



Champ • Femmes de 50 à 74 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010, INPES.

Graphique 3
Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein



Note • Estimation pour 2008-2009 : taux de femmes de 50 à 74 ans ayant eu au moins une mammographie dans les deux ans dans l'EGB
Champ • Femmes âgées de 50 à 74 ans, assurées sociales à la CNAMTS.
Source • EGB, CNAMTS.

Tableau 1
Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme organisé selon le stade au moment du dépistage en 2010*

		Année 2010	Réf. européennes 2006
Nombre de cancers dépistés			
	Taux de cancers pour 1 000 femmes dépistées	6,4	≥ 5 %
Nombre de cancers canalaires *in situ*		**1 790**	
	Cancers canalaires *in situ* parmi les cancers dépistés	15,2	≥ 10 %
Nombre de cancers invasifs		**9 686**	
	Cancers invasifs ≤ 10 mm parmi les cancers invasifs de taille connue	38,2	≥ 25 %
	% de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	76,0	> 70 %
	% de cancers invasifs ≤ 10 mm sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	33,6	ND

* Dans 98 départements pour lesquels les données sur les cancers dépistés étaient disponibles.
ND : non disponible.

INDICATEUR • **Taux de participation au programme de dépistage organisé**
▶ **Champ** : Femmes âgées de 50 à 74 ans résidant en France (métropole et DOM). ▶ **Source** : Structures départementales de gestion du programme du dépistage ; base nationale InVS. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de cancers dépistés pour chaque stade ; le dénominateur correspond à la moitié du nombre moyen sur deux années, de femmes de 50 à 74 ans selon les projections INSEE.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme organisé selon le stade au moment du dépistage**
▶ **Champ** : Femmes âgées de 50 à 74 ans résidant en France (métropole et DOM). ▶ **Source** : Structures départementales de gestion du programme de dépistage ; base nationale InVS. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de cancers dépistés pour chaque stade ; le dénominateur correspond au nombre de cancers dépistés dont le stade est connu.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes**
▶ **Champ** : Femmes de 50 à 74 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. ▶ **Source** : Baromètre santé 2010, INPES. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes ; le dénominateur est le nombre de femmes de 50 à 74 ans enquêtées. ▶ **Limites d'interprétation** : La population de ces enquêtes correspond à des « ménages ordinaires » c'est-à-dire hors institution. ▶ **Biais connus** : Les biais inhérents aux enquêtes déclaratives : oublis, erreurs d'appréciation de l'ancienneté, surdéclaration.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux de couverture du dépistage (spontané ou organisé) du cancer du sein**
▶ **Champ** : France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales à la CNAMTS (hors sections locales mutualistes) et appartenant à l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB). ▶ **Source** : L'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'Assurance maladie généraliste des bénéficiaires. Cet échantillon permet de réaliser des études et de reconstituer l'ensemble du parcours de soins des patients sur une longue période, en ville ou à l'hôpital. Il n'est représentatif qu'au niveau national et ne permet pas des études régionales ou départementales. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant une mammographie de dépistage enregistrée dans les deux années précédentes. Le dénominateur est le nombre de femmes de 50 à 74 ans de l'échantillon pour la même période (population de référence de l'EGB). ▶ **Limites d'interprétation** : Surestimation : la codification des mammographies n'est pas optimale pour distinguer le type (dépistage ou contrôle). Les femmes en ALD ont été retirées de l'échantillon.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR)

Contexte

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

Indicateurs

▶ Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal

Sur la période 2012-2013, la participation était de 31 % (- 3,4 % par rapport à la période 2010-2011). Elle reste inférieure à l'objectif européen minimal acceptable de 45 %, loin derrière le taux souhaitable de 65 %. Elle augmente avec l'âge et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (33 % contre 29 %, respectivement) (tableau 1). Chez les femmes, le taux de participation passe de 30 % pour la tranche d'âge de 50-54 ans à près de 37 % aux âges de 60-69 et 70-74 ans, alors que chez les hommes, il est de 25-26 % pour les tranches d'âge de 50-54 ans et 55-59 ans, et rejoint presque le taux de participation des femmes du même âge à 70-74 ans. La participation varie considérablement selon les départements et régions, de 7 % en Corse à 47 % et 51 % dans le Haut-Rhin et la Saône-et-Loire (carte 1). Les taux sont bas en Guyane (17,3 %), à La Réunion (22,7 %) et en Île-de-France (23,9 %).

▶ Taux de personnes avec un test de dépistage positif

Près de 5 millions de tests ont été réalisés en 2012-2013 dont 105 241 se sont révélés positifs, avec un taux de positivité conforme à l'attendu (2,2 %). Le taux de positivité est plus élevé chez les hommes (2,5 %) que chez les femmes (1,9 %), et augmente avec l'âge (tableau 1). On note de grandes disparités départementales, avec des valeurs comprises entre 1 % pour la Martinique et 5,3 % pour la Guyane et l'Hérault (carte 2). Le taux de tests positifs passe de 2,6 % à 2,2 % soit une diminution de 15,4 % par rapport à la précédente campagne (2010-2011). Cette diminution est observée dans huit départements sur dix, elle est particulièrement marquée dans les départements de la Martinique (- 41 %) et de l'Allier (- 50 %). La diminution du taux de tests positifs est cohérente avec la répétition des campagnes de dépistage qui permettent d'identifier et d'exclure de la population cible du dépistage les personnes présentant des lésions colorectales précancéreuses ou cancéreuses, et de les orienter vers un suivi plus spécifique par leur médecin.

▶ Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif

Le niveau de réalisation de la coloscopie suite à un test positif est de 87 %, supérieur au niveau minimal européen recommandé (85 %) et assez proche du niveau souhaitable (90 %), avec de grandes disparités départementales (carte 3).

▶ Taux d'adénomes avancés détectés

Un adénome avancé était détecté chez 4 personnes pour 1 000 dépistées. Le taux de

Tableau 1
Indicateurs de participation et de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal

Indicateurs	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Taux de participation, %			
50-54 ans	28,1	26,5	29,7
55-59 ans	27,3	25,0	29,6
60-64 ans	32,0	29,5	34,4
65-69 ans	35,5	33,7	37,1
70-74 ans	36,2	35,8	36,5
Total tous âges*	31,0	29,1	32,8
Taux de tests positifs, %			
50-54 ans	1,8	2,1	1,6
55-59 ans	2,0	2,4	1,7
60-64 ans	2,2	2,6	1,9
65-69 ans	2,4	2,7	2,1
70-74 ans	2,7	3,1	2,4
Total tous âges*	2,2	2,5	1,9
Taux d'adénomes avancés dépistés, ‰			
50-54 ans	2,8	4,1	1,7
55-59 ans	3,5	5,4	2,0
60-64 ans	4,3	6,4	2,6
65-69 ans	4,9	7,2	3,0
70-74 ans	5,5	7,9	3,6
Total tous âges*	4,0	5,9	2,5
Taux de cancers détectés, ‰			
50-54 ans	0,7	0,9	0,5
55-59 ans	1,2	1,6	0,8
60-64 ans	1,6	2,3	1,0
65-69 ans	2,1	3,0	1,4
70-74 ans	2,7	3,9	1,8
Total tous âges*	1,5	2,1	1,0

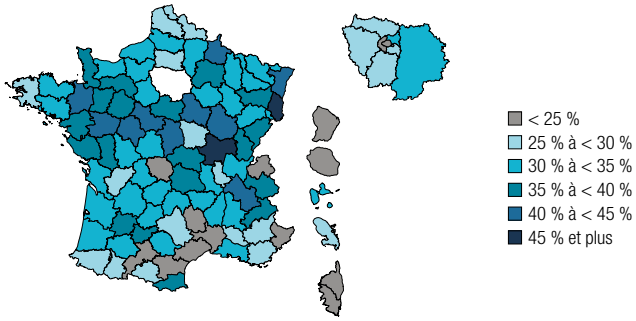
* Standardisation sur la population française 2009. Projections de population INSEE (scénario central) 2007-2042.
Champ • France entière.
Source • InVS, données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

Tableau 2
Caractéristiques des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles (test Hémoccult®) dans les deux dernières années

Variables	Effectifs (total = 1 429)	%	ORa*	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	586	45,4	1	
Femme	843	43,9	0,9	[0,7 - 1,1]
Âge, ans				
50-54 (réf.)	332	34,2	1	
55-59	336	45,7	1,6**	[1,2 - 2,2]
60-64	377	46,9	1,7***	[1,3 - 2,3]
65-69	231	54,7	2,1***	[1,5 - 3,0]
70-74	153	45,1	2,0***	[1,3 - 2,9]
Revenus mensuels par UC, euros				
Moins de 1 100 euros (réf.)	362	40,2	1	
1 100 à moins de 1 786 euros	366	44,5	1,2	[0,9 - 1,6]
1 786 euros et plus	547	48,8	1,4*	[1,0 - 1,8]
NSP ou ne veut pas dire	154	45,2	1,2	[0,8 - 1,8]

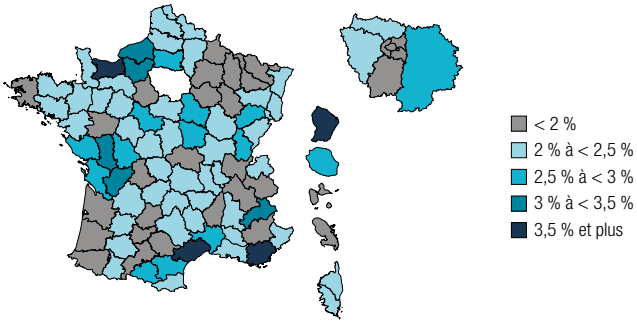
OR : odds ratio.
IC : intervalle de confiance.
UC : unité de consommation.
NSP : ne sait pas.
* OR ajusté sur les catégories socioprofessionnelles, la situation professionnelle et le niveau d'étude.
* : $p < 0,05$
** : $p < 0,01$
*** : $p < 0,001$
Champ • France entière.
Source • Bases de données agrégées d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal.

Carte 1
Taux de participation départementaux standardisés dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2012-2013



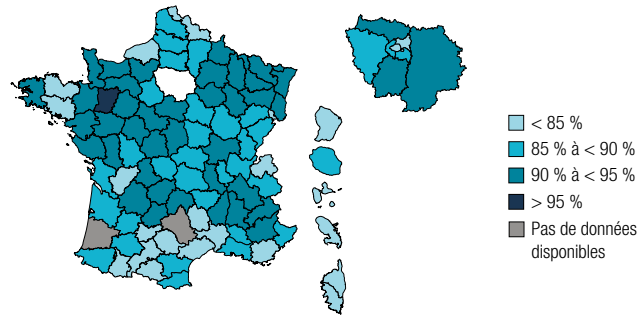
Note • Standardisation sur la population française 2009 (projections de population INSEE – scénario central – 2007-2042).
Source • InVS, 01/03/2014. Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

Carte 2
Taux de tests positifs départementaux standardisés dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2012-2013



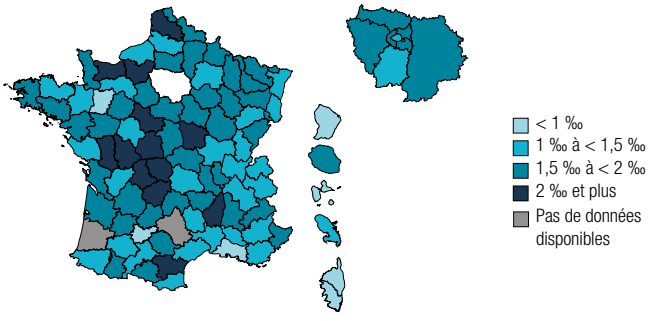
Note • Standardisation sur la population française 2009 (projections de population INSEE scénario central – 2007-2042).
Source • InVS, 01/03/2014. Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

Carte 3
Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif par département dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2010-2011



Note • Standardisation sur la population française 2009 (projections de population INSEE – scénario central – 2007-2042).
Source • InVS, 01/03/2014. Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

Carte 4
Taux de détection départementaux standardisés des cancers dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2010-2011



Note • Standardisation sur la population française 2009 (projection de population INSEE – scénario central – 2007-2042).
Source • InVS, 10/03/2014. Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

Dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) (suite)

détection augmente avec l'âge (tableau 1). Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (5,9 ‰ *versus* 2,5 ‰).

▶ Taux de cancers détectés

Le taux de détection est de 1,5 pour 1 000 personnes dépistées, avec de fortes disparités selon l'âge, le sexe (tableau 1), les départements (carte 4) et le rang du dépistage. Chez les femmes, il est de 1,1 ‰ lors d'un premier dépistage et de 0,9 ‰ lors d'un dépistage subséquent alors que chez les hommes, il est respectivement de 2,4 ‰ et 2,0 ‰, soit 2 fois plus.

▶ Stades au diagnostic des adénocarcinomes dépistés

Sur la période 2010-2011, un total de 3 949 adénocarcinomes colorectaux de stade connu (*in situ* : 27 % *versus* invasifs : 73 %) ont été dépistés. 39,0 % des adénocarcinomes invasifs étaient de stade I, 26,2 % de stade II, 23,4 % de stade III et 11,4 % de stade IV. Comme attendu, les stades I et II, les moins avancés, sont plus fréquemment dépistés lors d'un dépistage subséquent que lors d'un premier dépistage (68 % *versus* 63 %) alors que les stades III et IV le sont moins souvent (32 % *versus* 37 %, respectivement).

▶ Proportion d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé un test Hémoccult® dans les deux dernières années

44,6 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Baromètre cancer 2010 ont déclaré avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles dans les deux dernières années. L'âge élevé, ainsi qu'un niveau de revenu élevé sont indépendamment associés à la pratique du dépistage (tableau 2). ■

▸▸▸ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

↻ Synthèse

Cinq ans après la généralisation du programme à l'ensemble du territoire, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal demeure largement insuffisante (31 %). Le taux de positivité reste conforme à l'attendu (2,2 %). Un adénome avancé a été détecté chez 4 personnes pour 1 000 dépistées, un cancer a été diagnostiqué chez 2 personnes pour 1 000 dépistées. Comme attendu, les cancers dépistés lors d'un dépistage subséquent sont plus souvent diagnostiqués à des stades moins avancés (stade I et II) que les cancers diagnostiqués lors d'un premier dépistage.

INDICATEUR • **Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal**

▶ **Champ** : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes. ▶ **Sources** : Bases de données agrégées d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage et la population INSEE du département de la même tranche d'âge, auquel on soustrait les exclusions temporaires suite à des résultats de coloscopie normaux depuis moins de 5 ans ou définitives pour raisons médicales. Ce taux est calculé sur deux ans (2012-2013), permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2012-2013, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central). ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Compte tenu de la montée en charge progressive du nombre de départements contribuant au programme depuis sa généralisation en 2008, l'on ne dispose pas de recul suffisant pour réaliser des tendances évolutives de 2008 à 2013 à l'échelle nationale.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux de personnes avec un dépistage positif**

▶ **Champ** : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes. ▶ **Sources** : Bases de données agrégées d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le taux de tests positifs est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans dépistées positives sur le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant réalisé un test analysable. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif**

▶ **Champ** : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes. ▶ **Sources** : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant eu une coloscopie suite à un test positif sur le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant un test positif et ne présentant pas de contre-indication à la réalisation de la coloscopie. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux d'adénomes avancés détectés**

▶ **Champ** : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes. ▶ **Sources** : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le taux d'adénomes avancés détectés est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans dont la lésion la plus péjorative diagnostiquée est un adénome avancé (adénome de 10 mm ou plus, ou à dysplasie de haut grade, ou présentant un contingent villeux) sur le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant eu un test de dépistage analysable. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central). ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Difficultés de récupération, par les structures de gestion, des informations anatomocytopathologiques des lésions prélevées au cours de la coloscopie.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux de cancers détectés**

▶ **Champ** : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes. ▶ **Sources** : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le taux de cancers détectés est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant un cancer détecté et le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant réalisé un test analysable. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Stades au diagnostic des adénocarcinomes dépistés**

▶ **Champ** : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes. ▶ **Sources** : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : La répartition des adénocarcinomes par stade est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans présentant un ou des adénocarcinomes de stade I ou II ou III ou IV et le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant un ou des adénocarcinome(s) invasif(s) du côlon ou du rectum de stade connu. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central). ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Difficulté à obtenir l'exhaustivité des exclusions et hétérogénéité selon les départements dans l'efficacité du recueil de la participation de la population cible. La répartition des adénocarcinomes dépistés selon leur extension anatomique est fondée sur la classification TNM des tumeurs malignes (septième édition), qui ne s'applique qu'aux carcinomes pour le côlon et le rectum. Elle nécessite de connaître le statut métastatique du patient, une information que de nombreuses structures de gestion ont des difficultés à colliger. Seuls les cancers du côlon et du rectum n'ayant pas bénéficié de traitements néoadjuvants ont été retenus pour cette classification. Cet indicateur ne peut être établi que pour les départements ayant moins de 30 % de données manquantes sur le stade des cancers (52 des 99 départements contribuant au programme).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Proportion d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé un test Hémoccult® dans les deux dernières années**

▶ **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 50-74 ans résidant en ménage ordinaire. ▶ **Source** : Baromètre cancer 2010. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles (test Hémoccult®) dans les deux années précédant l'enquête ; le dénominateur correspond au nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans ayant répondu à l'enquête. La non-réponse totale est corrigée par redressement sur les marges de la population issues du recensement. Les unités de consommation ont été déterminées en utilisant un système de pondération qui permet d'attribuer un coefficient à chaque membre du ménage. Ceci a pour avantage de permettre la comparaison des niveaux de vie des ménages de tailles ou de compositions différentes. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Les DOM ne sont pas représentés dans ces enquêtes. Biais de mémorisation inhérents aux enquêtes déclaratives (oublis, erreurs sur la date d'ancienneté…).
▶ **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : INPES et InVS.

Cancer du col de l'utérus

Contexte

Entre 1980 et 2012, l'incidence du cancer du col de l'utérus (CCU) n'a cessé de diminuer (- 2,5 % par an en moyenne). Cette diminution semble en grande partie attribuable au dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dont la pratique est largement répandue en France[1]. En effet, ce dépistage, qui permet de découvrir et de traiter de nombreuses lésions précancéreuses, a un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. De plus, la vaccination prophylactique contre certains papillomavirus humains chez les jeunes filles aura probablement, en fonction du taux de couverture vaccinale, un impact direct sur l'incidence du CCU, voire sur les modalités de dépistage.

Entre 1990 et 2010, le dépistage organisé du CCU n'existe que sous la forme d'initiatives locales selon différentes modalités. À partir de 2010, 13 départements expérimentent une organisation selon un cahier des charges commun. En 2014, le nouveau Plan cancer 2014-2019 inscrit dans ses actions l'accès de chaque femme au dépistage du CCU via un programme national. Il prévoit également des mesures pour améliorer le taux de couverture par les vaccins HPV[2].

Indicateurs

▶ Taux de couverture sur 3 ans du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin est fondée sur les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB).

Les données d'évolution montrent que les taux de couverture glissants sur 3 ans sont stables entre 2006 et 2011 avec 53,4 % de femmes dépistées en 2006-2008 et 53,2 % en 2009-2011. Les taux de couverture par tranche d'âge sont pour la dernière période de trois ans de 57,6 % chez les 25-34 ans, 59,2 % chez les femmes de 35-44 ans et de 53,4 % chez les 45-54 ans. Ce taux chute à 41,7 % après 55 ans (graphique 1).

L'InVS a réalisé une évaluation des 13 départements ayant expérimenté le dépistage organisé en incitant les femmes n'ayant pas réalisé spontanément un dépistage au cours des trois dernières années entre 2010 et 2012. Le taux standardisé (France 2010) de couverture de dépistage sur trois ans, après prise en compte des exclusions définitives du dépistage pour raisons médicales (hystérectomie totale le plus souvent), est de 62,1 % avec des disparités importantes entre départements et selon l'âge (graphique 2). L'évaluation a également permis de calculer que le taux de couverture de dépistage spontané (c'est-à-dire hors incitation) est de 50,2 % avec, là encore, d'importantes disparités allant de 12,9 % en Martinique et 27,3 % dans le Cher à 69,0 % en Alsace.

▶ Proportion de femmes de 25 à 65 ans déclarant avoir eu un frottis du col de l'utérus dans les trois années précédentes

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le Baromètre santé 2010, 84,9 % déclarent avoir eu un frottis cervico-utérin (FCU) au cours des trois années. Ce taux de couverture déclaré monte à 88,7 % en prenant en compte les exclusions du dépistage déclarées (hystérectomie, absence de relation sexuelle[3]).

Le recours déclaré au FCU varie avec l'âge : les taux les plus élevés (supérieurs à 80 % et à 85 % après correction par les exclusions) sont observés chez les femmes entre 25 et 50 ans. Les femmes âgées de 60 à 65 ans déclarent un recours au FCU plus faible (75 % et 83 % après correction) (graphique 3).

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 déclarent plus souvent avoir eu un FCU dans les trois ans que les femmes inactives (87 % contre 75 %), mais ce sont les retraitées qui ont les taux les plus bas (70,2 %). 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 (88 % contre 75 %). Le recours au FCU dans les trois ans varie également en fonction des revenus du ménage : il est de 78 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 1 100 euros net par mois, alors qu'il est de 88 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par UC est supérieur à 1 800 euros net par mois. Par catégorie professionnelle, les agricultrices déclarent les taux de recours les plus bas (67 %). Les femmes artisans, commerçantes et chefs d'entreprise déclarent quant à elles les taux de recours les plus élevés (91 %) devant les femmes cadres (87 %). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

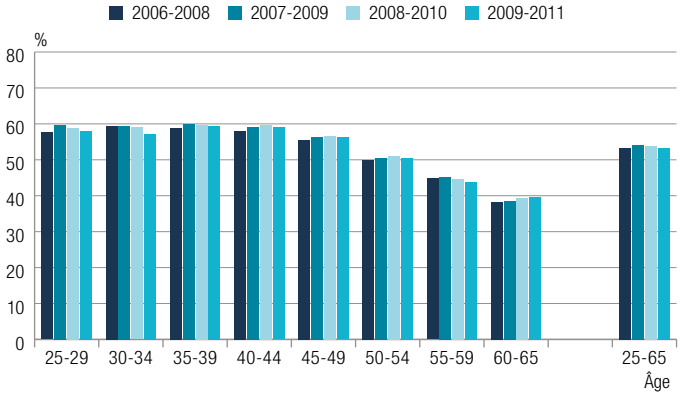
1. Le dépistage est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, il est fondé sur 1 frottis cervico-utérin réalisé tous les 3 ans après deux frottis sans anomalie à un an d'intervalle.
2. La vaccination est recommandée à toutes les adolescentes entre 11 et 14 ans (avant le quinzième anniversaire), avec rattrapage pour les jeunes filles de 15 ans à 19 ans (avant le vingtième anniversaire) qui ne sont pas encore vaccinées.
3. La contamination par papillomavirus se fait par voie sexuelle.

Synthèse

En France, l'incidence du cancer du col de l'utérus ne cesse de diminuer depuis plus de 30 ans (- 2,5 % par an en moyenne) avec cependant un ralentissement depuis les années 2000 (- 1,3 % entre 2000 et 2012). Une meilleure couverture de dépistage par frottis cervico-utérin sur trois ans, estimée dans l'EGB à 53,2 % sur la période 2009-2011, pourrait permettre de diminuer encore son incidence. C'est un des objectifs de la généralisation de l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus annoncée dans le Plan cancer 2014-2019. Un deuxième objectif de la généralisation du dépistage organisé est de réduire les écarts de couverture de dépistage dus aux inégalités sociales de santé.

Graphique 1

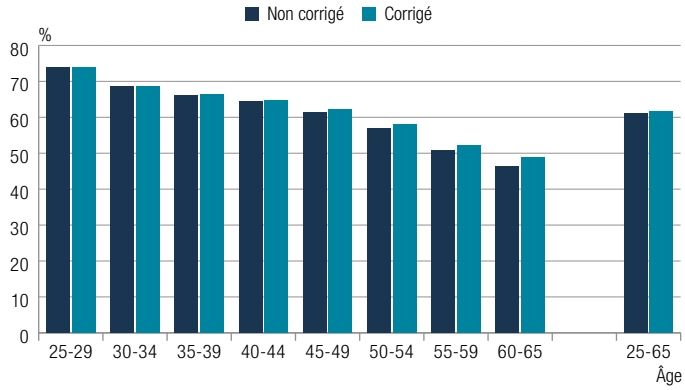
Estimations des taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans selon l'âge pour les quatre périodes glissantes de 3 ans entre 2006 et 2011



Champ • France métropolitaine.
Source • EGB, CNAMTS.

Graphique 2

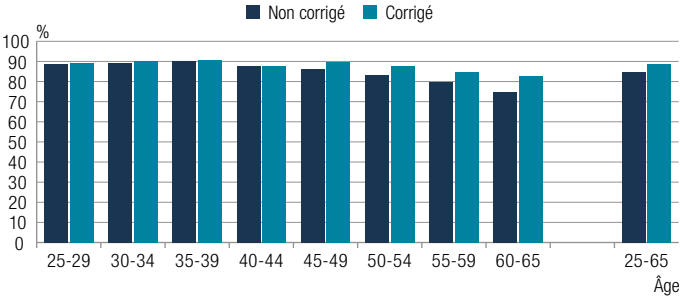
Taux* de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans chez les femmes de 25-65 ans, dans les 13 départements expérimentant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur la période 2010-2012



* Taux spécifiques selon l'âge et standardisés (France 2010) corrigés ou non par des exclusions définitives du dépistage pour raisons médicales.
Source • Base centralisée des structures de gestion, InVS.

Graphique 3

Taux* de couverture déclarée de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans chez les femmes de 25-65 ans, dans le Baromètre santé 2010 de l'INPES



* Taux spécifiques selon l'âge et brut corrigés ou non par des exclusions déclarées du dépistage (hystérectomie ou absence de relation sexuelle).
Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010.

INDICATEUR • **Taux de couverture sur 3 ans du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans (EGB)**

▶ **Champ** : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS (hors sections locales mutualistes) et appartenant à l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB). ▶ **Source** : L'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'Assurance maladie généraliste des bénéficiaires. Cet échantillon permet de réaliser des études et de reconstituer l'ensemble du parcours de soins des patients sur une longue période, en ville ou à l'hôpital. Il n'est représentatif qu'au niveau national et ne permet pas des études régionales ou départementales. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours de la période (repérées à partir de la liquidation des codes P55 et bio0013). Le dénominateur est le nombre de femmes de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS (hors SLM) au cours de la même période (population de référence de l'EGB). ▶ **Limites d'interprétation** : Sur la période 2006-2011, seules les femmes assurées sociales à la CNAMTS (hors SLM) ont pu être considérées car les deux autres principaux régimes d'Assurance maladie (MSA et RSI) l'ont rejoint à partir de 2011. De même, seule la liquidation des actes a été prise en compte (et non le PMSI ou les consultations externes) car leur prise en compte ne pouvait s'effectuer qu'à partir de l'année 2009. Les estimations portent dans le document sur la CNAMTS hors SLM qui couvre environ 76 % de la population générale. ▶ **Biais connus** : Il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle (faisant suite à un frottis de dépistage positif) mais ce biais n'a que peu d'incidence sur le taux de couverture de dépistage d'autant que les calculs ont exclu les frottis du début de chaque période de trois ans pour lesquels un frottis antérieur datait de 5 mois ou moins. Les frottis réalisés à l'hôpital ne sont pas pris en compte dans ces estimations.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux de couverture sur 3 ans du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans (données du dépistage)**

▶ **Champ** : Toutes les femmes de 25 à 65 ans résidant dans les 13 départements expérimentant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) entre 2010 et 2012 : Alsace (Bas-Rhin, Haut-Rhin), Auvergne (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme), Cher, Indre-et-Loire, Isère, Maine-et-Loire, Martinique, La Réunion, Val-de-Marne. ▶ **Source** : La base centralisée à l'InVS pour l'évaluation nationale du DOCCU provient d'une extraction réalisée dans chacune des 9 structures de gestion pilotant l'expérimentation dans les 13 départements. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours de la période (quel que soit le mode, individuel ou suite à incitation) ; le dénominateur correspond à la population moyenne des femmes de 25 à 65 ans sur la période (issue des projections INSEE 2007-2042) corrigée ou non des exclusions définitives du dépistage pour raisons médicales (en grande majorité pour hystérectomie totale) recueillies par les structures de gestion. ▶ **Limites d'interprétation** : Les femmes de 25 à 65 ans des 13 départements ne représentent que 13,4 % de la population des femmes de 25 à 65 ans en France (DOM compris).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Proportion de femmes de 25 à 65 ans déclarant avoir eu un frottis du col de l'utérus dans les trois années précédentes**

▶ **Champ** : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans vivant en ménage ordinaire. ▶ **Source** : Baromètre santé 2010. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré avoir réalisé un frottis cervico-utérin au cours des trois années précédant l'enquête ; le dénominateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant répondu à l'enquête, corrigé ou non par des exclusions déclarées du dépistage (hystérectomie ou absence de relation sexuelle). ▶ **Limites d'interprétation** : Les DOM ne sont pas représentés dans ces enquêtes. La population de ces enquêtes correspond à des « ménages ordinaires » c'est-à-dire hors institution. ▶ **Biais connus** : Les biais inhérents aux enquêtes déclaratives : oublis, erreurs d'appréciation de l'ancienneté, surdéclaration (biais de désirabilité sociale).
▶ **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : INPES et InVS.

Cancers cutanés

Contexte

Il existe plusieurs types de cancers cutanés (CC) dont le plus grave est le mélanome cutané (MC). Le MC est une tumeur maligne du système pigmentaire et plus particulièrement des mélanocytes, les cellules de la peau qui fabriquent la mélanine (un pigment qui colore la peau et la protège des méfaits des rayons ultraviolets) résidant dans les couches profondes de l'épiderme. Une des particularités du MC par rapport aux autres CC (carcinomes basocellulaires et épidermoïdes, anciennement appelé spinocellulaire) et aux kératoses actiniques ou solaires (lésions précancéreuses), est son aptitude à envahir les tissus au-delà de la peau (muscles, ganglions) et à se métastaser dans les organes distants (poumons, foie, cerveau…), mettant en jeu le pronostic vital du patient si la lésion n'est pas détectée précocement.

Les cancers cutanés sont des maladies multifactorielles dont les facteurs de risques peuvent être externes (c'est-à-dire liés à l'environnement et aux modes et conditions de vie) ou internes (c'est-à-dire constitutifs des individus). Les facteurs de risque majeurs et connus sont : l'exposition au soleil (loisirs ou professionnel) et aux ultraviolets artificiels, le type de peau (phototype), un nombre élevé de grains de beauté et les antécédents personnels ou familiaux.

Chaque année depuis 1998, le ministère chargé de la Santé organise avant l'été une campagne nationale d'information, tandis que les dermatologues libéraux organisent une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau.

Indicateurs

▶ Incidence des mélanomes cutanés invasifs en France métropolitaine : estimation et tendances du nombre de nouveaux cas

Entre 1980 et 2012, l'incidence des mélanomes cutanés invasifs (MCI) a augmenté en France métropolitaine (hors Corse) avec une croissance annuelle, en moyenne, de 4,7 % chez les hommes et de 3,2 % chez les femmes (Binder-Foucard, 2013). Toutefois, l'incidence augmente moins rapidement depuis les années 2000, autant chez les hommes (+ 2,9 % par an en moyenne de 2005 à 2012) que chez les femmes (+ 1,7 % par an en moyenne de 2005 à 2012). En 2005, on observe que l'incidence des MCI chez les femmes augmente dès l'âge de 20-25 ans et ce jusqu'à 40-44 ans, âge à partir duquel la croissance se poursuit mais de manière moins marquée (graphique 1). À l'inverse, celle parmi les hommes augmente faiblement entre 20 et 55 ans, et plus fortement au-delà (Belot, 2008). Ces observations sont confirmées en 2012. Le risque d'avoir un MCI (Binder-Foucard, 2013) augmente progressivement pour les générations nées entre 1920 et 1950. Il est passé de 0,3 % et moins pour les personnes nées en 1920 à environ 1 % pour celles nées en 1950 (graphique 2).

L'incidence observée (InVS, 2014) met en évidence une augmentation entre 1978 et 2010 qui se confirme sur la dernière période d'étude (2008-2010) avec des disparités, par département, des taux d'incidence, autant chez les hommes que chez les femmes. L'incidence 2008-2010 est plus élevée dans les départements de l'Ouest (Loire-Atlantique et Vendée) et de l'Est (Isère, Doubs, Bas-Rhin et Haut-Rhin) ; cette disparité géographique persiste depuis le début des observations.

Entre 1980 et 2012, la mortalité des personnes atteintes de MCI (Binder-Foucard, 2013) augmente dans une moindre mesure que l'incidence en France métropolitaine avec un net ralentissement depuis le début des années 2000, autant chez les hommes que les femmes. La survie des cas de MCI (Grosclaude, 2013) reste stable entre 1989 et 2004.

Au cours de ces cinquante dernières années, l'incidence du MCI (Erdmann, 2013) augmente de façon constante dans les populations principalement à la peau claire. Un effet cohorte de naissance est observé mais il est suggéré aussi une influence de la période. Récemment, cette augmentation semble stabilisée dans plusieurs pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et en Amérique du Nord. *A contrario*, elle continue d'augmenter dans la plupart des pays européens (principalement du Sud et d'Europe de l'Est). Une stabilisation voire une tendance à la baisse est observée principalement parmi les 25-44 ans. Une augmentation constante est mise en évidence dans les générations nées à la fin des années 1940, suivie d'une stabilisation ou baisse pour les cohortes nées plus récemment en Australie, Nouvelle-Zélande, Amérique du Nord et Norvège.

Récemment, deux études ont évalué le nombre de CC attribuables aux UV artificiels : la part de MCI attribuables à l'utilisation des cabines de bronzage est de 4,6 % en France (Boniol, 2012) et de 9,4 % en Europe de l'Ouest et du Nord (Wehner, 2012). Celle des cancers cutanés en Europe de l'Ouest et du Nord (Wehner, 2012) est de 21,8 % pour les carcinomes épidermoïdes et de 10,8 % pour les basocellulaires.

▶ Proportion de personnes déclarant examiner régulièrement leur peau à la recherche d'anomalies ou la faisant examiner par un professionnel de santé

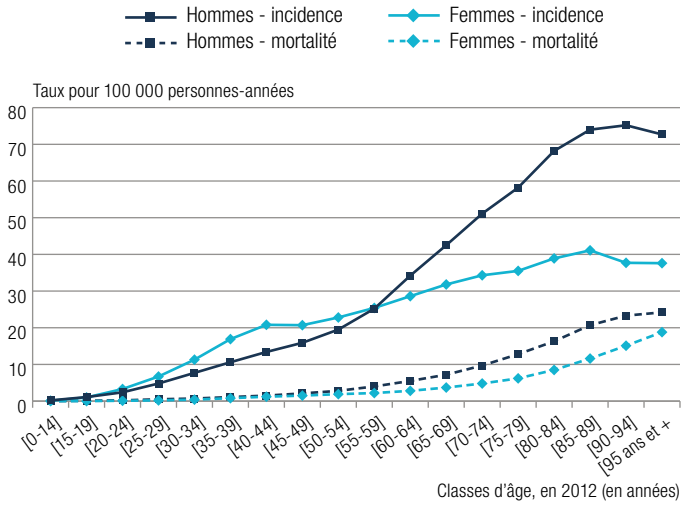
Les données du Baromètre cancer 2010 montrent qu'en 2010, 23 % des Français examinent « régulièrement » leur peau à la recherche d'anomalies, et 42 % le font « de temps en temps ». Cet examen régulier est plus fréquemment pratiqué par les femmes (28,5 %, *versus* 17,2 % des hommes) ; il est plus rarement déclaré par les personnes les moins diplômées et les moins aisées. Cette proportion a diminué depuis la précédente étude de 2005.

▶ Proportion de personnes déclarant avoir pratiqué le bronzage par UV artificiels au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois

Parmi les personnes interrogées dans le cadre du Baromètre cancer 2010, 13,4 % (n = 517) déclarent avoir fait au moins une séance de bronzage par UV artificiels au cours de sa vie. Les femmes sont presque 3 fois plus nombreuses que les hommes à s'être déjà exposées (19,4 % *versus* 7,1 % ; $p < 0,001$). C'est parmi les 26-54 ans que la proportion d'utilisateurs est la plus élevée, les plus jeunes (15-25 ans) et les plus âgés (55-75 ans) étant moins concernés (graphique 3). La différence de pratique suivant le sexe varie avec l'âge. Après 45 ans, les femmes ont ainsi été 4 fois plus exposées que les hommes (17,8 % *versus* 4,7 % ; $p < 0,001$), alors que celles de moins de 45 ans ne l'ont été que 2 fois plus que les hommes (20,8 % *versus* 9,1 % ; $p < 0,001$). Enfin, parmi les personnes de moins de 18 ans, 3,5 % déclarent avoir fréquenté des cabines UV au cours de leur vie, alors que cette fréquentation est interdite aux mineurs.

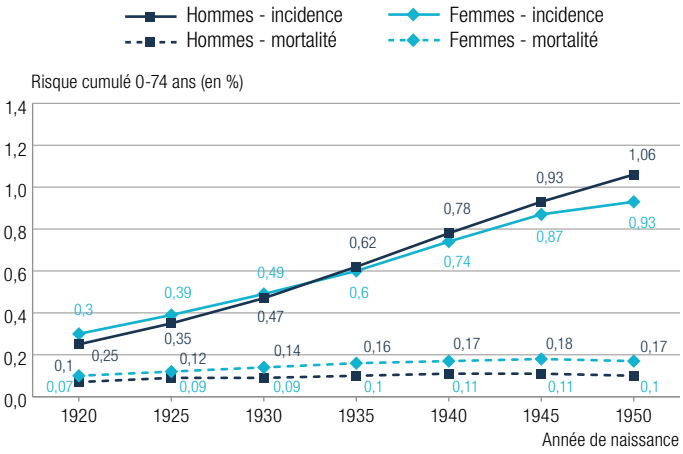
Parmi les personnes de 15 à 75 ans, 3,5 % des personnes interrogées déclarent avoir fait au moins une séance d'UV artificiels au cours des 12 mois précédant l'enquête (n = 122, soit un peu plus d'un quart des personnes ayant fait des UV au cours de leur vie). Cela concerne

Graphique 1
Incidence et mortalité par âge en 2012, des mélanomes cutanés invasifs



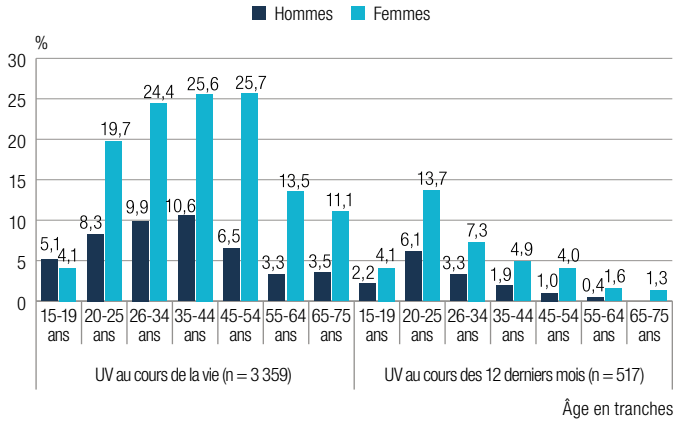
Champ • France métropolitaine, hors Corse.
Sources • Registres des cancers - FRANCIM, certificats médicaux de décès - Inserm-CepiDc, ELP - INSEE; exploitation FRANCIM-HCL-INCA-InVS.

Graphique 2
Risques cumulés (en %) de 0 à 74 ans selon la cohorte de naissance : mélanomes cutanés invasifs



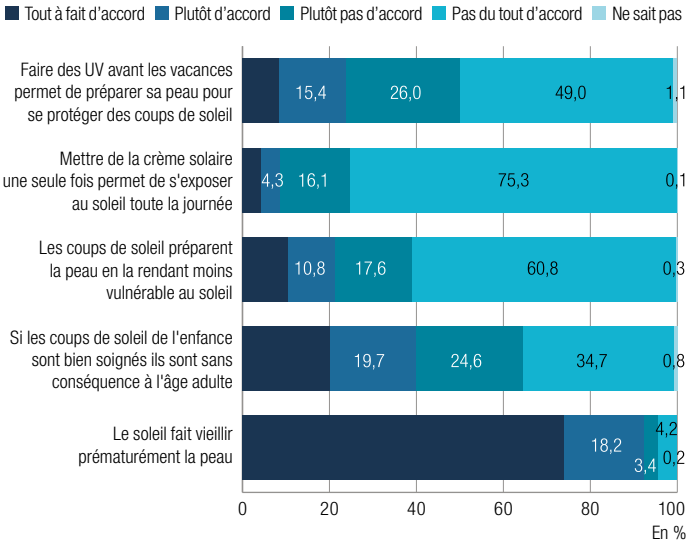
Champ • France métropolitaine, hors Corse.
Sources • Registres des cancers - FRANCIM, certificats médicaux de décès - Inserm-CepiDc, ELP - INSEE; exploitation FRANCIM-HCL-INCA-InVS.

Graphique 3
Pratique du bronzage par UV artificiel au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans selon le sexe et l'âge (en %)



Champ • France métropolitaine.
Source • Enquête Baromètre cancer 2010.

Graphique 4
Opinions à l'égard du soleil, des coups de soleil et de l'utilisation des cabines UV (en %)



Champ • Pourcentage de personnes se prononçant par « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » au sujet d'opinions sur le soleil, les coups de soleil et l'utilisation de cabine UV ; France métropolitaine.
Source • Enquête Baromètre cancer 2010.

Cancers cutanés (suite)

5,0 % des femmes et 2,0 % des hommes ($p < 0,001$). Les jeunes de 20-25 ans sont les plus concernés, avec une exposition dans les 12 derniers mois pour 13,7 % des femmes *versus* 6,1 % des hommes ($p < 0,05$) (graphique 3).

▶ Fausses croyances concernant l'exposition aux UV

Dans le Baromètre cancer 2010, les enquêtés se sont vus proposer des assertions, à l'égard desquelles ils devaient indiquer leur degré d'adhésion en se prononçant par « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » ; leurs réponses permettant d'évaluer leurs connaissances objectives sur l'exposition au soleil et l'utilisation de cabines UV. Certaines idées reçues persistent dans certains segments de la population (graphique 4) :

• le message indiquant que le soleil fait vieillir prématurément la peau est vrai et semble bien connu : 74,0 % sont « tout à fait d'accord » avec cette assertion et 18,2 % « plutôt d'accord ». Cependant, les 15-19 ans, de même que les ouvriers, les moins aisés et les moins diplômés sont, en proportion, plus nombreux à la rejeter ;

• l'affirmation : « Si les coups de soleil de l'enfance sont bien soignés ils sont sans conséquence à l'âge adulte » est rejetée, légitimement, par la majorité des personnes interrogées : 34,7 % ne sont « pas du tout d'accord » et 24,6 % ne sont « plutôt pas d'accord ». Ce sont les 15-25 ans et les 55-85 ans, ainsi que les hommes, les plus bas revenus et les moins diplômés qui sont, à tort, le plus souvent d'accord avec ce message ;

• l'assertion qui présume que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil contredit les messages préventifs et plus des trois quarts des enquêtés la rejettent : 60,8 % ne sont « pas du tout d'accord » et 17,6 % « plutôt pas d'accord ». Les personnes étant d'accord avec cette assertion sont généralement âgées et le plus souvent des hommes, des ouvriers, des personnes issues d'un ménage peu aisé et peu diplômées ;

• les crèmes solaires protègent contre les ultraviolets, mais cette protection est provisoire et doit être renouvelée régulièrement au cours de la journée. L'affirmation : « Mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée » est donc fausse, et elle est effectivement rejetée par de neuf enquêtés sur dix. Parmi les personnes qui sont d'accord avec cette assertion, on retrouve plus souvent les hommes, les moins aisés et les moins diplômés ;

• enfin, concernant les risques liés à l'utilisation de cabines UV, les données du Baromètre cancer 2010 indiquent que près d'un quart des 15-75 ans interrogés déclarent, à tort, que faire des UV artificiels avant les vacances permet de préparer sa peau pour la protéger des coups de soleil. Ce résultat est préoccupant car cette croyance peut induire des comportements à risque, cumulant les effets délétères de l'exposition aux UV puis de l'exposition sans protection au soleil. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS/INPES

↻ Synthèse

Selon le Baromètre cancer 2010 il apparaît que de fausses croyances persistent dans la population concernant les conséquences de l'exposition aux UV. Malgré les mesures de prévention primaire et secondaire déjà mises en place, la population s'expose dangereusement aux ultraviolets avec une augmentation des comportements à risque : l'incidence des mélanomes cutanés infiltrants (les plus péjoratifs des cancers cutanés, CC) augmente toujours, et ce dès 20-25 ans, depuis ces 10 dernières années. Sans diminution majeure des comportements relatifs aux UV, principal facteur de risque, la progression des CC ne peut que s'aggraver dans un futur proche.

INDICATEUR • **Incidence et mortalité des mélanomes cutanés invasifs en France métropolitaine**

▶**Champ** : France métropolitaine, Corse exclue ; hommes et femmes, tous âges. ▶**Sources** : Les cas incidents de mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux de cancers en France métropolitaine survenus entre le 1er janvier 1975 et les 31 décembre 2009 ; les données de mortalité du CépiDc survenue en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; les estimations localisées de population jusqu'en 2008 puis les projections Omphales (scénario central) de 2009 à 2012. Mélanomes cutanés infiltrants, codés selon la CIM-O-3 (topographie = C44 ; morphologie = de 8720 à 8780 ; comportement =/3, pour les tumeurs invasives, exclusivement) pour l'incidence et avec la CIM (de 1975 à 1978 : 172 en CIM-8 ; de 1979 à 1999 en CIM-9 : 172 et de 2000 à 2009 en CIM-10 : C43) pour la mortalité. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : L'incidence France métropolitaine est issue du produit de la mortalité estimée en France métropolitaine par le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre. ▶**Limites d'interprétation** : L'incidence en France métropolitaine (Corse exclue) repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport (moyen) incidence/mortalité de la France métropolitaine (Corse exclue). ▶**Biais connus** : Il est fait l'hypothèse forte que la survie dans la zone non couverte par les registres de cancers est identique à celle observée dans la zone registre. ▶**Référence** : Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P. *et al.*, 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », rapport de l'Institut de veille sanitaire.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa.

INDICATEUR • **Risque cumulé de 0 à 74 ans selon la cohorte de naissance**

▶**Champ** : France métropolitaine, hors Corse ; hommes et femmes, tous âges. ▶**Sources** : Les cas incidents de mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux de cancers en France métropolitaine survenus entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; les données de mortalité du CépiDc survenue en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; les estimations localisées de population jusqu'en 2008 puis les projections Omphales (scénario central) de 2009 à 2012. Mélanomes cutanés infiltrants, codés selon la CIM-O-3 (topographie = C44 ; morphologie = de 8720 à 8780 ; comportement =/3, pour les tumeurs invasives, exclusivement) pour l'incidence et avec la CIM (de 1975 à 1978 : 172 en CIM-8 ; de 1979 à 1999 en CIM-9 : 172 ; et, de 2000 à 2009 en CIM-10 : C43) pour la mortalité. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Le risque cumulé (RC) par cohorte de naissance (cohorte c) en France métropolitaine (FM) correspond à la formule suivante : $RC_c = 1 - \exp(-\Sigma_{a=0}^{74} \hat{\lambda}_{ac}^{FM})$ où l'incidence en France métropolitaine pour la cohorte c, pour classes d'âge (notées a) entre 0 et 74 ans est issue du produit de la mortalité estimée en France métropolitaine par le rapport moyen incidence/mortalité observé dans la zone registre. ▶**Limites d'interprétation** : Le risque cumulé pour les cohortes 1920, 1930 et 1940 est estimé pour les âges observés de 60 à 89 ans, 50 à 79 ans et 40 à 69 ans, respectivement. Au-delà des âges observés, il fait une projection sous l'hypothèse que l'incidence et la mortalité observées dans la zone registre sont identiques pour les cohortes les plus jeunes (pour la cohorte 1950, le risque cumulé est estimé sur les données observées de 30 à 59 ans avec une projection pour les 60 ans et plus à partir des risques estimés pour les cohortes précédentes). ▶**Biais connus** : Il est fait l'hypothèse forte que la survie dans la zone non couverte par les registres de cancers est identique à celle observée dans la zone registre. De plus, il est documenté que les plus jeunes cohortes ont un comportement plus à risque vis-à-vis de l'exposition aux ultraviolets (exposition plus longue et plus intense aux ultraviolets naturels ou artificiels, méconnaissance des risques et des moyens de prévention primaire et diminution de la prévention secondaire avec une diminution de l'auto-examen) ce qui se traduirait par une sous-estimation du RC pour les cohortes les plus jeunes. ▶**Référence** : Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P. *et al.*, 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », rapport de l'Institut de veille sanitaire.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa.

INDICATEUR • **Proportion de personnes déclarant avoir pratiqué le bronzage par UV artificiels au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois en 2010**

▶**Champ** : France métropolitaine. ▶**Source** : Enquête Baromètre cancer 2010. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Enquête en population générale avec sondage à deux degrés (ménage puis individu), réalisé à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur. Le pourcentage de personnes déclarant avoir bronzé avec l'aide d'UV artificiels au cours de la vie correspond au nombre de personnes entre 15 et 75 ans ayant déclaré avoir déjà fait des UV au cours de sa vie/nombre de personnes entre 55 et 75 ans interrogées. Le pourcentage de personnes déclarant avoir bronzé avec l'aide d'UV artificiels au cours des 12 derniers mois correspond au nombre de personnes enquêtées entre 15 et 75 ans ayant déclaré avoir déjà fait des UV au cours de sa vie et déclarant une fréquence de pratique au cours des 12 derniers mois/nombre de personnes entre 55 et 75 ans interrogées. Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage et calées sur les données de référence nationales de l'INSEE les plus récentes, à savoir celles de l'enquête Emploi 2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique. ▶**Biais connus** : Il s'agit d'une enquête déclarative réalisée par téléphone. ▶**Référence** : Léon C., Benmarhnia T., Tordjman I., Gaillot de Saintignon J., Beck F., 2012, « L'exposition aux ultraviolets artificiels en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 18-19, « Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique », p. 210-213.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Partenariat INPES/INCa.

INDICATEUR • **Fausses croyances concernant l'exposition aux UV**

▶**Champ** : Pourcentage de personnes se prononçant par « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » au sujet d'opinions sur le soleil, les coups de soleil et l'utilisation de cabine UV ; France métropolitaine. ▶**Source** : Enquête Baromètre cancer 2010. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Enquête en population générale avec sondage à deux degrés (ménage puis individu), réalisé à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur. Les personnes âgées de 15-75 ans interrogées se prononcent par « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » au sujet d'opinions sur le soleil, les coups de soleil et l'utilisation de cabine UV. Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage et calées sur les données de référence nationales de l'INSEE les plus récentes, à savoir celles de l'enquête Emploi 2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique. ▶**Biais connus** : Il s'agit d'une enquête déclarative réalisée par téléphone.
▶**Références** :
– Léon C., Benmarhnia T., Tordjman I., Gaillot de Saintignon J., Beck F., 2012, « L'exposition aux ultraviolets artificiels en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 18-19, « Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique », p. 210-213.
– Peretti-Watel P., Beck F., 2011, « Soleil et cancer : connaissances, croyances et pratiques de protection », *in* Beck F., Gautier A. (dir.), *Baromètre cancer 2010*, INPES, p. 71-99.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Partenariat INPES/INCa.

Références bibliographiques transversales

– **Beck F., Gautier A.** (dir.), 2012, *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé ».
– **Belot A., Grosclaude P., Bossard N.**, 2008, « Cancer Incidence and Mortality in France Over the Period 1980-2005 », *Revue épidémiologique de santé publique*, 56, 3, p. 159-175.
– **Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.S., Bossard N.**, 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », rapport de l'Institut de veille sanitaire.
– **Boniol M., Coignardd F., Vacquier B., Benmarhnia T., Gaillot de Saintignon J., Le Tertre A. *et al.***, 2012, « Évaluation de l'impact sanitaire de l'exposition aux ultraviolets délivrés par les appareils de bronzage artificiel sur le mélanome cutané en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 18-19, « Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique », p. 210-213.
– **Erdmann F., Lortet-Tieulent J., Schuz J., Zeeb H., Greinert R., Breitbart E.W. *et al.***, 2013, « International Trends in the Incidence of Malignant Melanoma 1953-2008 - Are Recent Generations at Higher or Lower Risk ? », *Int J Cancer*, 132, 2, p. 385-400.
– **Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana-Cerf N., Bossard N.**, 2013, « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 – Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim ».
– **Institut de Veille Sanitaire**, 2014. « Incidence observée dans les départements couverts par les registres Francim entre 1978-1982 et 2008-2010 », [en ligne] : www.invs.sante.fr/applications/cancers/francim2014/default.htm, consulté le 19/11/2014.
– **Léon C., Benmarhnia T., Tordjman I., Gaillot de Saintignon J., Beck F.**, 2012, « L'exposition aux ultraviolets artificiels en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 18-19, « Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique », p. 210-213.
– **Peretti-Watel P., Beck F.**, 2010, « Soleil et cancer : connaissances, croyances et pratiques de protection », *in* Beck F., Gautier A. (dir.) *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, p. 71-99.
– **Wehner M.R., Shive M.L., Chren M.M., Han J., Qureshi A.A., Linos E.**, 2012, « Indoor Tanning and Non-Melanoma Skin Cancer : Systematic Review and Meta-Analysis », BMJ, 345, p.e5909.

Maladies cardio-vasculaires

Cardiopathies ischémiques

Contexte

Les cardiopathies ischémiques (CPI) recouvrent un ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque du fait du développement et des complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). Cliniquement, ces lésions se traduisent par différents syndromes, de l'angor stable, au syndrome coronaire aigu (SCA) et à l'infarctus du myocarde (IDM). Les principaux facteurs de risque des CPI sont l'âge, le sexe, le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, l'hypertension, le stress et la sédentarité. En dépit de la diminution importante de leur fréquence et de la mortalité observée depuis les années 1980, les CPI restent une cause majeure de mortalité et de morbidité dans le monde. En France, elles représentent la deuxième cause de décès, tant chez les hommes que chez les femmes. Un programme pilote (2008-2013) conduit par la Haute Autorité de santé (HAS) a visé à réduire la mortalité et les complications des IDM en améliorant leur prise en charge, notamment dans les premières étapes du parcours de soins.

Indicateurs

▶ Mortalité par CPI en 2010

Les données recueillies à partir des certificats de décès montrent que le nombre de décès par CPI, en cause initiale, en France, s'élève à 35 848 en 2010 dont une majorité d'hommes : 20 592 décès, soit 57 % (tableau 1). Ces décès représentent ainsi 24,7 % des décès par maladies de l'appareil circulatoire et 6,5 % de l'ensemble des décès. Les IDM représentent 50 % des décès par CPI avec 17 578 décès en 2010 dont 10 245 chez les hommes et 7 333 chez les femmes.

Le taux brut de mortalité par CPI et IDM est respectivement de 55,3 et de 27,1 pour 100 000 habitants. Ce taux augmente de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre près de 928 décès par CPI pour 100 000 chez les plus de 85 ans.

Après standardisation sur l'âge, c'est-à-dire à structure d'âge identique, les hommes ont un taux de mortalité par CPI plus de deux fois plus élevé que celui des femmes (86,7 *versus* 37,0 pour 100 000). De même pour les décès par IDM, le taux standardisé de mortalité est beaucoup plus élevé chez les hommes (41,9/100 000) que chez les femmes (18,3/100 000).

Entre 2000 et 2010, le taux standardisé de mortalité par CPI a diminué de 37 % chez les hommes et de 41 % chez les femmes, tous âges confondus (graphique 1). Chez les moins de 65 ans, le taux de mortalité a diminué de manière plus importante chez les hommes (- 33 %) que chez les femmes (- 23 %).

L'analyse des taux standardisés régionaux montre des disparités importantes de mortalité par CPI sur le territoire français (carte 1). En France métropolitaine, les régions du Nord - Pas-de-Calais, de la Picardie, de la Haute et de la Basse-Normandie, de la Bretagne, de l'Alsace et de l'Auvergne présentent des taux élevés de mortalité par CPI, dépassant de plus de 10 % le taux national moyen. Dans les DOM, La Réunion présente le taux le plus élevé du territoire français (84,5/100 000). Les régions d'Île-de-France, de Provence - Alpes - Côte d'Azur et les 3 autres DOM (Martinique, Guadeloupe et Guyane) affichent des taux inférieurs de plus de 10 % au taux national.

Selon les données 2009 de la base HFA-DB de l'OMS ainsi que celles d'Eurostat regroupant les années 2008 à 2010, la France enregistre le taux de mortalité par CPI le plus bas parmi les 27 pays de l'Union européenne, suivi du Portugal, des Pays-Bas et de l'Espagne.

▶ Patients hospitalisés pour CPI en 2012

En 2012, 222 016 patients domiciliés en France ont eu une hospitalisation complète pour CPI. Parmi eux, 123 099 ont été hospitalisés pour SCA et 61 232 pour IDM (tableau 2). Le taux brut de patients hospitalisés pour CPI augmente de manière importante avec l'âge. Inférieur à 1 pour 100 000 chez les moins de 25 ans, ce taux atteint 1 239,4 pour 100 000 dans la tranche d'âge des 85 ans et plus. Les taux standardisés sont de 363,0 pour 100 000 pour les CPI, de 198,5/100 000 pour les SCA et de 97,7 pour 100 000 pour les IDM. Les taux de patients hospitalisés sont près de 4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, que le diagnostic soit une CPI (575,0 *versus* 185,4/100 000) ou un IDM (150,7 *versus* 52,5/100 000).

L'analyse de l'évolution entre 2002 et 2012 des taux standardisés de patients hospitalisés pour CPI montre une légère diminution chez les hommes (- 9,5 %) et les femmes (- 13,2 %) tous âges confondus (graphique 2). La diminution est un peu plus importante chez les hommes de moins de 65 ans, avec une baisse de - 11,5 % de patients hospitalisés pour CPI, et - 2,5 % chez les femmes. Il existe des disparités régionales significatives, avec des taux élevés en Nord - Pas-de-Calais (431,9/100 000), Alsace (428,4/100 000), Lorraine (467,3/100 000), Basse-Normandie (413,0/100 000), Corse (448,7/100 000) et Provence - Alpes - Côte d'Azur (414,2/100 000), dépassant de plus de 10 % le taux national moyen. Dans les DOM, le taux de La Réunion est supérieur au taux national moyen avec 410,6/100 000. Malgré un taux de mortalité par CPI élevé, la Bretagne affiche le taux de patients hospitalisés pour la même cause le plus bas de France avec 287,4/100 000 (carte 2).

D'après les données 2009 de la base HFA-DB de l'OMS, la France enregistre un taux d'hospitalisation assez faible et se classe en 8e position derrière l'Espagne, l'Irlande, Malte, le Portugal, la Roumanie, la Slovénie, le Royaume-Uni et la Croatie. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

INDICATEUR • **Patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique**

▶ **Champ** : France entière, population tous âges. ▶ **Sources** : Base PMSI (ATIH, exploitation InVS), statistiques démographiques : INSEE. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Ont été retenus les patients hospitalisés pour un diagnostic principal codé en I20 à I25 pour les cardiopathies ischémiques ; I20.0 et I21 à I23 pour les syndromes coronaires aigus et les codes I21 à I23 pour l'infarctus du myocarde. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Ces chiffres ne permettent pas de différencier les premiers événements des récidives. Les décès prématurés avant l'arrivée à l'hôpital ne sont ici pas comptabilisés.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Mortalité par cardiopathie ischémique**

▶ **Champ** : France entière, population tous âges. ▶ **Sources** : Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 de I20 à I25 pour les cardiopathies ischémiques ; les codes I21 à I23 pour l'infarctus du myocarde. ▶ **Limites et biais** : Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès, en particulier en cas de mort subite coronaire inaugurale (Ducimetière, 2006).
▶ **Référence** : Ducimetière P., Jougla 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.

Synthèse

Les décès par cardiopathie ischémique représentent une proportion importante des décès cardio-vasculaires (24,7 % en 2010). Les taux standardisés de décès par CPI ont diminué d'environ 40 % entre 2000 et 2010. L'amélioration de la prévention primaire et secondaire mais également de la prise en charge des patients lors de la phase aiguë, ont largement contribué à cette diminution qui s'inscrit dans une tendance à la baisse plus ancienne. Les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie, Bretagne, Alsace, Auvergne et La Réunion présentent les taux de mortalité par CPI les plus élevés de France.

Tableau 1

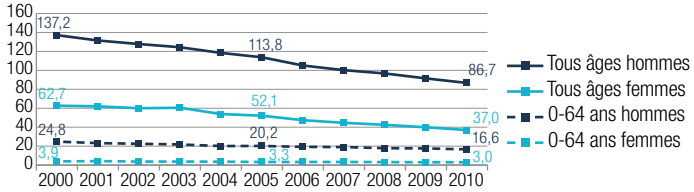
Nombre et taux de décès par cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge, en 2010

	Cardiopathie ischémique			Infarctus du myocarde		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès						
Moins de 25 ans	4	1	5	3	0	3
25-44 ans	383	80	463	315	62	377
45-64 ans	3828	714	4542	2601	511	3112
65-84 ans	10 301	5353	15 654	4931	2957	7888
85 ans et plus	6076	9108	15 184	2395	3803	6198
Total tous âges	**20 592**	**15 256**	**35 848**	**10 245**	**7333**	**17 578**
Taux brut*						
Moins de 25 ans	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-44 ans	4,6	0,9	2,7	3,8	0,7	2,2
45-64 ans	46,2	8,2	26,7	31,4	5,9	18,3
65-84 ans	258,3	103,4	170,8	123,6	57,1	86,1
85 ans et plus	1 246,4	793,4	928,4	491,3	331,3	379,0
Total tous âges	**65,7**	**45,7**	**55,3**	**32,7**	**21,9**	**27,1**
Taux standardisé**	**86,7**	**37,0**	**57,3**	**41,9**	**18,3**	**28,4**

* Taux pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Graphique 1

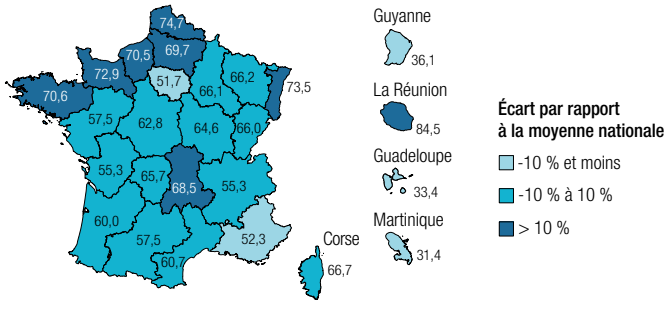
Évolution des taux* de décès par cardiopathie ischémique selon le sexe de 2000 à 2010



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Carte 1

Taux* régionaux de décès par cardiopathie ischémique (2008-2010)



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Tableau 2

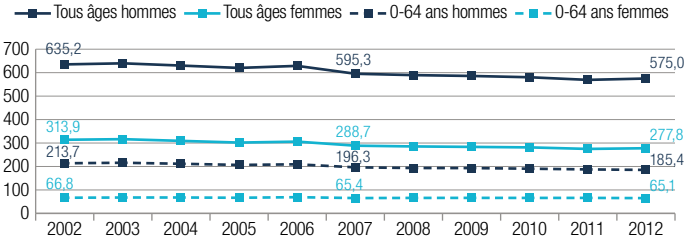
Nombre et taux de patients hospitalisés en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique, syndrome coronaire aigu et infarctus du myocarde, selon le sexe et l'âge, en 2012

	Cardiopathie ischémique			Syndrome coronaire aigu			Infarctus du myocarde		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	118	60	178	70	33	103	31	12	43
25-44 ans	7115	1773	8888	5102	1198	6300	3244	659	3903
45-64 ans	63 729	15 699	79 428	34 307	8686	42 993	18 206	4036	22 242
65-84 ans	75 843	35 395	111 238	36 983	19 895	56 878	16 361	9090	25 451
85 ans et plus	9672	12 612	22 284	6872	9953	16 825	3681	5912	9593
Total tous âges	**156 477**	**65 539**	**222 016**	**83 334**	**39 765**	**123 099**	**41 523**	**19 709**	**61 232**
Taux brut*									
Moins de 25 ans	1,2	0,6	0,9	0,7	0,3	0,5	0,3	0,1	0,2
25-44 ans	85,7	20,9	53,0	61,5	14,1	37,5	39,1	7,8	23,3
45-64 ans	761,1	178,1	462,2	409,7	98,6	250,2	217,4	45,8	129,4
65-84 ans	1 799,5	663,0	1 164,4	877,5	372,7	595,4	388,2	170,3	266,4
85 ans et plus	1 777,8	1 005,8	1 239,4	1 263,1	793,7	935,7	676,6	471,5	533,5
Total tous âges	**494,0**	**194,3**	**339,5**	**263,1**	**117,9**	**188,2**	**131,1**	**58,4**	**93,6**
Taux standardisé**	**575,0**	**185,4**	**363,0**	**305,3**	**108,9**	**198,5**	**150,7**	**52,5**	**97,7**

* Taux pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Graphique 2

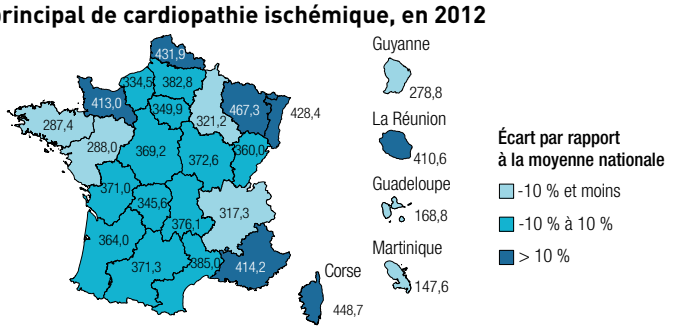
Évolution des taux* de patients hospitalisés avec un diagnostic principal de cardiopathie ischémique selon le sexe de 2002 à 2012



* Taux pour 100 000 habitants standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Carte 2

Taux* régionaux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal de cardiopathie ischémique, en 2012



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Accidents vasculaires cérébraux

Contexte

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) recouvrent un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. On distingue deux grands types d'AVC : les AVC hémorragiques, dus à une rupture d'un vaisseau sanguin, et les AVC ischémiques consécutifs à l'obstruction d'une artère cérébrale. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des accidents vasculaires d'origine ischémique caractérisés par la régression précoce et complète des déficits neurologiques, ainsi que par l'absence d'image d'infarctus cérébral. Les AVC sont des pathologies graves, handicapantes et fréquentes. En France, ils représentent la première cause de handicap moteur non traumatique, la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer et la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes). Les recommandations pour la prise en charge des AVC publiées en 2002 et complétées en 2009, les circulaires de 2003 et de 2007 décrivant le fonctionnement des unités neurovasculaires et, plus récemment, le plan d'actions national AVC 2010-2014 ont permis des évolutions notables de la prévention, de la prise en charge et de l'organisation des filières de soins. Ces différentes mesures ont pour but de répondre à l'objectif de la loi de santé publique de 2004 de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des AVC.

Indicateurs

▶ Mortalité par AVC en 2010

Les données recueillies à partir des certificats de décès montrent que le nombre de décès par maladie cérébro-vasculaire en cause initiale en France s'élève à 32 509 en 2010 dont 58 % de femmes (18 883 décès) (tableau 1). Ces décès représentent 22,3 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire et 5,9 % de l'ensemble des décès. Les AVC représentent 90 % des décès par maladie cérébro-vasculaire avec 28 949 décès en 2010 dont 12 060 chez les hommes et 16 889 chez les femmes.

Les taux bruts de mortalité par maladie cérébro-vasculaire et AVC sont respectivement de 50,2 et de 44,7 pour 100 000 habitants. Ce taux augmente de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre près de 962 décès par maladie cérébro-vasculaire pour 100 000 chez les plus de 85 ans.

Après standardisation sur l'âge, c'est-à-dire à structure d'âge identique, les hommes ont un taux de mortalité par maladie cérébro-vasculaire supérieur à celui des femmes (58,9 *versus* 45,9 pour 100 000), de même pour les décès par AVC (51,9 *versus* 41,2/100 000).

Entre 2000 et 2010, le taux standardisé de mortalité par AVC a diminué de plus de 30 %, tous âges confondus, et d'environ 28 % chez les moins de 65 ans (graphique 1).

L'analyse des taux standardisés régionaux montre des disparités importantes de mortalité par AVC sur le territoire français. La mortalité est très élevée dans tous les départements d'outre-mer (85,3 et 79,3 pour 100 000 à La Réunion et en Guadeloupe, carte 1). En métropole, le Nord - Pas-de-Calais (59,5/100 000), la Bretagne (54,4/100 000) et le Limousin (53,8/100 000) affichent les taux les plus élevés, dépassant de plus de 10 % le taux national moyen. Les régions Île-de-France (38,2/100 000) et Rhône-Alpes (42,3/100 000) ont les taux les plus bas du territoire français.

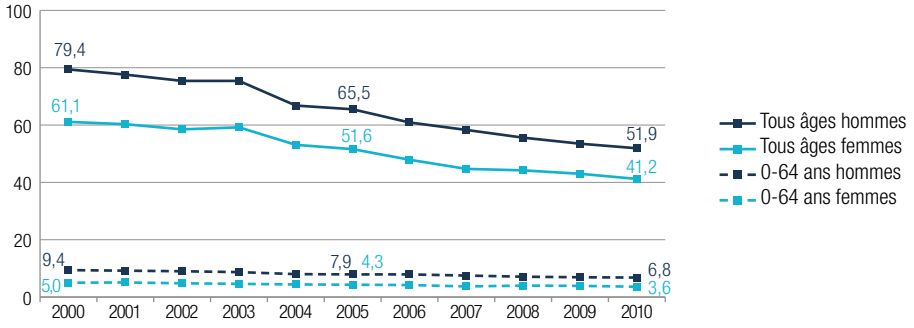
En 2009, les estimations de l'OMS à partir de la base HFA-DB, ainsi que celles délivrées par Eurostat pour les années 2008 à 2010, placent la France avec le taux standardisé de mortalité par maladie cérébro-vasculaire le plus faible de l'Union européenne, précédant l'Autriche, les Pays-Bas, l'Espagne, l'Allemagne et la Belgique. À l'inverse, la Bulgarie, la Roumanie, la Croatie et la Slovaquie enregistrent les taux les plus élevés.

▶ Patients hospitalisés pour AVC en 2012

En 2012, 146 550 patients domiciliés en France ont eu une hospitalisation complète pour maladie cérébro-vasculaire (tableau 2). Pour 105 310 patients (72 %), le diagnostic principal est un AVC avéré (premier événement ou récidive) et pour 19 597 (13 %) le diagnostic principal est un AIT. Le taux brut de patients hospitalisés est de 5,4 pour 100 000 chez les moins de 25 ans et augmente avec l'âge pour atteindre 1 958 pour 100 000 chez les 85 ans et plus. Les taux standardisés sont de 231,9 pour 100 000 pour les maladies cérébro-vasculaires, de 165,4/100 000 pour les AVC et de 30,8 pour 100 000 pour les AIT. Les taux de patients hospitalisés sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, que le diagnostic soit une maladie cérébro-vasculaire (287,5 *versus* 186,8/100 000), un AVC (200,5 *versus* 136,4/100 000) ou un AIT (35,3 *versus* 27,1).

L'analyse de l'évolution entre 2002 et 2012 des taux standardisés de patients hospitalisés pour AVC montre une légère diminution chez les hommes (- 4,6 %) et les femmes (- 2,7 %) tous âges confondus (graphique 2). En revanche, chez les moins de 65 ans, ce taux a significativement augmenté entre 2002 et 2012 (+ 13,3 % pour les hommes et + 16,3 % pour les femmes). Ces résultats sont cohérents avec les données du registre des AVC de Dijon qui montrent une augmentation de l'incidence des AVC chez les moins de 55 ans entre 1985 et 2011 (Béjot, 2013).

Graphique 1
Évolution des taux* de décès par AVC selon le sexe de 2000 à 2010



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Tableau 1

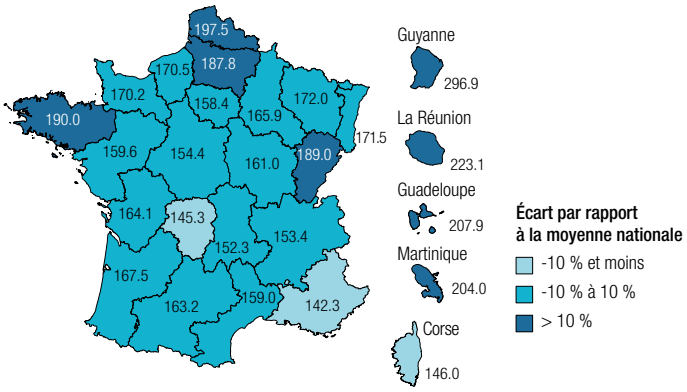
Nombre et taux de décès par maladie cérébro-vasculaire et AVC selon le sexe et l'âge, en 2010

	Maladie cérébro-vasculaire			AVC		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès						
Moins de 25 ans	29	20	49	27	17	44
25-44 ans	232	136	368	221	128	349
45-64 ans	1 592	874	2 466	1 474	819	2 293
65-84 ans	6 932	6 959	13 891	6 156	6 309	12 465
85 ans et plus	4 841	10 894	15 735	4 182	9 616	13 798
Total tous âges	**13 626**	**18 883**	**32 509**	**12 060**	**16 889**	**28 949**
Taux brut*						
Moins de 25 ans	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
25-44 ans	2,8	1,6	2,2	2,6	1,5	2,1
45-64 ans	19,2	10,0	14,5	17,8	9,4	13,5
65-84 ans	173,8	134,4	151,6	154,3	121,9	136,0
85 ans et plus	993,0	948,9	962,1	857,9	837,6	843,7
Total tous âges	**43,4**	**56,5**	**50,2**	**38,5**	**50,5**	**44,7**
Taux standardisé**	**58,9**	**45,9**	**51,4**	**51,9**	**41,2**	**45,8**

* Taux de décès pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Carte 1

Taux* régionaux de décès par AVC (2008-2010)



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Tableau 2

Nombre et taux de patients hospitalisés en soins de courte durée MCO avec un diagnostic principal de maladie cérébro-vasculaire, d'AVC ou d'AIT selon le sexe et l'âge, en 2012

	Maladie cérébro-vasculaire			AVC			AIT		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	578	504	1 082	463	390	853	8	12	20
25-44 ans	3 155	3 117	6 272	2 535	2 261	4 796	236	191	427
45-64 ans	19 809	10 738	30 547	13 818	7 241	21 059	2 081	1 312	3 393
65-84 ans	40 215	33 232	73 447	26 825	23 874	50 699	5 076	5 240	10 316
85 ans et plus	11 452	23 750	35 202	8 831	19 072	27 903	1 680	3 761	5 441
Total tous âges	**75 209**	**71 341**	**146 550**	**52 472**	**52 838**	**105 310**	**9 081**	**10 516**	**19 597**
Taux brut*									
Moins de 25 ans	5,6	5,1	5,4	4,5	4,0	4,2	0,1	0,1	0,1
25-44 ans	38,0	36,7	37,4	30,5	26,7	28,6	2,8	2,3	2,5
45-64 ans	236,6	121,8	177,7	165,0	82,2	122,5	24,9	14,9	19,7
65-84 ans	954,1	622,5	768,8	636,5	447,2	530,7	120,4	98,2	108,0
85 ans et plus	2 105,0	1 894,0	1 957,8	1 623,2	1 520,9	1 551,9	308,8	299,9	302,6
Total tous âges	**237,5**	**211,5**	**224,1**	**165,7**	**156,7**	**161,0**	**28,7**	**31,2**	**30,0**
Taux standardisé**	**287,5**	**186,8**	**231,9**	**200,5**	**136,4**	**165,4**	**35,3**	**27,1**	**30,8**

* Taux de patients hospitalisés pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Accidents vasculaires cérébraux (suite)

De même que pour la mortalité par AVC, il existe des disparités régionales importantes avec des taux élevés dans le Nord - Pas-de-Calais (197,5/100 000), en Picardie (187,8/100 000), en Bretagne (190,0/100 000) et en Franche-Comté (189,0/100 000) (carte 2). Dans les DOM, les taux observés en Guyane et à La Réunion sont très supérieurs au taux national moyen avec respectivement 296,9 et 223,1/100 000.

La France ne figure qu'au 5e rang des taux d'hospitalisation les plus bas de l'Union européenne pour maladie cérébro-vasculaire d'après les données de la base HFA-DB de l'OMS derrière Malte, l'Irlande, l'Espagne et le Royaume-Uni. Les taux les plus élevés ont été observés en Hongrie, Lituanie, Estonie, Bulgarie, Roumanie, République tchèque et Allemagne. ■

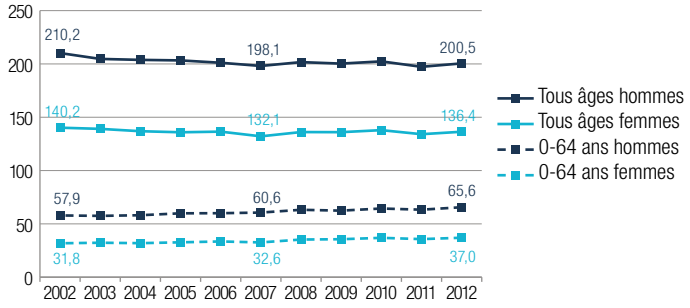
▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

↻ Synthèse

Les accidents vasculaires cérébraux et plus généralement les maladies cérébro-vasculaires, sont une cause majeure de mortalité et de handicap. En 2010, ils ont été la cause de 32 509 décès (soit 5,9 % de l'ensemble des décès et 22,3 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire) et de 146 550 patients hospitalisés. Les données du PMSI montrent, tous âges confondus, une diminution du taux de patients hospitalisés pour AVC entre 2002 et 2012. Cependant, l'évolution chez les moins de 65 ans sur cette période est défavorable, avec une augmentation sensible du taux de patients hospitalisés. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue des taux standardisés de décès pour AVC entre 2000 et 2010. Les régions Nord - Pas-de-Calais, Bretagne et Limousin ainsi que les quatre départements d'outre-mer présentent les taux de mortalité par AVC les plus élevés.

GRAPHIQUE 2

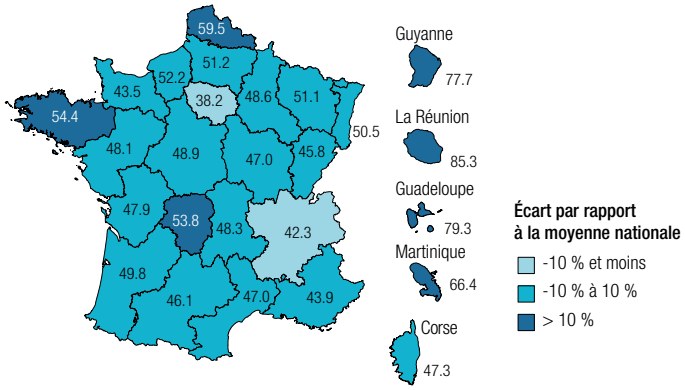
Évolution des taux* de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'AVC selon le sexe de 2002 à 2012



* Taux pour 100 000 standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

CARTE 2

Taux* régionaux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'AVC, en 2012



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

INDICATEUR • **Mortalité par AVC**

▶**Champ** : France entière, population tous âges. ▶**Sources** : Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Pour les maladies cérébro-vasculaires, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 I60 à I69 ; pour les accidents vasculaires cérébraux les codes I60 à I64. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Sous-estimation des maladies cérébro-vasculaires en tant que cause initiale de décès.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-CépiDc.

INDICATEUR • **Hospitalisations pour AVC**

▶**Champ** : France entière, population tous âges. ▶**Sources** : Base nationale PMSI (ATIH, exploitation InVS), statistiques démographiques : INSEE. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Pour les maladies cérébro-vasculaires, ont été retenus les patients hospitalisés en diagnostic principal pour un des codes CIM-10 suivant : de I60 à I69 ; pour les accidents ischémiques transitoires les codes G45 (sauf G45.4) ; pour les accidents vasculaires cérébraux les codes I60 à I64 et G46 (avec diagnostic associé en I60 à I64). ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Ces chiffres ne permettent pas de différencier les différents sous-types d'AVC ni les premiers événements des récidives. Les décès prématurés avant l'arrivée à l'hôpital ne sont ici pas comptabilisés. ▶**Référence** : Béjot Y., Daubail B., Jacquin A., Durier J., Osseby G.-V., Rouaud O., Giroud M., 2013, « Trends in the Incidence of Ischaemic Stroke in Young Adults Between 1985 and 2011 : the Dijon Stroke Registery », *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 0, p. 1-5.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Insuffisance cardiaque

Contexte

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie grave et fréquente constituant ainsi un problème de santé publique majeur. Il s'agit d'une affection chronique complexe dont la symptomatologie est susceptible d'affecter fortement la qualité de vie des patients atteints. D'après la société européenne de cardiologie, elle touche 1 à 2 % de la population adulte dans les pays développés, et plus de 10 % des personnes de 70 ans et plus (McMurray *et al.*, 2012). En France, sa prévalence a été estimée en 2002 à 2,2 % dans la population générale et à 11,9 % chez les personnes de 60 ans et plus consultant en médecine générale (Sauderbray *et al.*, 2005). La fréquence de l'IC augmente avec l'âge et est susceptible de croître en raison du vieillissement de la population et de la meilleure prise en charge des événements coronaires aigus graves à l'origine de l'IC.

L'évolution de l'IC est marquée par des épisodes de décompensations aiguës, sources de nombreuses hospitalisations dont la létalité est élevée. En France, celle-ci a été estimée à 8,8 % en intrahospitalier en 2009 par l'Observatoire français de l'IC aiguë (OFICA) (Logeart *et al.*, 2011).

La validité des bases médico-administratives (PMSI, certificats de décès) n'a pas encore été évaluée concernant l'IC. En effet, sur les certificats de décès comme dans le PMSI, il peut y avoir codage de la pathologie à l'origine de l'IC, ou encore des causes immédiates de la décompensation aiguë, plutôt que de l'IC. Ainsi, l'exploitation de l'IC en tant que cause initiale de décès ou diagnostic principal d'hospitalisation conduit très probablement à une sous-estimation de la fréquence de cette pathologie.

Indicateurs

▶ Mortalité par insuffisance cardiaque en 2010

En 2010, 21 186 décès pour lesquels l'IC était notifiée en tant que cause initiale sur le certificat de décès ont été recensés, dont une majorité de femmes (12 674 soit 59,8 %) (tableau 1). Les deux tiers (66,6 %) des personnes décédées sont âgées de 85 ans ou plus. Cette proportion s'élève à plus de 75,0 % chez les femmes et à 54,0 % chez les hommes. La part des décès prématurés (avant 65 ans) est faible (3,5 % des décès au total, et seulement 1,7 % chez les femmes).

En 2010, le taux brut de mortalité global pour IC est de 32,7 pour 100 000 habitants. Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (37,9 *versus* 27,1) et s'élève à 862,2 pour 100 000 chez les 85 ans et plus. Après standardisation sur l'âge, le taux de mortalité global estimé est de 32,9 pour 100 000 habitants et est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (38,8 *versus* 29,1).

Il a diminué de façon importante entre 2000 et 2010 (- 33,4 %), autant chez les hommes que chez les femmes. La diminution est du même ordre de grandeur chez les moins de 65 ans et les 65 ans et plus (graphique 1). Il existe des disparités régionales importantes (carte 1). Le Nord - Pas-de-Calais, la Lorraine, la Franche-Comté ainsi que quelques régions du Sud et de l'Ouest (Poitou-Charentes, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Corse) présentent des taux standardisés de mortalité supérieurs à la moyenne nationale de plus de 10 %. À l'inverse, l'Île-de-France et l'Alsace affichent des taux de mortalité inférieurs d'au moins 10 % par rapport à l'ensemble du territoire.

▶ Patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2012

En 2012, le nombre de patients hospitalisés pour IC en hospitalisation complète s'élève à 156 388 (tableau 2). La répartition hommes-femmes est équilibrée (49 % d'hommes, 51 % de femmes). 10,6 % des patients ont moins de 65 ans et 41,3 % 85 ans ou plus. Dans cette dernière catégorie d'âge, la part des femmes est près de deux fois plus importante (64 % *versus* 36 % pour les hommes). Par ailleurs, 19,7 % des personnes hospitalisées une première fois en 2012 ont été réhospitalisées au moins une fois pour le même motif au cours de cette année, contre 15,3 % en 2002. Le nombre moyen d'hospitalisations par personne est estimé à 1,3 pour 2012.

Le taux brut de patients hospitalisés pour IC s'élève à 239,1 pour 100 000 personnes. Le taux est égal à 1,7 pour les 0-25 ans. Il augmente ensuite avec l'âge pour atteindre 3 590,6 pour 100 000 chez les 85 ans et plus. Le taux standardisé sur l'âge est globalement égal à 238,9 pour 100 000 personnes et nettement plus élevé pour les hommes que pour les femmes (308,4 *versus* 190,0 pour 100 000).

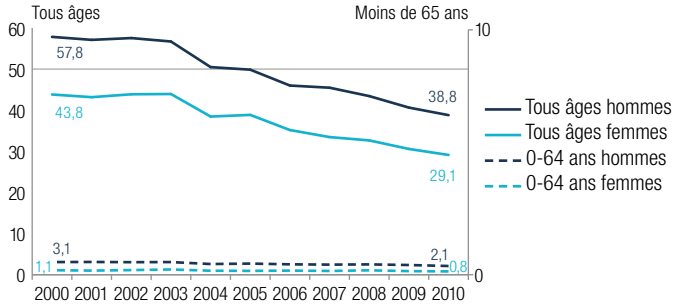
Tableau 1
Nombre et taux de décès par insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge, en 2010

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès			
Moins de 25 ans	5	2	7
25-44 ans	64	27	91
45-64 ans	470	185	655
65-84 ans	3379	2952	6331
85 ans et plus	4594	9508	14 102
Total tous âges	**8512**	**12 674**	**21 186**
Taux brut*			
Moins de 25 ans	0,0	0,0	0,0
25-44 ans	0,8	0,3	0,5
45-64 ans	5,7	2,1	3,9
65-84 ans	84,7	57,0	69,1
85 ans et plus	942,4	828,2	862,2
Total tous âges	**27,1**	**37,9**	**32,7**
Taux standardisé**	**38,8**	**29,1**	**32,9**

* Taux pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Graphique 1

Évolution des taux* de décès par insuffisance cardiaque selon le sexe de 2000 à 2010



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Tableau 2

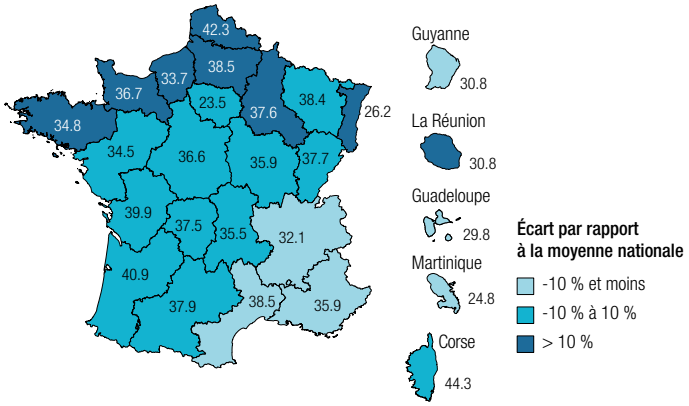
Nombre et taux de patients hospitalisés en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge, en 2012

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés			
Moins de 25 ans	169	180	349
25-44 ans	984	501	1 485
45-64 ans	10 418	4 319	14 737
65-84 ans	41 780	33 477	75 257
85 ans et plus	23 291	41 269	64 560
Total tous âges	**76 642**	**79 746**	**156 388**
Taux brut*			
Moins de 25 ans	1,7	1,8	1,7
25-44 ans	11,9	5,9	8,9
45-64 ans	124,4	49,0	85,8
65-84 ans	991,3	627,1	787,8
85 ans et plus	4 281,1	3 291,0	3 590,6
Total tous âges	**242,0**	**236,5**	**239,1**
Taux standardisé**	**308,4**	**190,0**	**238,9**

* Taux pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Carte 1

Taux* régionaux de décès par insuffisance cardiaque (2008-2010)



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Insuffisance cardiaque (suite)

Entre 2002 et 2012, le taux standardisé de patients hospitalisés pour IC a diminué de 6,0 % (graphique 2). La diminution est plus importante chez les hommes que chez les femmes (- 9,2 % *versus* - 3,6 %).

Les taux standardisés sur l'âge varient d'une région à l'autre (carte 2). Les régions ayant des taux supérieurs à la moyenne nationale de plus de 10 % se concentrent dans la moitié nord de la France (Bretagne, Alsace, Normandie, Picardie, Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne), ainsi qu'à La Réunion qui enregistre le taux standardisé le plus élevé (313,2 pour 100 000 habitants). À l'inverse, les régions du Sud-Est présentent des taux bien inférieurs à la moyenne nationale (écart de plus de 10 %), notamment en Languedoc-Roussillon (183,7 pour 100 000). ■

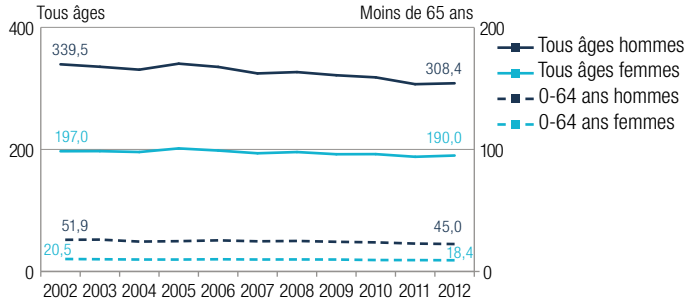
▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

Synthèse

L'insuffisance cardiaque est une maladie grave et fréquente chez le sujet âgé, à l'origine de 21 000 décès en 2010. Entre 2000 et 2010, une réduction de 33,4 % du taux de mortalité standardisé sur l'âge a été observée. Le taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour IC n'a en revanche diminué que de 6,0 % entre 2002 et 2012. La proportion de personnes réhospitalisées en cours d'année a progressé de 4,4 % entre 2002 et 2012. L'insuffisance cardiaque touche essentiellement des populations âgées avec un âge moyen de décès de 86,3 ans pour 2010. Les analyses ont mis en évidence d'importantes disparités régionales en termes de mortalité et d'hospitalisations. Les taux standardisés de décès sont particulièrement élevés dans le Nord - Pas-de-Calais, la Lorraine, la Franche-Comté, le Poitou-Charentes, l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon et la Corse. Les régions du Nord-Ouest au Nord-Est, ainsi que La Réunion, enregistrent des taux standardisés de personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque supérieurs à la moyenne nationale de plus de 10 %. À l'inverse, le Languedoc-Roussillon, les régions PACA et Rhône-Alpes présentent des taux moins importants par rapport à l'ensemble du territoire.

Graphique 2

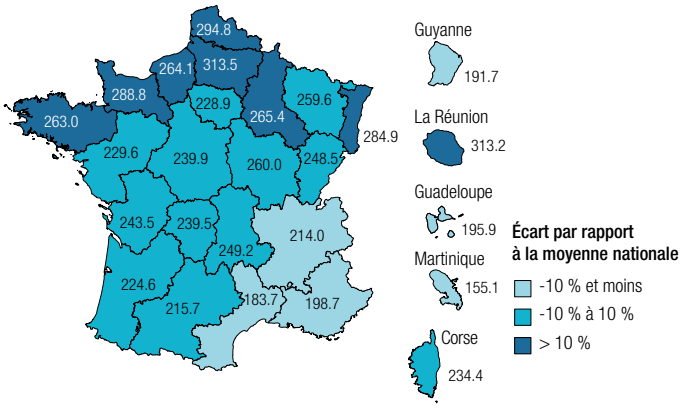
Évolution des taux* de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque selon le sexe de 2002 à 2012



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Carte 2

Taux* régionaux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque, en 2012



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

INDICATEUR • **Mortalité par insuffisance cardiaque**

▶**Champ** : France entière. ▶**Sources** : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat IARC 2010. Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un code CIM-10 I50. Les années 2008 à 2010 ont été regroupées afin d'éviter les fluctuations d'effectifs dans chaque région. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : 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).
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-CépiDc.

INDICATEUR • **Hospitalisations pour insuffisance cardiaque**

▶**Champ** : France entière. ▶**Sources** : Bases nationales PMSI (ATIH, exploitation InVS) et statistiques démographiques (INSEE). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat IARC 2010. Ont été retenus les séjours comportant un code CIM-10 I50 en diagnostic principal. Les unités de compte sont les patients, ayant eu au moins une hospitalisation complète, après exclusion des séances, des GHM de transfert et des hospitalisations de jour sauf en cas de décès. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : 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.
▶**Références** :

– McMurray J.J., Adamopoulos S., Anker S.D., Auricchio A., Bohm M., Dickstein K. *et al.*, 2012, « ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC », *European Heart Journal*, 33(14) :1787-847, July.
– Saudubray T., Saudubray C., Viboud C., Jondeau G., Valleron A.J., Flahault A. *et al.*, « Prevalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France : enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles. », *La Revue de Médecine Interne*, 2005 ; 26 (11), p. 845-850, novembre.
– Logeart D., Degroote P., Dujardin J.-J., Jondeau G., Juilliere Y., Mulak G. *et al.*, 2011, « Medical Journey and Short-Term Outcome of Acute Heart Failure : the OFICA Study », *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 3(1), 33, January.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Maladie veineuse thromboembolique

Contexte

La maladie veineuse thromboembolique (MVTE) regroupe la thrombose veineuse (TV) et sa complication immédiate, l'embolie pulmonaire (EP). Pathologie fréquente et récidivante, elle présente une mortalité et une morbidité importantes, notamment chez le sujet âgé. L'incidence de la pathologie en France a été peu étudiée ; les dernières estimations donnent une incidence de 183 pour 100 000 pour la MVTE et de 60 pour 100 000 pour l'EP en 1998 (Oger, 2000). L'incidence de cette pathologie augmente de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre plus de 1 % chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

La validité des bases médico-administratives et de mortalité n'a pas été évaluée pour la MVTE. Cependant, une étude française a montré une sensibilité élevée des codes diagnostiques de la CIM-10 utilisés pour le codage de l'EP (Casez, 2010). En raison de l'association fréquente de la MVTE avec d'autres pathologies, l'indicateur de mortalité est axé sur les causes multiples de décès du certificat (Olié *et al.*, 2013). De même, l'indicateur patient hospitalisé prend en compte le diagnostic principal et le diagnostic associé du résumé de sortie anonyme.

Indicateurs

▶ Mortalité par MVTE en 2010

En 2012, 15 645 décès ont été répertoriés avec une MVTE en causes multiples dont 8 853 femmes et 6 792 hommes (tableau 1). La mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant 65 ans, concerne globalement 15,5 % des décès répertoriant une MVTE avec un déséquilibre homme-femme important (22 % chez les hommes et seulement 11 % chez les femmes).

Le taux brut de mortalité augmente de façon importante avec l'âge. Inférieur à 0,5/100 000 chez les moins de 25 ans, il atteint plus de 352/100 000 chez les plus de 85 ans. Le taux de mortalité en causes multiples standardisé sur l'âge était supérieur chez les hommes (28,1/100 000) comparé aux femmes (22,7/100 000).

Le taux standardisé de mortalité par MVTE a diminué de façon importante entre 2000 et 2010 avec une réduction de 31 % aussi bien chez les hommes que chez les femmes (graphique 1). Cette diminution est moins marquée chez les moins de 65 ans (environ 10 % chez les hommes et 5 % chez les femmes).

Les taux régionaux standardisés de décès diffèrent de manière importante selon la région (carte 1).

Le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie, l'Alsace, la Lorraine, l'Auvergne, la Guadeloupe et la Martinique affichent, en 2010, les taux de mortalité par MVTE en causes multiples les plus élevés (> 30/100 000 habitants) et supérieurs de plus de 10 % à la moyenne nationale. En revanche, la Corse, La Réunion, la Bretagne, les Pays de la Loire, Poitou-Charentes, l'Île-de-France ainsi que Provence - Alpes - Côte d'Azur et Midi-Pyrénées présentent des taux inférieurs de plus de 10 % à la moyenne nationale.

▶ Patients hospitalisés pour MVTE en 2012

En 2012, 124 263 personnes ont été hospitalisées au moins une fois avec une MVTE en diagnostic principal ou associé dont 57 777 présentent une EP (tableau 2). Près de 90 % des patients hospitalisés pour MVTE ou EP sont âgés de 45 ans et plus. Les femmes représentent près de 55 % des patients hospitalisés pour MVTE (67 173) et pour EP (31 838). Le taux brut de patients hospitalisés pour MVTE ou pour EP augmente de manière exponentielle avec l'âge ; passant de 11,8 pour 100 000 chez les moins de 25 ans à plus de 1 223,2 pour 100 000 chez les plus de 85 ans pour la MVTE. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour MVTE et EP est respectivement de 198,3 et 92,2 pour 100 000 habitants. Ce taux est supérieur chez les hommes par rapport aux femmes, 211,8 *versus* 185,6 pour la MVTE et 96,6 *versus* 87,5 pour l'EP.

Tableau 1

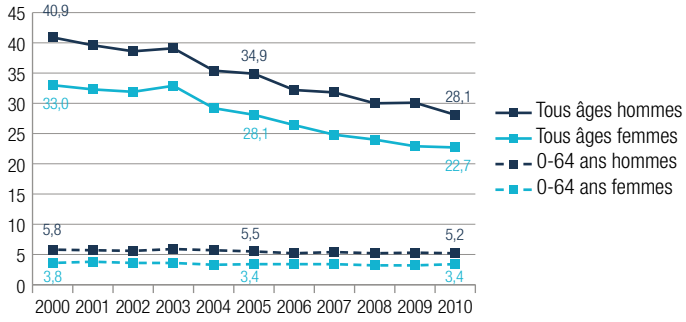
Nombre et taux de décès par maladie veineuse thromboembolique selon le sexe et l'âge, en 2010

	MVTE						Embolie Pulmonaire					
	Cause initiale			Causes multiples			Cause initiale			Causes multiples		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès												
Moins de 25 ans	5	8	13	12	17	29	4	6	10	10	11	21
25-44 ans	59	65	124	151	147	298	49	55	104	135	133	268
45-64 ans	409	288	697	1 474	949	2 423	347	250	597	1 223	821	2 044
65-84 ans	1 018	1 249	2 267	3 452	3 672	7 124	855	1 053	1 908	2 892	3 119	6 011
85 ans et plus	574	1 553	2 127	1 703	4 068	5 771	476	1 194	1 670	1 405	3 271	4 676
Total tous âges	2 065	3 163	5 228	6 792	8 853	15 645	1 731	2 558	4 289	5 665	7 355	13 020
Taux brut *												
Moins de 25 ans	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
25-44 ans	0,7	0,8	0,7	1,8	1,7	1,8	0,6	0,6	0,6	1,6	1,6	1,6
45-64 ans	4,9	3,3	4,1	17,8	10,9	14,3	4,2	2,9	3,5	14,8	9,4	12,0
65-84 ans	25,5	24,1	24,7	86,5	70,9	77,7	21,4	20,3	20,8	72,5	60,3	65,6
85 ans et plus	117,7	135,3	129,8	349,3	354,4	352,9	97,6	104,0	102,1	288,2	284,9	285,9
Total tous âges	6,6	9,5	8,1	21,7	26,5	24,2	5,5	7,7	6,6	18,1	22,0	20,1
Taux standardisé**	**8,6**	**8,0**	**8,3**	**28,1**	**22,7**	**25,2**	**7,2**	**6,5**	**6,9**	**23,4**	**19**	**21**

* Taux de décès pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Graphique 1

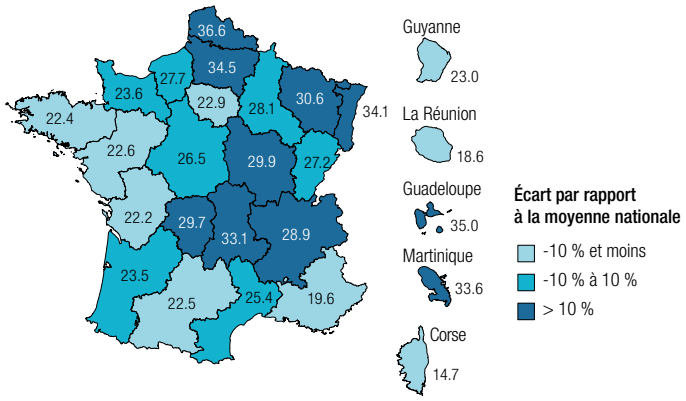
Évolution des taux* de décès par MVTE en causes multiples selon le sexe de 2000 à 2010



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Carte 1

Taux*régionaux de décès par MVTE en causes multiples (2008-2010)



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Données de mortalité : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE.

Tableau 2

Nombre et taux de patients hospitalisés en soins de courte durée MCO avec un diagnostic principal ou associé de MVTE ou d'embolie pulmonaire selon le sexe et l'âge, en 2012

	MVTE			Embolie Pulmonaire		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés						
Moins de 25 ans	955	1 411	2 366	288	605	893
25-44 ans	4 954	5 792	10 746	2 238	2 687	4 925
45-64 ans	18 381	13 086	31 467	8 103	5 733	13 836
65-84 ans	26 446	31 244	57 690	12 313	15 264	27 577
85 ans et plus	6 354	15 640	21 994	2 997	7 549	10 546
Total tous âges	**57 090**	**67 173**	**124 263**	**25 939**	**31 838**	**57 777**
Taux brut*						
Moins de 25 ans	9,3	14,3	11,8	2,8	6,2	4,4
25-44 ans	59,7	68,3	64,0	27,0	31,7	29,3
45-64 ans	219,5	148,5	183,1	96,8	65,0	80,5
65-84 ans	627,5	585,3	603,9	292,1	285,9	288,7
85 ans et plus	1 167,9	1 247,2	1 223,2	550,9	602,0	586,5
Total tous âges	**180,2**	**199,2**	**190,0**	**81,9**	**94,4**	**88,3**
Taux standardisé**	**211,8**	**185,6**	**198,3**	**96,6**	**87,5**	**92,2**

* Taux pour 100 000 habitants.
** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Maladie veineuse thromboembolique (suite)

Entre 2002 et 2012 le taux standardisé de patients hospitalisés pour une MVTE est resté assez stable chez les hommes (- 1,1 %) et a diminué chez les femmes (- 12,4 %) (graphique 2). Cependant, avant 65 ans, on observe une augmentation de 18 % chez les hommes. Chez les femmes de moins de 65 ans, le taux de patients hospitalisés pour MVTE est resté stable.

Les taux standardisés de patients hospitalisés pour une MVTE en 2012 varient d'une région à l'autre (carte 2). Un grand quart Nord-Est présente un taux standardisé supérieur à la moyenne nationale, avec un taux de 252,1/100 000 dans le Nord - Pas-de-Calais, 236,1/100 000 en Lorraine, 236,6/100 000 en Champagne-Ardenne, 229,4/100 000 en Franche-Comté et 228,9/100 000 en Picardie. La Bourgogne, Rhône-Alpes et la Basse-Normandie possèdent également des taux élevés avec respectivement 251,0, 237,1 et 219,7/100 000. En revanche, les taux sont inférieurs d'au moins 10 % par rapport à la moyenne nationale en Bretagne, Pays de la Loire, Limousin et Provence - Alpes - Côte d'Azur avec des taux standardisés inférieurs à 170/100 000. La Corse (137,5/100 000) et La Réunion (136,6/100 000) possèdent les taux standardisés les plus bas en France en 2012. ■

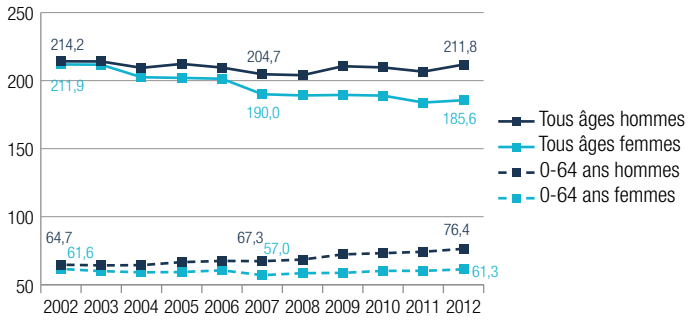
▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

Synthèse

La maladie veineuse thromboembolique est une pathologie fréquente chez le sujet âgé et présente une mortalité et une morbidité importantes. En 2010, cette pathologie est responsable de 15 645 décès en causes multiples et de 124 263 hospitalisations en diagnostic principal et associé. L'évolution au cours des dix dernières années de la mortalité et du taux de patients hospitalisés est plutôt favorable chez les personnes de 65 ans et plus. En revanche, avant 65 ans et notamment chez les hommes, l'augmentation de l'incidence de la MVTE hospitalisée est constante depuis 10 ans. Cette augmentation pourrait s'expliquer, en partie, par une amélioration des outils diagnostiques avec l'introduction de nouvelles techniques d'imagerie, par une meilleure survie des polytraumatisés et des patients atteints de cancer, qui sont deux populations à risque de MVTE, mais également par une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque de MVTE comme l'obésité en population générale. Les disparités régionales observées, assez concordantes entre la mortalité et les hospitalisations, indiquent que le Nord-Est (Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Alsace, Lorraine et Rhône-Alpes) et le Centre (Auvergne) sont plus impactés que l'Ouest et le Sud de la France.

Graphique 2

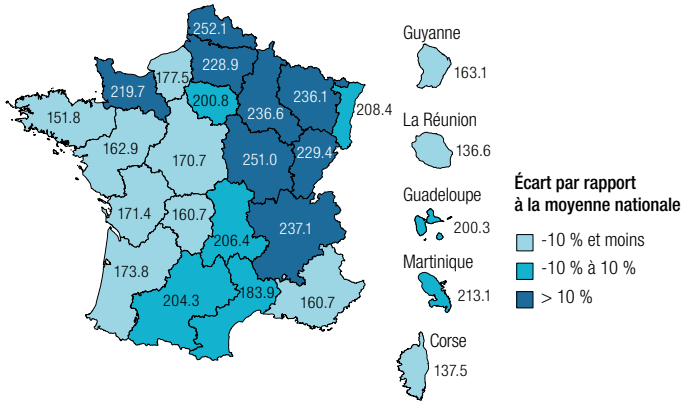
Évolution des taux* de patients hospitalisés avec un diagnostic principal ou associé de MVTE selon le sexe de 2002 à 2012



* Taux pour 100 000 standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

Carte 2

Taux* régionaux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal ou associé de MVTE, en 2012



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010).
Champ • France entière.
Sources • Base nationale PMSI : ATIH, statistiques démographiques : INSEE.

INDICATEUR • **Hospitalisations pour maladie veineuse thromboembolique (MVTE)**

▶**Champ** : France entière, population tous âges. ▶**Sources** : Base nationale PMSI (ATIH, exploitation InVS), statistiques démographiques : INSEE. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Pour la MVTE les patients hospitalisés pour un diagnostic principal ou associé d'embolie pulmonaire (I26) ou de thrombose veineuse (I80 à I82) ont été retenus. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Pas d'étude de validation de la base du PMSI pour l'étude de la MVTE. Pas de distinction possible entre premier événement et récidive. Les thromboses veineuses non hospitalisées ne sont pas comptabilisées ici.

▶**Références** :

– Casez P., Labarère J., Sevestre M.-A., Haddouche M., Courtois X., Mercier S., Lewandowski E., Fauconnier J., François P., Bosson J.-L., 2010, « ICD-10 Hospital Discharge Diagnosis Codes were Sensitive for Identifying Pulmonary Embolism but not Deep Vein Thrombosis », *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, p. 790-797.
– Oger E., EPI-GETBO study Group, 2000, « Incidence of Venous Thromboembolism : a Community-Based Study in Western France », *Thromb Haemost*, 83, p. 657-660.
– Olié V., Chin F., Lamarche-Vadel A., Peretti de C., 2013, «La maladie veineuse thromboembolique : patients hospitalisés et mortalité en France en 2010 », *BEH*, 33-34, octobre, p. 417-423.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Mortalité par MVTE**

▶**Champ** : France entière. ▶**Sources** : Inserm-CépiDc, statistiques démographiques : INSEE. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat IARC 2010. Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un code CIM-10 d'embolie pulmonaire (I26) ou de thrombose veineuse (I80 à I82). Les années 2008 à 2010 ont été regroupées afin d'éviter les fluctuations d'effectifs dans chaque région.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-CépiDc.

Diabète

Surveillance des personnes diabétiques

Contexte

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

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques progresse mais reste encore insuffisant.

Indicateurs

▶ Prévalence du diabète traité pharmacologiquement

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement a augmenté de 4,4 % en 2010 à 4,6 % en 2012, soit 3 millions de personnes. La France se situe ainsi dans la moyenne européenne. En 2012, la prévalence est plus élevée chez les hommes (5,1 % *versus* 4,1 %) et augmente avec l'âge pour atteindre 16,3 % chez les 75-79 ans, et diminue ensuite (graphique 1). Elle varie aussi selon le niveau socio-économique (2,3 % chez les personnes bénéficiaires de la CMU-C âgées de moins de 60 ans *versus* 1,7 % chez les non bénéficiaires du même âge) et la région (carte 1). Les taux les plus élevés sont observés dans les départements d'outre-mer. Ces taux élevés s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des comportements alimentaires) et un risque génétique plus élevé.

▶ Prévalence du diabète connu (traité pharmacologiquement et par régime seul)

La prévalence du diabète connu (traité pharmacologiquement ou par régime seul) est de 5,8 % (5,5 % de type 2) de la population âgée de 18 ans et plus, selon les données de l'enquête ObÉpi 2012. Les variations géographiques sont importantes : la prévalence brute est plus faible dans le Sud-Ouest (4,8 %), dans le Sud-Est (5,0 %) et dans l'Ouest (5,4 %) ; elle est intermédiaire en Île-de-France (6,2 %), dans l'Est (6,3 %) et en région méditerranéenne (6,8 %) ; elle est particulièrement élevée dans le bassin parisien (Champagne-Ardenne, Picardie, Bourgogne, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Centre ; 7,3 %) et surtout dans le Nord (9,9 %). Les personnes diabétiques de type 2 ont un niveau d'éducation plus faible que les personnes non diabétiques : 20 % ont un niveau primaire/CEP ou inférieur contre 14 % des non diabétiques, et 65 % déclarent des difficultés financières contre 52 % des non diabétiques.

▶ Niveau et distribution du risque vasculaire chez les patients diabétiques : niveau d'HbA1c, de cholestérol-LDL, de pression artérielle, d'IMC et statut tabagique

D'après les données de l'étude Entred, en 2008, le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2, déclaré par les médecins, reste élevé (graphique 2). L'obésité est nettement plus fréquente chez les personnes diabétiques les plus défavorisées (faible niveau d'études ou ayant des difficultés financières), de même que le tabagisme et un mauvais contrôle glycémique : hémoglobine glycosylée (HbA1c) > 8 % [1] chez les personnes ayant des difficultés financières. À niveau socio-économique équivalent, les personnes diabétiques originaires du Maghreb ont plus fréquemment un mauvais contrôle glycémique que celles d'origine française (30 % *versus* 15 %).

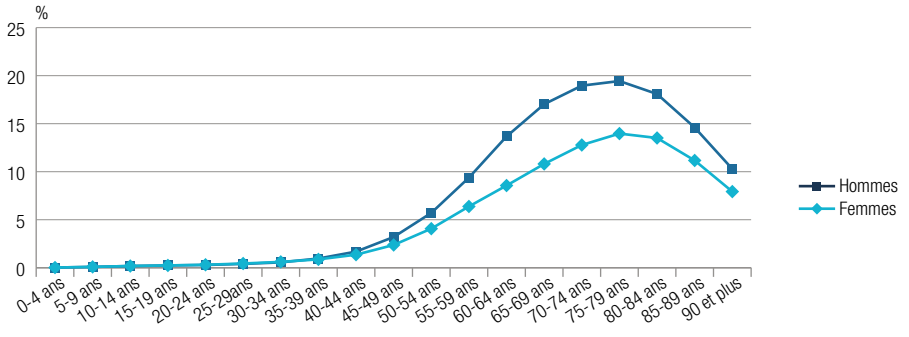
En 2008, le contrôle de la pression artérielle des personnes diabétiques est beaucoup plus satisfaisant que celui des autres pays européens, celui de l'HbA1c également, mais de façon moindre. En revanche, le contrôle du cholestérol (et LDL) est moins satisfaisant.

▶ Proportion de personnes diabétiques ayant réalisé dans l'année certains des examens de surveillance recommandés

Selon l'examen de surveillance considéré, le suivi des recommandations, estimé à partir des données du Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniiram), varie de 28 % (au moins une microalbuminurie) à 83 % (au moins une créatininémie) en 2012 (tableau 1). Entre 2007 et 2012, le suivi s'est amélioré mais de façon hétérogène selon les examens. Les progressions les plus marquées concernent la surveillance du contrôle glycémique. L'HbA1c a été dosée au moins 3 fois pour 48 % des personnes diabétiques (+ 10 points) et au moins 2 fois pour 73 % (+ 8 points). La pratique d'un ECG (ou une consultation de cardiologie) a concerné 35 % des personnes diabétiques en 2012 et a peu progressé par rapport à 2007 (+ 0,6 point). La proportion de personnes diabétiques ayant eu au moins une consultation d'ophtalmologie sur 2 ans (2011 ou 2012) est restée stable, autour de 62 %. Les études Entred ont aussi montré (résultats non présentés) qu'entre 2001 et 2007, le suivi ophtalmologique n'a progressé que chez les personnes les plus socialement favorisées, alors que le suivi des autres examens a progressé de façon similaire quels que soient les niveaux de défavorisation.

1. L'HbA1c permet d'estimer le contrôle de la glycémie pendant les 3-4 mois précédents.

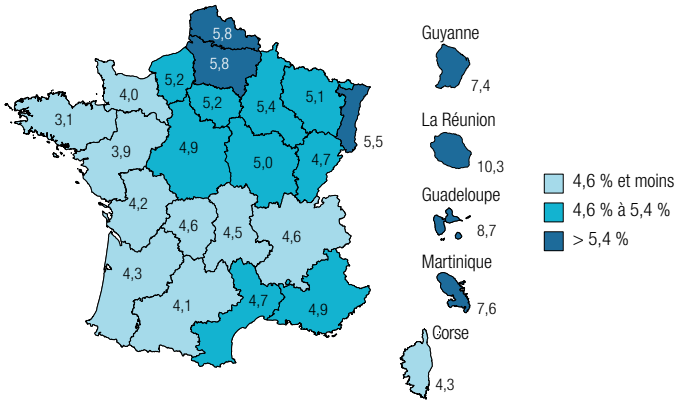
Graphique 1
Prévalence du diabète traité pharmacologiquement selon l'âge et le sexe en 2012



Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.
Source • Sniiram.

Carte 1

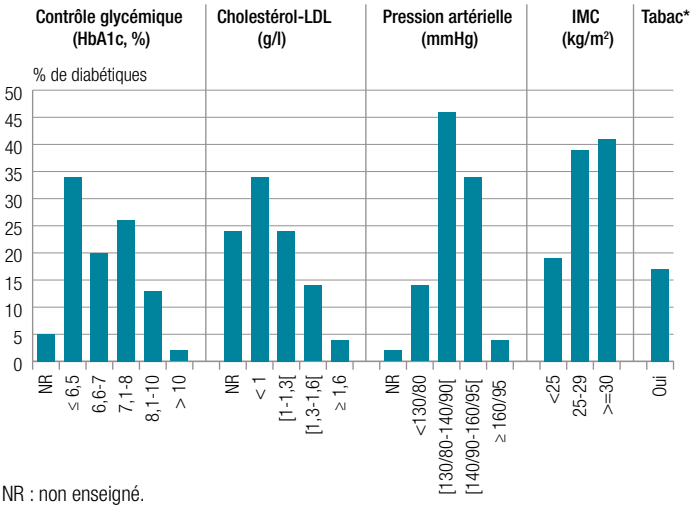
Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement selon la région en 2012



* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU 27, 2010.
Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.
Source • Sniiram.

Graphique 2

Distribution des personnes diabétiques de type 2 selon le niveau de risque vasculaire en 2008



NR : non enseigné.
IMC : indice de masse corporelle
* Tabagisme actif ou arrêt de moins de 3 ans.
Champ • France métropolitaine, personnes diabétiques de type 2, adultes, du régime général de l'Assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du RSI.
Source • Entred 2007.

Tableau 1

Proportions de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, ayant réalisé dans l'année certains examens de surveillance recommandés (en %)

	Entred 2007*	Sniiram 2012 **
≥ 3 dosages d'HbA1c	38,4	47,8
≥ 2 dosages d'HbA1c	64,6	72,6
≥ 1 dosage du cholestérol, triglycérides ou bilan lipidique	71,4	73,7
≥ 1 dosage de la créatininémie	79,7	83,1
≥ 1 dosage de la microalbuminurie	26,0	28,5
≥ 1 ECG (ou consultation de cardiologie libérale)	34,4	35,0
≥ 1 consultation d'ophtalmologie libérale/2 ans (ou rétinographie)	63,0	62,2
≥ 1 consultation dentaire en libéral	33,0	35,9

* Entred 2007 : estimations calculées sur un échantillon représentatif de 9781 adultes diabétiques traités pharmacologiquement ; France entière, régime général de l'Assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du RSI.
** Sniiram 2012 : estimations calculées sur les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement extraites du Sniiram, tous régimes, tous âges.
Champ • France entière.
Sources • Entred 2007 et Sniiram.

Surveillance des personnes diabétiques (suite)

Le suivi des examens de surveillance recommandés est hétérogène selon la région et l'examen (cartes 2). Les régions Alsace, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Corse et les DOM ont les proportions de personnes diabétiques ayant bénéficié d'au moins 3 dosages d'HbA1c les plus faibles à structure d'âge identique. La Guyane se démarque des autres régions, avec des proportions d'examens réalisés très faibles, à l'exception du dosage de la microalbuminurie qui est davantage effectué que dans le reste du territoire. ■

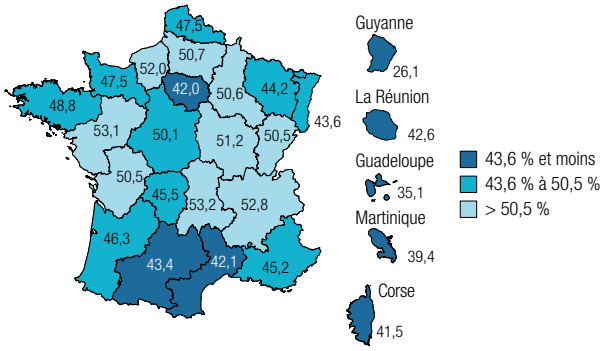
▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

Synthèse

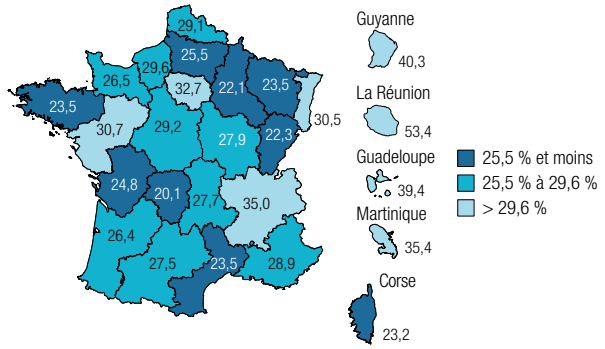
En 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 4,6 %, soit 3 millions de personnes. Les variations géographiques sont importantes, avec une prévalence particulièrement élevée dans le Nord et dans les DOM.
Les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont encore insuffisamment suivies. En 2012, entre 28 % (microalbuminurie) et 83 % (créatininémie) des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, avec de fortes variations régionales. Le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2 demeure encore élevé en 2007.

CARTES 2

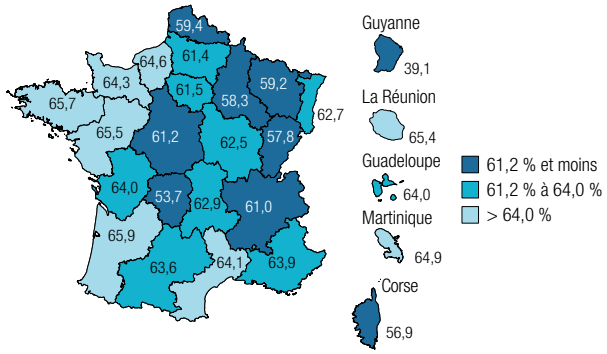
2a. Proportions standardisées* de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement âgées de 45 ans ou plus, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages de l'HbA1c en 2012, selon la région



2b. Proportions standardisées* de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement âgées de 45 ans ou plus, ayant bénéficié d'au moins 1 dosage de la microalbuminurie en 2012, selon la région



2c. Proportions standardisées* de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement âgées de 45 ans ou plus, ayant bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie en 2011 ou 2012, selon la région



* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27, 2010.
Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.
Source • Sniiram.

INDICATEURS • **Prévalence du diabète traité pharmacologiquement**
• **Proportion de personnes diabétiques ayant réalisé dans l'année certains des examens de surveillance recommandés**

▶ **Champ** : France entière (sauf Mayotte), tous âges, tous régimes. ▶ **Source** : Sniiram, base médico-administrative permanente de l'Assurance maladie. ▶ **Mode de construction des indicateurs** : Pour la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, le numérateur est le nombre de personnes ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux ou insuline, ou 2 en cas de grand conditionnement, à des dates différentes au cours de l'année n ; le dénominateur est la population INSEE moyenne des années n et n +1. Pour les examens de surveillance recommandés, le numérateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (*cf. supra*) ayant bénéficié de l'examen recommandé ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (*cf. supra*). Les taux de prévalence et les proportions de personnes ayant bénéficié des examens recommandés au niveau régional sont standardisés sur l'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27, 2010. ▶ **Biais connus** : Données de remboursement des principaux régimes de l'Assurance maladie, couvrant la presque totalité des assurés sociaux (97 %) ; les examens de surveillance recommandés réalisés en externe à l'hôpital et lors des hospitalisations en secteur public ne sont pas comptabilisés. L'algorithme de définition du diabète traité pharmacologiquement ne prend pas en compte les ALD (information non disponible dans le Sniiram pour l'ensemble des régimes), les personnes décédées ou n'ayant pas eu 3 remboursements d'antidiabétique du fait d'une hospitalisation, par exemple. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, cela n'induit donc pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles.
▶ **Organismes responsables de la production des indicateurs** : InVS ET CNAMTS.

INDICATEUR • **Prévalence du diabète connu (traité pharmacologiquement et par régime seul)**

Champ : Population française âgée de 18 ans et plus vivant en ménage ordinaire, France entière. ▶ **Source** : ObÉpi 2012, enquête épidémiologique nationale. 20 000 foyers du panel Kantar Health ont reçu par voie postale un questionnaire autoadministré de janvier à mars 2012. Les questionnaires de 25 714 adultes de 18 ans et plus, représentatifs de la population française, ont été complétés, dont 1 415 personnes diabétiques de type 2. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de personnes ayant autodéclaré un diabète ; le dénominateur est le nombre de personnes interrogées dans l'enquête. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Il s'agit d'une enquête basée sur un panel permanent et non sur un échantillon aléatoire ; le diabète est autodéclaré. ▶ **Référence** : Moisan C., Charles M.-A., Crine A., Basdevant A., Eschwège E., 2013, « Le diabète de type 2 en France en 2012. Données de l'enquête ObÉpi », *Diabètes Metab*, 39, A85-P2071 [en ligne]. www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm U1018.

INDICATEUR • **Niveau et distribution du risque vasculaire chez les patients diabétiques : niveau d'HbA1c, de cholestérol-LDL, de pression artérielle, d'IMC et statut tabagique**

▶ **Champ** : France entière, population adulte du régime général de l'Assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du régime social des indépendants (RSI). ▶ **Source** : Étude Entred, année 2007, portant sur 9 781 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général et du RSI, remboursées dans les 12 mois d'au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline, dont 3 894 personnes diabétiques de type 2 en métropole ayant répondu à un autoquestionnaire. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Facteurs de risque : IMC et tabagisme déclarés par les patients ; HbA1c, pression artérielle et cholestérol-LDL déclarés par les médecins pour les années 2007 ou 2008 (n = 2 232). Données pondérées sur le plan de sondage et sur les caractéristiques des non-répondants (âge, sexe, traitement par insuline et antidiabétique oral). Indicateurs de suivi des examens de surveillance : données extraites des bases de données de l'Assurance maladie pour l'ensemble de l'échantillon tiré au sort et pondérées sur le plan de sondage. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Exclusion des régimes de l'Assurance maladie autres que le régime général et le RSI, des sections locales mutualistes, des personnes hospitalisées pendant les 12 mois précédant 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'autodéclaration des médecins (étude rétrospective, variabilité des mesures biologiques). Ces biais induisent probablement une vision du contrôle du risque vasculaire plus optimiste qu'en réalité. Concernant les indicateurs de suivi des examens de surveillance, Entred 2007 porte sur la population adulte alors que le Sniiram 2012 porte sur la population tous âges. Cependant, le biais induit par cette différence de population reste faible étant donné le faible effectif d'enfants diabétiques comparativement aux adultes diabétiques. ▶ **Référence** : Druet C., Roudier C., Romon I., Assogba F., Bourdel-Marchasson I. *et al.*, 2013, « Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques », Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Complications du diabète

Contexte

Les complications du diabète[1] sont fréquentes et graves : infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques, 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). Toutefois, elles peuvent être retardées voire évitées grâce à un contrôle strict de la maladie.

Indicateurs

▶ Prévalence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète : infarctus du myocarde, maladies rénales chroniques, complications ophtalmologiques, mal perforant plantaire, dialyse ou greffe rénale

Les taux de complications sont estimés à partir des déclarations des personnes diabétiques et de leur médecin recueillies dans l'étude Entred (tableau 1). En 2007, 21 % des patients diabétiques de type 2 ont déclaré une complication coronaire. Par ailleurs, 19 % des patients déclarent avoir perdu la vue d'un œil ou avoir eu un traitement par laser et 31 % une insuffisance rénale chronique. Toutefois, ce taux est probablement surestimé en raison de la fréquence élevée de données manquantes. Enfin 1,5 % déclarent une amputation d'un membre inférieur et 10 % un mal perforant plantaire actif ou guéri. Les complications sont plus fréquentes chez les personnes ayant un niveau d'études plus faible (tableau 1). Cependant, à âge, sexe et traitement antidiabétique équivalents, seules les complications coronaires et podologiques sont associées au niveau d'études. Par ailleurs, les complications ophtalmologiques sont plus fréquentes chez les personnes diabétiques de type 2 originaires d'Afrique du Nord que chez celles d'origine française (25 % *versus* 18 %). Cette association reste significative à niveau socio-économique équivalent.

En 2012, d'après les données du registre du Réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN), le taux de prévalence brut de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par dialyse ou greffe rénale est de 617/100 000 personnes diabétiques traitées. Il augmente avec l'âge, atteignant 763/100 000 personnes diabétiques âgées de 75 à 79 ans. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes diabétiques (686 *versus* 536/100 000).

▶ Incidence des hospitalisations de personnes diabétiques pour plaie du pied et amputation du membre inférieur (mineure/majeure)

En 2012, près de 7 500 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur et plus de 19 000 avec mention de plaie du pied. Le taux d'incidence brut des hospitalisations pour amputation est de 250/100 000 personnes diabétiques traitées et celui des hospitalisations pour plaie du pied est de 636/100 000. Entre 2010 et 2012, le taux d'incidence annuel des hospitalisations pour amputation est resté stable (258, 257 et 250/100 000, respectivement en 2010, 2011 et 2012), alors que celui des plaies du pied a augmenté (558, 606 et 636/100 000).

Les variations géographiques sont relativement importantes. En 2012, le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour amputation est relativement faible en Île-de-France, en Bourgogne et en Languedoc-Roussillon, mais très élevé en Alsace, dans le Nord - Pas-de-Calais et dans les DOM (carte 1). Le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour plaie du pied est faible en Corse, en Guadeloupe, à La Réunion, en Guyane et en Provence - Alpes - Côte d'Azur, mais très élevé en Champagne-Ardenne, Picardie, Alsace, Bourgogne, Auvergne et surtout dans le Nord - Pas-de-Calais et en Martinique (carte 2). Toutefois, cette grande variabilité entre les régions, de même que l'augmentation temporelle, est également le reflet du mode de prise en charge des plaies du pied, voire des pratiques de codage.

Les personnes diabétiques hospitalisées pour amputation et plaie du pied sont âgées respectivement de 70,8 ans et 71,4 ans en moyenne. Le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour amputation est 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et ce rapport est de 1,5 en ce qui concerne les plaies du pied. Les taux d'incidence augmentent avec l'âge pour atteindre respectivement 422/100 000 et 1 335/100 000 chez les personnes âgées de 85 ans et plus. Ils sont également plus élevés chez les personnes socio-économiquement défavorisées : le taux brut des hospitalisations pour amputation est de 213/100 000 personnes diabétiques âgées de 60 ans et moins et bénéficiaires de la CMU-C *versus* 147/100 000 chez les non bénéficiaires de cette même tranche d'âge et 493/100 000 *versus* 377/100 000 pour les plaies du pied.

Ces taux sont probablement sous-estimés car ils n'intègrent pas les personnes diabétiques en institution ou hospitalisées sur le long terme, les plus malades, qui n'ont pas eu au moins 3 remboursements de traitements antidiabétiques. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, et n'induit pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles.

1. Voir également la fiche « Insuffisance rénale chronique terminale ».

Tableau 1

Prévalence[1] des complications déclarées par les personnes diabétiques de type 2 et leur médecin en 2007-2008 selon le niveau d'études[2] (en %, IC 95 %)

	Niveau d'études					Total
	Jamais scolarisé ou primaire non terminé	Primaire terminé-CEP	Collège	Lycée	≥ BAC +2	
Infarctus du myocarde, angor ou revascularisation coronaire	23 (20-27)	22 (19-24)	20 (18-23)	17 (13-21.5)	16 (12-20)	21 (19-22)
Insuffisance rénale chronique[3]	38 (31-45)	38 (34-43)	25 (20-30)	21 (14-28)	21 (14-28)	31 (29-34)
Complication ophtalmologique[4]	26 (22-30)	20 (18-22)	14 (12-16)	18 (13-22)	19 (15-23)	19 (18-20)
Amputation d'un membre inférieur	1,7 (0,6-2,7)	2,0 (1,2-2,8)	1,2 (0,6-1,8)	0,5 (0,0-1,2)	0,5 (0,1-2,0)	1,5 (1,1-1,8)
Mal perforant plantaire	14 (11-17)	10 (9-12)	9 (7-11)	7 (4-9)	6 (4-7)	10 (9-11)

IC : intervalle de confiance.

1. Complications existantes avant l'enquête, déclarées par les personnes diabétiques de type 2.

2. Le niveau d'études est également associé à l'âge et au sexe. Cependant, à âge, sexe et traitement antidiabétique équivalents, les complications coronaires et podologiques restaient associées au niveau d'études.

3. Complication existante avant l'enquête, déclarée par le médecin, définie par un DFG < 60 ml/min/1,73 m² ou dialyse ou greffe rénale (donnée manquante pour 15 % des patients).

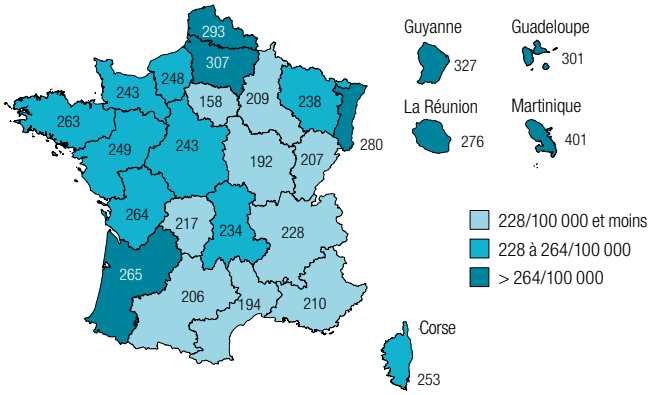
4. Complication ophtalmologique : traitement par laser ou perte définitive de la vue d'un œil.

Champ • France métropolitaine, personnes diabétiques de type 2, adultes, du régime général de l'Assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du RSI.

Source • Entred 2007.

Carte 1

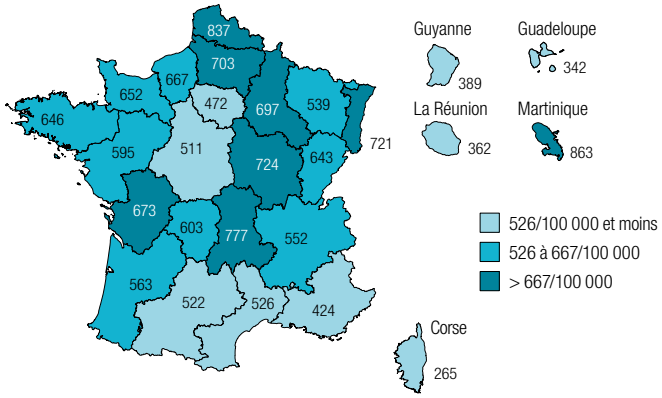
Incidence standardisée* des hospitalisations pour amputation de membre inférieur (mineure/majeure) chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, âgées de 45 ans et plus, par région, en 2012



* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU 27, 2010.
Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.
Source • Sniiram.

Carte 2

Incidence standardisée* des hospitalisations pour plaie du pied chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, âgées de 45 ans et plus, par région, en 2012



* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU 27, 2010.
Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.
Source • Sniiram.

Complications du diabète (suite)

▶ Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRTC) chez les diabétiques

En 2012, d'après les données du registre REIN, un diagnostic de diabète est mentionné pour 3 976 personnes nouvellement traitées pour IRCT, soit un taux d'incidence brut de l'IRCT de 133/100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Ce taux d'incidence augmente avec l'âge, atteignant 208/100 000 personnes diabétiques traitées âgées de 80 à 85 ans. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (155 *versus* 106/100 000). Des variations géographiques sont également mises en évidence (carte 3), avec des taux élevés dans le Nord - Pas-de-Calais et en Lorraine et très élevés dans les DOM. ■

▸▸▸ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

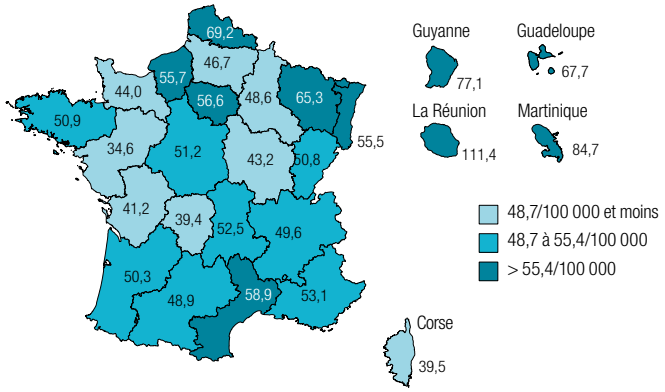
↻ Synthèse

En 2007, en France métropolitaine, entre 400 000 et 480 000 personnes diabétiques auraient subi une complication coronaire, 94 000 auraient perdu la vue d'un œil, entre 19 000 et 36 000 auraient été amputées d'un membre inférieur et entre 55 000 et 240 000 personnes auraient eu un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé. Les complications coronaires et podologiques sont plus fréquentes parmi les personnes les plus défavorisées et les complications ophtalmologiques touchent davantage les personnes d'origine d'Afrique du Nord.

En 2012, plus de 18 000 personnes diabétiques ont été traitées par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale chronique terminale, dont près de 4 000 nouvellement traitées au cours de cette année. Près de 7 500 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur et plus de 19 000 ont été hospitalisées avec mention de plaie du pied. Les taux d'incidence de ces complications varient en fonction des régions avec des valeurs très élevées dans le Nord - Pas-de-Calais, en Alsace et dans les DOM.

Carte 3

Incidence standardisée* de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, âgées de 45 ans et plus, par région, en 2012



* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU 27, 2010.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Source • REIN.

INDICATEUR • **Prévalence de chacune des complications chez les personnes présentant un diabète**

▶ **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 ou insuline. ▶ **Source** : Étude Entred 2007, portant sur 3 894 personnes diabétiques de type 2 ayant répondu à un autoquestionnaire et 2 232 personnes diabétiques de type 2 pour lesquelles le médecin soignant a renseigné un questionnaire médical (sur 8 926 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général et du RSI de métropole, remboursés dans les 12 mois d'au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de personnes ayant déclaré (ou dont le médecin a déclaré) une complication existante 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, soit au questionnaire médecin. 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 antidiabétique : par insuline ou par un ou plusieurs antidiabétiques oraux). ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Exclusion des DOM, des régimes de l'Assurance maladie autres que le régime général et le RSI, et des sections locales mutualistes. Biais d'autodéclaration des patients et médecins (étude rétrospective, imprécision des déclarations des patients, fréquence importante des données non renseignées par les médecins, surestimant notamment la prévalence de l'insuffisance rénale chronique). ▶ **Référence** : Druet C., Roudier C., Romon I., Assogba F., Bourdel-Marchasson I. *et al.*, 2013, « Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques », Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Incidence des hospitalisations de personnes diabétiques pour plaie du pied et amputations du membre inférieur.**

▶ **Champ** : France entière (hors Mayotte), tous âges, tous régimes. ▶ **Source** : Sniiram, base médico-administrative permanente de l'Assurance maladie. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux ou insuline, ou 2 en cas de grand conditionnement, à des dates différentes au cours de l'année n) hospitalisées pour amputation d'un membre inférieur (acte codé CCAM : NZFA009, NZFA005, NZFA004, NZFA013, NZFA010, NZFA007, NZFA002, NZFA006, NZFA008, NZFA001, NZFA003) ou pour plaie du pied (codes diagnostics principaux, reliés ou associés [CIM-10] : L97, M8607, M8617, M8627, M8637, M8647, M8657, M8667, M8687, M8697, S90 et S91). Le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (*cf. supra*). Les taux d'incidence régionaux sont standardisés sur l'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Données de remboursement des principaux régimes de l'Assurance maladie, couvrant la presque totalité des assurés sociaux (97 %). Les personnes diabétiques en institution ou hospitalisées sur le long terme, les plus malades, qui n'avaient pas eu au moins 3 délivrances de traitements antidiabétiques ne sont pas comptabilisées. Ce biais doit probablement sous-estimer les taux d'incidence des amputations car ces personnes sont particulièrement fréquentes parmi les personnes amputées. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, et n'induit pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles.
▶ **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : InVS et CNAMTS.

INDICATEUR • **Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les diabétiques.**

▶ **Champ** : France entière (hors Mayotte), tout âge. ▶ **Source** : Registre REIN (Réseau épidémiologie et information en néphrologie). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur pour l'estimation de l'incidence est le nombre de nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse ou greffe chez les personnes diabétiques du registre REIN ; celui pour l'estimation de la prévalence est le nombre de cas d'insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse ou greffe ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement pour un diabète. Les taux d'incidence régionaux sont standardisés sur l'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27, 2010. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Seuls les patients traités par dialyse ou greffe sont connus du registre REIN. Ainsi, certaines personnes avec une insuffisance rénale chronique terminale non traitée (patients âgés ou fragilisés), ne sont pas comptabilisées. Les personnes diabétiques non traitées pharmacologiquement ne sont pas prises en compte dans le dénominateur.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Agence de la biomédecine.

Nephrologie

Insuffisance rénale chronique terminale (IRTC)

Contexte

Le registre du Réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) s'est progressivement déployé depuis 2002, pour aujourd'hui couvrir tout le territoire national, régions ultramarines comprises. Cette couverture exhaustive permet d'avoir une idée précise des caractéristiques des patients recevant un traitement de suppléance par dialyse ou greffe, de leur prise en charge ainsi que de leur devenir. Jusqu'à présent on observait une augmentation de l'incidence de l'IRCT qui pouvait s'expliquer soit par le vieillissement de la population, soit par une amélioration de l'offre de soins et un élargissement des indications de traitement de suppléance, soit par une extension de la pathologie rénale, mais aussi par un effet indirect lié à la meilleure prise en charge de pathologies telles que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Par rapport à la dialyse, la transplantation rénale est associée à de meilleurs résultats en termes de durée de vie et de qualité de vie pour un moindre coût. Cependant, l'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades (notamment les sujets âgés), et encore souvent assez tardif pour ceux qui y accèdent. Malgré les efforts déployés en faveur du don d'organes et du prélèvement, les besoins de santé des populations dépassent largement les possibilités de greffe, en France comme dans tous les pays du monde. Dans un tel contexte, la sélection des malades en vue d'une greffe rénale est un processus délicat et sensible, qui inclut l'évaluation des indications et des contre-indications, l'inscription en liste d'attente et le système d'attribution des greffons. Dans 18 régions les données ont été recueillies pendant six années consécutives (2007-2012) permettant d'évaluer les évolutions [1].

Indicateurs

▶ Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée (tableau 1)

Le taux d'incidence annuel de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée en France est estimé à 154 cas par million d'habitants (pmh) en 2012. Il existe d'importantes variations régionales avec des taux très élevés dans les régions ultramarines (292 pmh *versus* 152 pour la métropole) et des valeurs extrêmes à La Réunion (373 pmh). À noter que les patients avec maladie rénale chronique stade 5 non traités ne sont pas comptabilisés dans le registre REIN des patients avec traitement de suppléance.

▶ Nombre de nouveaux cas d'IRCT traités non expliqués par la seule évolution démographique (graphique 1)

Dans les 18 régions pour lesquelles on possède 6 ans de recul, le nombre de nouveaux patients augmente chaque année d'environ 160 nouveaux cas par an. Après prise en compte de l'effet du vieillissement et de l'augmentation de la taille de la population, la part résiduelle représente 50 % de l'évolution du nombre de nouveaux cas. Chez les patients diabétiques, cet effet résiduel est de 70 %. Chez les patients non diabétiques, on note une baisse importante de l'effet résiduel sur les dernières années.

▶ Âge médian lors du démarrage des traitements de suppléance pour IRCT (tableau 1)

L'âge médian au démarrage du traitement de suppléance est de 70 ans avec des variations régionales allant de 61 à 75 ans. Depuis 2008, cet âge médian au démarrage est stable.

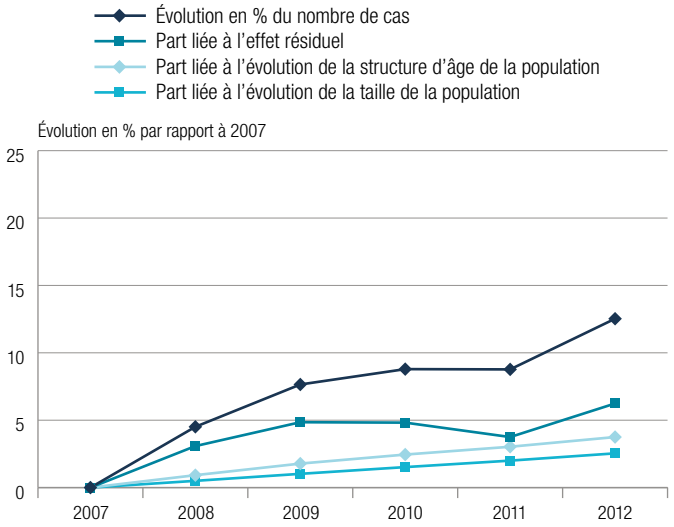
1. Voir également la fiche « Complications du diabète ».

Tableau 1
Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée en 2012, par région de résidence

	Nombre	Taux brut (pmh)	Taux standardisé (pmh)	Intervalle de confiance à 95 % du taux standardisé	Indice comparatif d'incidence	Intervalle de confiance à 95 % de l'indice comparatif d'incidence	Âge médian au démarrage (ans)
Alsace	296	156	166	[147-185]	1,08	[0,96-1,21]	71,4
Aquitaine	503	155	139	[127-151]	0,90	[0,82-0,98]	71,2
Auvergne	235	175	152	[133-172]	0,98	[0,87-1,12]	69,7
Basse-Normandie	186	127	117	[100-134]	0,76	[0,66-0,88]	69,9
Bourgogne	235	143	124	[108-139]	0,80	[0,70-0,91]	74,6
Bretagne	413	129	121	[109-133]	0,78	[0,71-0,86]	71,0
Centre	392	153	139	[125-152]	0,90	[0,81-0,99]	73,3
Champagne-Ardenne	215	162	159	[137-180]	1,03	[0,90-1,17]	68,6
Corse	37	128	110	[74-146]	0,71	[0,52-0,99]	67,0
Franche-Comté	156	134	129	[109-149]	0,84	[0,71-0,98]	69,5
Guadeloupe	95	196	231	[184-278]	1,50	[1,22-1,83]	65,1
Guyane	28	116	256	[148-363]	1,66	[1,09-2,52]	58,6
Haute-Normandie	251	137	141	[124-159]	0,91	[0,81-1,03]	72,0
Île-de-France	1 758	150	174	[166-182]	1,13	[1,07-1,18]	66,2
La Réunion	218	251	373	[321-425]	2,41	[2,10-2,78]	61,1
Languedoc-Roussillon	502	184	166	[152-181]	1,07	[0,98-1,17]	73,0
Limousin	102	139	112	[90-134]	0,72	[0,59-0,88]	74,5
Lorraine	404	173	171	[154-187]	1,10	[1,00-1,22]	72,8
Martinique	98	239	257	[205-308]	1,66	[1,36-2,03]	64,4
Midi-Pyrénées	423	145	131	[119-144]	0,85	[0,77-0,93]	72,9
Nord - Pas-de-Calais	744	183	207	[193-222]	1,34	[1,25-1,44]	68,6
Pays de la Loire	418	117	114	[103-125]	0,74	[0,67-0,81]	71,2
Picardie	295	155	164	[145-182]	1,06	[0,94-1,19]	70,0
Poitou-Charentes	224	127	109	[94-123]	0,70	[0,62-0,80]	71,8
Provence - Alpes - Côte d'Azur	876	175	158	[148-169]	1,02	[0,96-1,09]	74,3
Rhône-Alpes	944	150	155	[145-165]	1,01	[0,94-1,07]	69,8
Total 26 régions	**10 048**	**154**	**154**	**[151-158]**	-	-	**70,2**

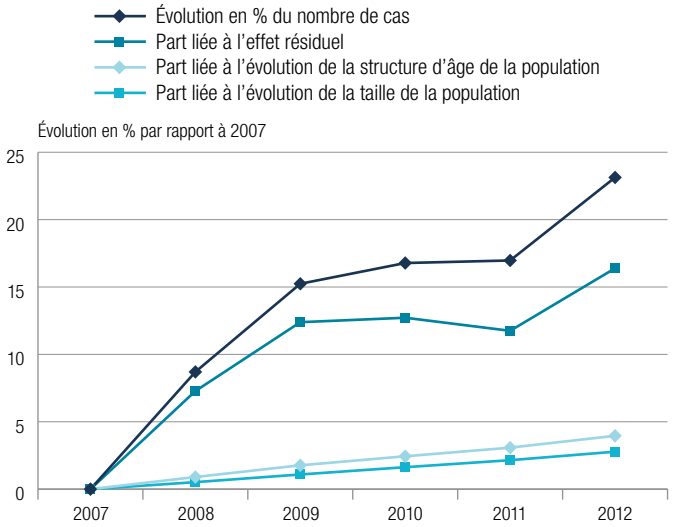
Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie : registre national des patients recevant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe).

Graphique 1
Évolution du nombre de malades incidents en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2007 dans les 18 régions ayant contribué au registre de 2007 à 2012



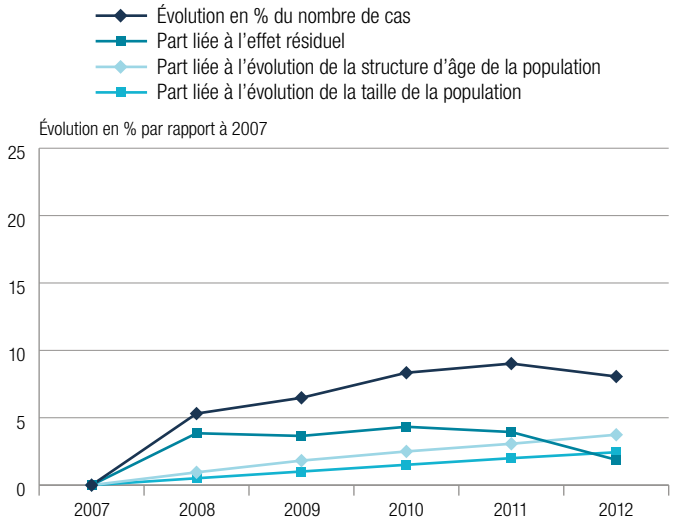
Source • Registre REIN.

Graphique 2
Évolution du nombre de malades incidents diabétiques en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2007 dans les 18 régions ayant contribué au registre de 2007 à 2012



Source • Registre REIN.

Graphique 3
Évolution du nombre de malades incidents non diabétiques en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2007 dans les 18 régions ayant contribué au registre de 2007 à 2012



Source • Registre REIN.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRTC) (suite)

▶ Taux d'accès à la liste d'attente de greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse ou lors d'une inscription préemptive) chez les moins de 60 ans (tableau 2)

À 24 mois, les patients de moins de 60 ans ont une probabilité de 61 % d'être inscrits sur la liste d'attente de greffe rénale, après prise en compte du risque concurrent de décès. Il existe d'importantes variabilités régionales avec des taux bas de moins de 40 % dans les régions ultramarines et des valeurs à 70 % en Franche-Comté, Aquitaine, Midi-Pyrénées.

▶ Taux d'accès à la greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse ou lors d'une greffe préemptive) chez les moins de 60 ans (tableau 3)

À 24 mois, les patients de moins de 60 ans ont une probabilité de 34 % d'être greffés, après prise en compte du risque concurrent de décès. Il existe d'importantes variabilités régionales avec des taux bas de moins de 10 % dans les régions ultramarines et des valeurs à plus de 50 % en Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : Agence de la biomédecine

ENCADRÉ

Définition et classification de l'IRC

La maladie rénale chronique (MRC) est définie par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale (structurelle) ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieure à 60 ml/min/1,73 m² (fonctionnelle).
Au-delà de la définition, une classification de la MRC, basée sur la cause de l'atteinte rénale (primaire ou secondaire) et des stades de gravité croissante du niveau fonctionnel (débit de filtration glomérulaire) et structurel (albuminurie) a été recommandée en 2012 (tableaux 1 et 2). Cette classification, justifiée en raison de son caractère pronostique et pour organiser la prise en charge en différentes étapes, remplace la précédente en 5 stades, qui avait été utilisée jusqu'à présent.

Catégories de débit de filtration glomérulaire

	DFG en ml/min/1,73 m²	Appellation
G1*	≥ 90	Normale ou élevée
G2*	60-89	Baisse légère
G3a	45-59	Baisse légère à modérée
G3b	30-44	Baisse modérée à sévère
G4	25-29	Baisse sévère
G5	< 15	Insuffisance rénale terminale

*En l'absence d'atteinte rénale, les catégories G1 et G2 ne définissent pas une maladie rénale.

Catégories d'albuminurie

	Albuminurie	Ration albuminurie/créatininurie		Appellation
	mg/24 h	mg/mmol	mg/g	
A1	< 30	< 3	< 30	Normal à légèrement augmentée
A2	30-300	3-30	30-300	Modérément augmentée
A3	> 300	> 30	> 300	Augmentation sévère

Source • Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group, 2013, « KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease », Kidney Int ; Suppl : 1-150.

Synthèse

Depuis 2007, l'incidence globale de l'IRCT varie peu (de 146 à 155 par million d'habitants dans les 18 régions pour lesquelles on possède 6 ans de recul) et l'âge médian au démarrage est de 70 ans. Cette incidence et cet âge médian se situent dans les valeurs hautes observées en Europe.
L'augmentation du nombre de nouveaux cas est essentiellement expliquée par le vieillissement et l'augmentation de la taille de la population, sauf chez les patients diabétiques.
L'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades et encore souvent assez tardif pour ceux qui y accèdent. La probabilité d'être inscrit 24 mois après le démarrage de la dialyse est de 61 % chez les patients de moins de 60 ans.

Tableau 2

Accès à la liste nationale d'attente d'une greffe de rein pour les 19 961 nouveaux patients de moins de 60 ans ayant démarré un traitement par dialyse entre 2002 et 2012

		Taux d'inscription à 24 mois	
Région	Effectif	%	IC 95 %
Alsace	426	50,5	[45,2-55,6]
Aquitaine	544	70,9	[66,3-74,9]
Auvergne	490	53,5	[48,8-58,1]
Basse-Normandie	387	55,9	[50,6-60,9]
Bourgogne	445	60,3	[55,3-64,9]
Bretagne	954	67,5	[64,3-70,5]
Centre nord	345	61,7	[55,9-66,9]
Centre sud	409	62,2	[57,1-66,9]
Champagne-Ardenne	587	53,8	[49,6-57,9]
Corse	64	48,5	[35,2-60,6]
Franche-Comté	115	70,9	[59,1-79,9]
Guadeloupe	72	41,1	[27,7-54,1]
Guyane	34	-	-
Haute-Normandie	458	51,3	[46,3-56,0]
Île-de-France	4 295	73,8	[72,4-75,2]
La Réunion	485	30,2	[25,6-34,9]
Languedoc-Roussillon	1 014	58,9	[55,6- 61,9]
Limousin	300	61,2	[55,1-66,7]
Lorraine	930	61,8	[58,4-64,9]
Martinique	77	29,7	[15,9-44,8]
Midi-Pyrénées	678	69,8	[66,0-73,3]
Nord - Pas-de-Calais	1 746	43,6	[41,1-46,0]
Pays de la Loire	536	64,3	[59,6-68,5]
Picardie	409	56,1	[50,8-61,1]
Poitou-Charentes	283	61,8	[55,4-67,6]
Provence - Alpes - Côte d'Azur	1 615	52,1	[49,5- 54,6]
Rhône-Alpes	2 263	64,1	[62,0-66,1]
Total	**19 961**	**60,9**	**[60,1-61,6]**

IC : intervalle de confiance.

Note • La probabilité d'accès à la liste d'attente en fonction de la durée de dialyse et en tenant compte des risques concurrents est un taux d'incidence cumulée. Le délai mesuré correspond à la durée de dialyse avant inscription en liste d'attente. Les patients dont l'inscription sur la liste d'attente a eu lieu avant le démarrage de la dialyse (« inscription préemptive ») se voient donc accorder une durée nulle.

Source • Registre REIN.

Tableau 3

Accès à la greffe de rein pour les 21 621 nouveaux patients de moins de 60 ans ayant démarré un traitement de suppléance entre 2002 et 2012

		Taux d'accès à la greffe à 24 mois	
Région	Effectif	%	IC 95 %
Alsace	450	21,1	[17,1-25,3]
Aquitaine	591	43,2	[38,5-47,7]
Auvergne	517	31,0	[26,8-35,3]
Basse-Normandie	442	43,4	[38,5-48,3]
Bourgogne	459	38,2	[33,4-43,0]
Bretagne	1 026	52,0	[48,7-55,2]
Centre nord	345	25,9	[21,0-31,1]
Centre sud	463	44,9	[40,0-49,6]
Champagne-Ardenne	614	29,8	[26,0-33,6]
Corse	64	25,1	[14,6-37,1]
Franche-Comté	130	48,7	[37,6-58,9]
Guadeloupe	72	10,9	[3,4-23,5]
Guyane	34	0,0	-
Haute-Normandie	484	31,1	[26,7-35,6]
Île-de-France	4 679	30,5	[29,1-31,9]
La Réunion	492	6,4	[4,2-9,2]
Languedoc-Roussillon	1 093	30,3	[27,5-33,2]
Limousin	325	43,6	[37,9-49,2]
Lorraine	1 004	40,1	[36,9-43,3]
Martinique	77	2,4	[0,2-10,7]
Midi-Pyrénées	754	37,2	[33,5-40,8]
Nord - Pas-de-Calais	1 808	25,1	[23,0-27,3]
Pays de la Loire	695	50,6	[46,4-54,6]
Picardie	424	30,1	[25,3-35,1]
Poitou-Charentes	327	51,9	[45,8-57,7]
Provence - Alpes - Côte d'Azur	1 697	31,8	[29,5-34,1]
Rhône-Alpes	2 554	38,7	[36,7-40,7]
Total	**21 620**	**34,3**	**[33,6-35,0]**

IC : intervalle de confiance.

Note • La probabilité d'accès à la greffe rénale en fonction de la durée de dialyse et en tenant compte des risques concurrents est un taux d'incidence cumulée. Le délai mesuré ici correspond à la durée de dialyse avant greffe rénale. Les greffés préemptifs (sans passage en dialyse) se voient donc accorder une durée nulle. Pour les inscrits préemptifs dialysés avant greffe, le délai est calculé à partir de la mise en dialyse.

Source • Registre REIN.

▶ **Champ** : France. Patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges. ▶ **Source** : Le registre du REIN (Réseau épidémiologie et information en néphrologie) : registre national des patients recevant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe).

▶ **Mode de construction des indicateurs** :

– Incidence : 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 au 30 juin 2012. L'indice comparatif d'incidence est le rapport des taux d'incidence de chaque région après standardisation directe sur le taux d'incidence globale.

– L'analyse des cinétiques d'accès à la liste d'attente à partir de la date de mise en dialyse considère l'inscription comme événement d'intérêt et le décès avant inscription comme événement concurrent, la censure étant limitée aux seuls malades restant en dialyse à la fin de leur temps de participation. Dans le cas d'une inscription préemptive, le délai entre l'inscription et le démarrage de la dialyse est nul. Les événements survenant après la première inscription (greffe, retour en dialyse, réinscription ou décès) ne sont pas pris en compte. Dans le cas d'une greffe préemptive, le délai entre la greffe et le démarrage de la dialyse est nul. Les événements survenant après la première greffe (retour en dialyse, réinscription ou décès) ne sont pas pris en compte. Les calculs prenant en compte les risques concurrents (méthode de Kalbfleisch et Prentice) ont été effectués à l'aide de la macro SAS % cuminc.

▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : L'extension progressive du registre ne permet d'étudier les tendances que sur 18 régions et sur un recul de 6 ans. Seuls les patients traités par dialyse ou greffe sont connus du registre REIN. Ainsi certaines personnes avec une IRCT, non traitées (patients âgés ou fragilisés), ne sont pas comptabilisées. La présence de comorbidités n'a pas été prise en compte dans l'accès à la liste d'attente ou la greffe rénale.

▶ **Références** :

– Rapports annuels de REIN : www.agence-biomedecine.fr/Le-programme-REIN

– Comparaisons internationales : Registre ERA EDTA : www.era-edta-reg.org/index.jsp

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Agence de la biomédecine.

Santé mentale

Suicide et tentatives de suicide

Contexte

La prévention du suicide est une des priorités nationales depuis une vingtaine d'années. Le suicide est l'acte le plus dramatique de la crise suicidaire. Le nombre de suicides comptabilisés est issu des certificats de décès. Toutefois, pour les données nationales, on estime à 10 % la sous-évaluation due à certains suicides non repérés : ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée ou dont l'origine de la mort reste indéterminée.

Pour les tentatives de suicide, facteur de risque important pour les décès par suicide, les sources d'information sont principalement les hospitalisations et les données déclaratives lors d'enquêtes en population. Contrairement aux données de mortalité, les données d'hospitalisation n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la sous-déclaration.

Indicateurs

▶ Taux de décès par suicide en population générale

En 2011, 10 367 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compte 11 400 décès après correction.

Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 759 et 2 608), de même que les taux de décès standardisés par âge (respectivement 27,7 et 8,1 pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes[1]).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2011, il s'élève à 6,4 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 24 ans et 40,6 après 74 ans (taux standardisés). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale représente 16 % du total des décès chez les 15-24 ans (2e 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 : - 14 % entre 2000 et 2011 (graphique 1). La diminution est plus importante pour les plus âgés et les plus jeunes. Toutefois, on constate une augmentation chez les hommes de 45-54 ans (+ 6,6 % entre 2000 et 2010) mais cette hausse du taux est uniquement observée durant la période 2000-2005.

Les taux de décès par suicide varient fortement selon les régions sur la période 2009-2011 (tableau 1). En Bretagne, les taux dépassent de plus de 60 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Basse-Normandie, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Limousin (> + 25 %). Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Corse et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (< - 15 %). Entre 2000-2002 (période de référence) et 2009-2011, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans la plupart des régions.

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,8 pour 100 000 habitants en 2010. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide (graphique 2). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de qualité et d'exhaustivité des données.

▶ Fréquence relative des modes de suicide

En 2011, les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (53 %), la prise de médicaments et autres substances (14 %), l'arme à feu (14 %), et le saut d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 58 % des suicides et l'arme à feu de 17 %. Pour les femmes, la pendaison (37 %) et la prise de médicaments et autres substances (28 %) sont les modes les plus utilisés. Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud.

▶ Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

En 2011, 101 260 séjours hospitaliers en médecine et chirurgie pour tentative de suicide (TS) ont eu lieu en France métropolitaine chez des patients âgés de 10 ans et plus, correspondant à un taux d'hospitalisation de 180 pour 100 000 habitants. Ce taux est 1,6 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 225 et 144 pour 100 000 (graphique 3). Les taux les plus élevés (430 pour 100 000) concernent les adolescentes entre 15 et 19 ans (graphique 4). Là aussi, la variation des taux est forte en fonction des régions. En 2011, les taux en Picardie et Nord - Pas-de-Calais dépassent de plus de 65 % le taux national. À l'inverse, les taux les plus bas sont observés en Alsace (< - 60 %), Midi-Pyrénées et Auvergne où ils sont inférieurs de 40 % au taux national.

▶ Taux de personnes ayant déclaré au moins une tentative de suicide dans les 12 derniers mois

Selon le Baromètre santé, en 2010, 0,5 % des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (0,7 %) que les hommes (0,3 %). La prévalence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois varie également en fonction de l'âge. Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6 %) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0 %), et tend ensuite à diminuer avec l'avancée en âge. Entre 2005[2] et 2010, on observe une tendance à la hausse (p = 0,09) des TS déclarées au cours des 12 derniers mois sur la population des 15-75 ans : respectivement 0,5 % en 2010 contre 0,3 % en 2005. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche** : InVS, département des Maladies chroniques et des traumatismes

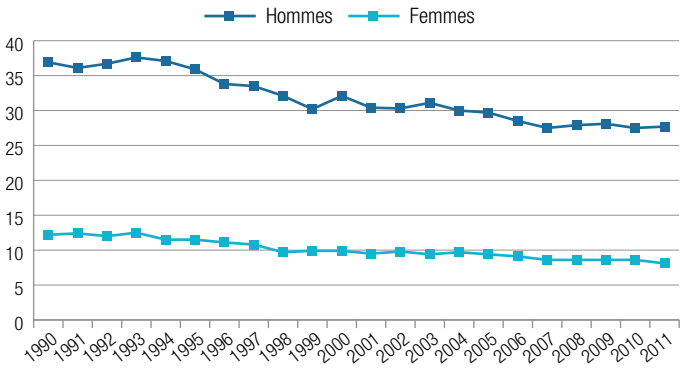
1. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat 2010 Europe + EFTA).
2. En 2005, le Baromètre santé a interrogé la population des 15-75 ans et le module « suicide » n'était pas posé aux détenteurs exclusifs de téléphone mobile, la comparaison a donc été effectuée sur les individus de 15-75 ans équipés d'une ligne fixe.

Synthèse

Entre 2000 et 2010, le nombre de suicide a décru de 5 % et les taux standardisés ont diminué de 13 %. Les taux de décès par suicide sont plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide.

Les tentatives de suicide concernent plus les femmes que les hommes que ce soit lors d'enquêtes déclaratives ou dans les données d'hospitalisation. Les adolescentes entre 15 et 19 ans représentent le groupe avec le plus important taux de tentative de suicide.

Graphique 1
Taux* de décès par suicide de 1990 à 2011 selon le sexe



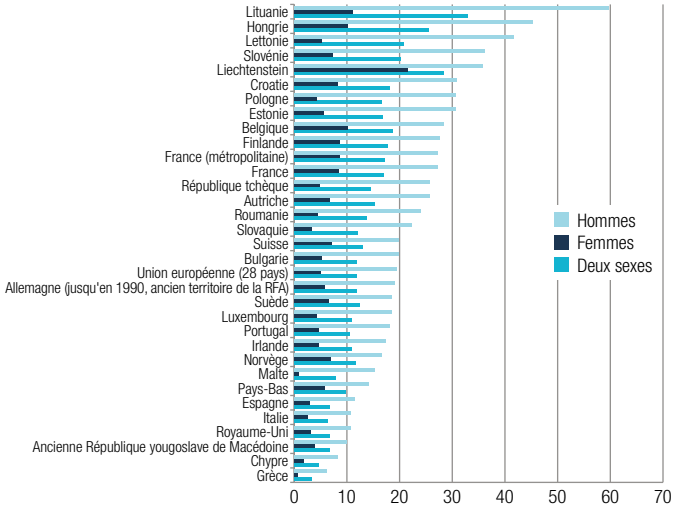
* Taux de décès pour 100 000, taux standardisés selon population Eurostat UE + EFTA 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • Inserm-CépiDc.

Tableau 1
Taux standardisés de décès par suicide par régions en 2009-2011 pour tous les âges et les deux sexes

Région de domicile	Taux standardisés*	Variations régionales**	Variations temporelles 2000-2002/2009-2011***
11 Île-de-France****	9,3	- 48,6	-14,6 *
21 Champagne-Ardenne	21,2	17,4	-10,2 *
22 Picardie	23	27,5	-12,7 *
23 Haute-Normandie	22,5	24,2	-12,2 *
24 Centre	21,2	17,3	-15,5 *
25 Basse-Normandie	25,6	41,6	-5,3
26 Bourgogne	21,5	19	-12,9 *
31 Nord - Pas-de-Calais	24,7	36,8	-8,2 *
41 Lorraine	19	5,1	10,8 *
42 Alsace	13,4	- 26	-9,3
43 Franche-Comté	20,7	14,6	-12,1 *
52 Pays de la Loire	22,2	22,7	-14,3 *
53 Bretagne	28,9	60,1	-8,7 *
54 Poitou-Charentes	22,3	23,2	-12 *
72 Aquitaine	18,1	0,2	-12,9 *
73 Midi-Pyrénées	14,9	- 17,8	-1,7
74 Limousin	22,7	25,6	-10,1
82 Rhône-Alpes	14,5	- 19,7	-19,3 *
83 Auvergne	19,9	10,4	-15,4 *
91 Languedoc-Roussillon	19,6	8,4	-3,5
93 PACA	16,7	- 7,6	-9,1 *
94 Corse	14	- 22,8	-8,8
France métropolitaine	18,1		-11,1

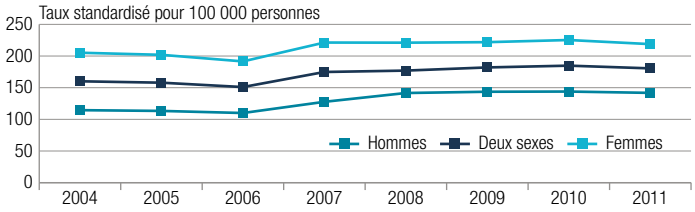
* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge (population Eurostat UE + EFTA 2010).
** Variation régionale = (taux régional - taux France métropolitaine)/taux France métropolitaine – à partir des taux standardisés.
*** Variation temporelle = (taux standardisé 2009-2011 - taux standardisé 2000-2002)/(taux standardisé 2000-2002).
**** Sous-déclaration importante liée à l'absence de transmission de l'institut médico-légal de Paris.
Source • Inserm-CépiDc.

Graphique 2
Taux* de décès par suicide en 2010 dans l'Union européenne



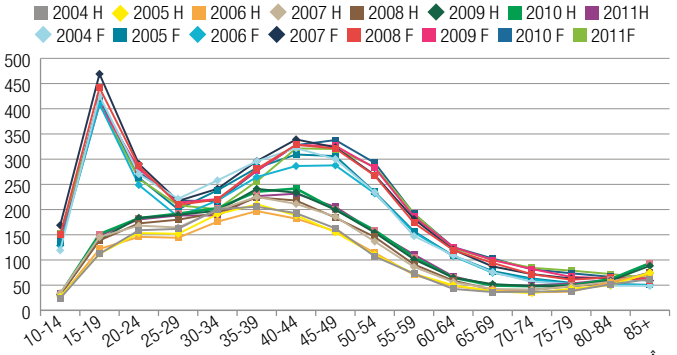
* Taux de décès pour 100 000 habitants standardisés par âge (population Eurostat UE + EFTA 2010).
Source • Eurostat.

Graphique 3
Taux standardisés* d'hospitalisation pour tentative de suicide



* Taux pour 100 000, taux standardisés selon population Eurostat UE + EFTA 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-MCO, ATIH. Analyses InVS.

Graphique 4
Taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge



* Taux pour 100 000 habitants.
Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-MCO, ATIH. Analyses InVS.

INDICATEUR • **Décès par suicide**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus. ▶ **Source** : Inserm-CépiDc. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne 2011 (Eurostat, Union européenne et EFTA). Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9-E950-E959 jusqu'en 1999 et CIM-10 X60-X84 et Y87.0 à partir de 2000.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-CépiDc.

INDICATEUR • **Hospitalisation pour tentative de suicide**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 10 ans ou plus. ▶ **Source** : PMSI-MCO, ATIH, analyses InVS. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne 2010 (Eurostat, Union européenne et EFTA). Pour les hospitalisations pour TS, les codes X60-X84 en diagnostics associés (les TS sont interdits en diagnostic principal dans le PMSI).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **TS déclarées**
▶ **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 15-75 ans. ▶ **Source** : Baromètre santé 2010 (enquête par échantillon auprès de la population adulte). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Questionnaire spécifique.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : INPES.

Épisode dépressif caractérisé déclaré

Contexte

Les troubles dépressifs représentent la troisième charge de morbidité, en années vécues avec une invalidité, selon l'OMS. Les études montrent que 80 % des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de la dépression[1]. Le diagnostic et la prise en charge précoces des troubles dépressifs permettent de diminuer les répercussions de ces pathologies sur la vie de l'individu et de ses proches. Toutefois, ils se heurtent principalement à deux limites :

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

Indicateurs

▶ Proportion de personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé

L'épisode dépressif retenu ici est un trouble survenu dans les 12 derniers mois identifié par des entretiens diagnostiques structurés sur les critères du DSM[2] IV (CIDI-SF[3]) comme épisode dépressif léger, moyen ou sévère et ayant eu un retentissement sur le fonctionnement social de la personne.

La prévalence des épisodes dépressifs se révèle stable entre 2005 et 2010, 7,8 % chez les 15-75 ans et, parmi ceux-ci, la prévalence des épisodes sévères l'est également : 3,0 % dans le Baromètre santé 2005, 2,6 % dans l'enquête Anadep 2005 et 2,8 % dans le Baromètre santé 2010. En 2010, environ 10 % des femmes et 6 % des hommes âgés de 15 à 75 ans ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) dans l'année ayant précédé l'enquête. L'analyse par sexe et classe d'âge montre que la prévalence est relativement stable dans toutes les classes d'âges sauf chez les hommes de 35-54 ans où elle est passée de 5,4 % en 2005 à 7,3 % en 2010 ($p < 0,05$) (tableau 1). L'inactivité et le chômage restent les facteurs sociodémographiques associés à une prévalence plus importante de l'EDC (tableau 2), alors que les niveaux de diplôme ou de revenu ne sont pas associés à la survenue d'un EDC. Parmi les autres facteurs, le fait de vivre seul, d'avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois ou des violences sexuelles au cours de la vie, sont fortement associés au risque d'EDC.

▶ Proportion de personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé sans recours aux soins parmi les personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé

On considère qu'une personne présentant un épisode dépressif n'a pas recours aux soins si elle n'a pas utilisé les services d'un organisme, 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 15 à 75 ans et ayant eu un EDC dans les 12 derniers mois, la part des personnes n'ayant pas déclaré de recours aux soins est de 39 % selon le Baromètre santé 2010 (tableau 3). Ce pourcentage apparaît en très nette baisse par rapport à 2005 (63 %). Il est probable que la campagne nationale sur la dépression lancée en 2007, et qui invitait précisément la population à se tourner vers un professionnel en cas de survenue d'un épisode dépressif, ait contribué à cette meilleure proportion de recours au soin pour faire face à la souffrance psychique. Alors que seulement 20 % des personnes ayant eu un EDC dans les 12 derniers mois avaient consulté un médecin généraliste pour cette raison en 2005, ils étaient près de la moitié (47 %) en 2010.

Les hommes présentant un épisode dépressif ont moins souvent recours aux soins que les femmes. Par ailleurs, cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (15-19 ans) et les ouvriers. En revanche, les retraités recourent plus souvent aux soins que la moyenne.

Précisons qu'entre 2001 et 2003, la France se situait dans une position moyenne parmi six pays d'Europe occidentale (Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Espagne, Allemagne) pour ce qui est du non-recours aux soins des personnes ayant des troubles de l'humeur (dont la dépression fait partie). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : INPES

1. OMS, 2002, Rapport mondial sur la violence et la santé.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
3. Composite International Diagnostic Interview – Short-Form.

↻ Synthèse

En population générale, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé déclaré est stable entre 2005 et 2010, concernant environ 8 % des 15-75 ans au cours des 12 derniers mois (10 % des femmes et 6 % des hommes) selon le Baromètre santé 2010. En revanche, la part de personnes ayant des troubles dépressifs mais qui n'ont pas eu recours aux services d'un organisme, n'ont pas consulté de professionnel de santé ni suivi une psychothérapie, a franchement baissé puisqu'elle est passée de 63 % en 2005 à 39 % en 2010. Il est probable que la campagne nationale sur la dépression lancée en 2007 ait largement contribué à cette meilleure proportion de recours au soin pour faire face à la souffrance psychique. Les hommes y recourent toutefois moins que les femmes, ainsi que les plus jeunes (15 à 19 ans) et certaines catégories sociales (les ouvriers).

Tableau 1

Prévalence au cours des 12 derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010 (en %)

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Total 15-75 ans	**7,8**	**7,8**	**5,1**	**5,6**	**10,4**	**10,0**
15-19 ans	7,0	6,4	4,5	3,7	9,7	9,3
20-34 ans	9,1	10,1	6,4	7,0	11,9	13,2
35-54 ans	8,9	9,0	5,4	7,3	12,3	10,7
55-75 ans	5,3	4,7	3,6	2,6	6,8	6,6

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.
Sources • Baromètre santés 2005 et 2010, INPES.

Tableau 2

Prévalence au cours des 12 derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé par statut d'activité et PCS (en %)

	2005	2010
Ensemble	**7,8**	**7,8**
Statut d'activité		
Travail	7,4	8,3
Études	8,5	7,7
Chômage	12,0	11,5
Retraite	4,8	4,1
Autres inactifs	11,9	10,3
PCS (chômeurs et retraités reclassés, étudiants et inactifs exclus)		
Cadres, professions intellectuelles supérieures	6,4	5,7
Professions intermédiaires	7,8	7,9
Employés	9,4	8,8
Ouvriers	5,6	8,4
Autres	4,5	4,5

PCS : profession et catégorie sociale.
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans.
Sources • Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

Tableau 3

Personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année, sans recours aux soins* (en %)

	2005	2010
Ensemble	**63**	**39**
Sexe		
Hommes	67	49
Femmes	61	33
Âge		
15-19 ans	76	51
20-34 ans	66	38
35-54 ans	57	40
55-75 ans	66	32
Statut d'activité		
Travail	60	39
Études	66	51
Chômage	71	40
Retraite	72	33
Autres inactifs	53	25
PCS (chômeurs et retraités reclassés, étudiants et inactifs exclus)		
Cadres, professions intellectuelles supérieures	52	37
Professions intermédiaires	58	34
Employés	66	34
Ouvriers	71	46
Autres	73	57

* À un professionnel de santé, à un organisme ou à une psychothérapie.
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année.
Sources • Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.

▶ **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans, francophones, résidant en ménage ordinaire. ▶ **Sources** : Baromètres santé 2005 et 2010 – INPES. ▶ **Méthodologie** : Les enquêtes Baromètre santé sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. En 2005, l'échantillon des individus disposant d'une ligne de téléphone fixe a été complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable, portant la taille totale de l'échantillon à n = 30 514. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus dont 2 944 joignables uniquement sur téléphone mobile. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif 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 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.

▶ **Mode de construction des indicateurs** :
– Proportion de personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé.
Numérateur : nombre de personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé selon le CIDI-SF au cours des 12 mois.
Dénominateur : nombre de personnes enquêtées.
– Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours aux soins.
Numérateur : personnes ayant été identifiées comme ayant eu un épisode dépressif caractérisé par le CIDI-SF au cours des 12 mois précédant l'enquête et n'ayant pas eu de recours aux soins tels que définis :
1. Utilisation des services d'un organisme : hôpital, association, centre, ligne téléphonique, site Internet ou autre ;
2. Consultation d'un professionnel : psychiatre, psychologue, médecin généraliste ou spécialiste, thérapeute, infirmière, assistante sociale ou autre ;
3. Recours à une psychothérapie.
Dénominateur : ensemble des personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année (1 404 personnes en 2005 et 711 en 2010).
Les données ont été pondérées par la probabilité de tirage au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population française en termes de sexe croisé avec l'âge, de niveau de diplôme, de région d'habitation, de taille d'agglomération de résidence et d'équipement téléphonique, issues de l'enquête Emploi 2008.

▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Comme toute donnée déclarative, notamment sur un sujet sensible, l'expression de la souffrance psychique peut faire l'objet d'une sous-déclaration. Le taux de refus est pour l'échantillon des détenteurs exclusifs de téléphone mobile, comme pour celui des détenteurs de ligne fixe, d'environ 40 %.

▶ **Références** :
– Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.B., « Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010 », Saint-Denis, INPES, 2013.
– Beck F., Guignard R., 2012, « La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours aux soins et sentiment d'information de la population », *La Santé de l'homme*, n° 421, sept-oct, p. 43-45.
– Chan-Chee C., Gourier-Fréry C., Guignard R., Beck F., 2011, « État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. Santé publique », suppl. 6, p. 11-29.
– Chan-Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P., 2009, *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*, Saint-Denis, INPES, coll. « Études santé ».

▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : INPES.

Les troubles de l'humeur pris en charge

En parallèle des données issues des enquêtes déclaratives, des indicateurs sur les troubles de l'humeur pris en charge sont maintenant développés à partir des données des bases médico-administratives du Système national d'information interrégime de l'Assurance maladie (Sniiram) ou uniquement à partir des données de recours aux établissements de santé colligées dans les bases médico-administratives du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Un premier indicateur général concerne l'ensemble des patients suivant un traitement par antidépresseur ou lithium.

Les troubles de l'humeur se répartissent en deux grandes catégories : les troubles bipolaires et les troubles dépressifs. Deux indicateurs pour chacun de ces groupes de troubles décrivent leur prise en charge pour :

- les personnes résidentes en France métropolitaine prises en charge annuellement par les établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, quel que soit le mode de prise en charge ;
- les personnes bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie bénéficiant d'une affection de longue durée (ALD) ou hospitalisées dans les deux dernières années dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique.

Ensemble des troubles de l'humeur

Contexte

Les troubles de l'humeur regroupent l'ensemble des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur, c'est-à-dire les troubles bipolaires, les troubles dépressifs et les autres troubles de l'humeur[1]. La prévalence de ces différents troubles varie selon le sexe et l'âge mais aussi, dans le cas des troubles dépressifs, en fonction de spécificités culturelles [DSM V].

L'estimation de l'ensemble des patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium permet d'évaluer l'importance de la population prise en charge pour un trouble de l'humeur. Toutefois, ces traitements ne sont pas réservés aux troubles de l'humeur, certains antidépresseurs ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les troubles anxieux. Inversement, d'autres médicaments peuvent aussi être utilisés pour le traitement des troubles de l'humeur.

Indicateur

▶ Patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium

En 2012, près de 3,6 millions de personnes couvertes par le régime général d'Assurance maladie ont été traitées avec des médicaments antidépresseurs ou du lithium, correspondant à un taux de prévalence de 600,9 pour 10 000 bénéficiaires (tableau 1).

La prévalence est 2 fois plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Elle a légèrement diminué entre 2010 et 2012 (- 2,5 %) et la baisse a été plus importante pour les femmes que pour les hommes (respectivement - 2,8 % et - 1,6 %). Par contre, l'évolution du taux de prévalence en fonction de l'âge suit une évolution de même type pour les hommes et les femmes. Le taux de patients traités progresse avec l'âge avant 60 ans. Il baisse pour les hommes entre 60 et 69 ans et pour les femmes entre 60 et 64 ans, pour augmenter à nouveau ensuite, atteignant son maximum chez les plus âgés et concernant notamment plus d'une femme sur cinq âgée de 85 ans ou plus (graphique 1a).

Près de 6 % des personnes traitées bénéficient de la CMU-C. Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 1). Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le taux de prévalence est de 410 pour 10 000. Il est donc inférieur à celui des autres bénéficiaires et il est 1,7 fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes (graphique 1a). Il a diminué de 5,7 % entre 2010 et 2012 (5,8 % pour les femmes et 5,1 % pour les hommes).

1. Les troubles dépressifs pris en compte dans les indicateurs englobent les autres troubles mineurs (codes CIM F34 à F39).

Les troubles bipolaires

Contexte

Parmi les troubles de l'humeur, les troubles bipolaires constituent une part importante des prises en charge en milieu hospitalier spécialisé.

Cependant, leur importance dans la population générale est mal connue : en France, aucune enquête en population générale n'a permis de mesurer la prévalence des troubles bipolaires. D'après des enquêtes internationales, la prévalence au cours des 12 derniers mois s'échelonnerait entre 0,8 % en Allemagne et 2,6 % aux USA.

Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes. L'âge de début peut être précoce, il est fréquent en fin d'adolescence et chez le jeune adulte. Il se caractérise par un diagnostic difficile et tardif, on compte en moyenne 10 ans entre l'apparition des troubles et la prescription d'un traitement approprié, mais aussi par un taux élevé de rechutes. Le trouble bipolaire, s'il n'est pas traité, a une importante répercussion sur la qualité de vie avec un risque important de suicide lors des épisodes dépressifs.

Indicateurs

▶ Taux de personnes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire pour troubles bipolaires par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie

En 2012, près de 92 000 patients ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique public ou privé ou suivis en ambulatoire dans le secteur public pour troubles bipolaires, ce qui correspond à un taux de prise en charge de 14,4 pour 10 000 habitants. Ce taux est 1,6 fois

Tableau 1

Taux de prévalence des troubles de l'humeur selon le sexe parmi les bénéficiaires du régime général d'Assurance maladie[1] (pour 10 000)

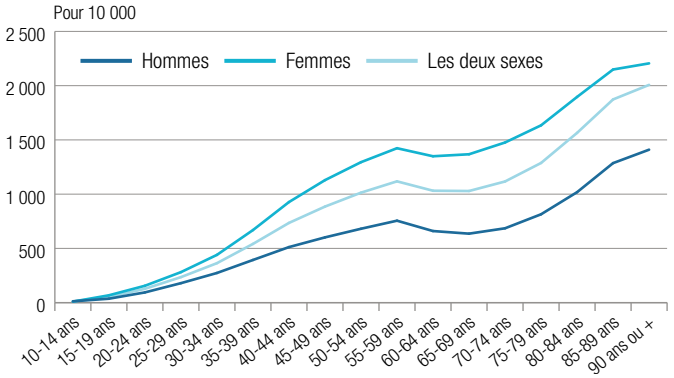
	Patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium[2]			Patients pris en charge pour troubles bipolaires[3]			Patients pris en charge pour dépression et autres troubles de l'humeur[4]		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Ensemble									
2010	386,7	815,6	616,4	///	///	///	///	///	///
2011	383,1	804,9	608,9	///	///	///	///	///	///
2012	380,4	792,4	600,9	20,7	34,4	28,0	54,4	99,1	78,3
Bénéficiaires de la CMU-C									
2010	314,5	532,2	434,6	///	///	///	///	///	///
2011	301,5	513,1	417,9	///	///	///	///	///	///
2012	298,4	501,4	410,0	20,3	29,4	25,3	72,7	108,6	92,4
Effectifs 2012	1 047 011	2 510 863	3 557 874	57 061	108 950	166 011	149 604	313 927	463 531
Pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C en 2012	6,41	5,48	5,76	7,99	7,41	7,60	10,93	9,50	9,96
Pourcentage de patients en ALD du 23 au 31 décembre 2012[5]				72,84	74,88	74,18	51,27	61,98	58,52

1. Sections locales mutualistes comprises.
2. Au moins 3 délivrances dans l'année, avec ou sans pathologies.
3. Codes CIM-10 F30 et F31 : en ALD du 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).
4. Codes CIM-10 F32 à F39 : en ALD du 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).
5. Codes CIM-10 F30 et F31 pour les troubles maniaques et bipolaires et F32 à F39 pour la dépression et les autres troubles de l'humeur.
Champ • France (métropole et départements d'outre-mer y compris Mayotte et domicile non précisé).
Source • Sniiram, CNAMTS.

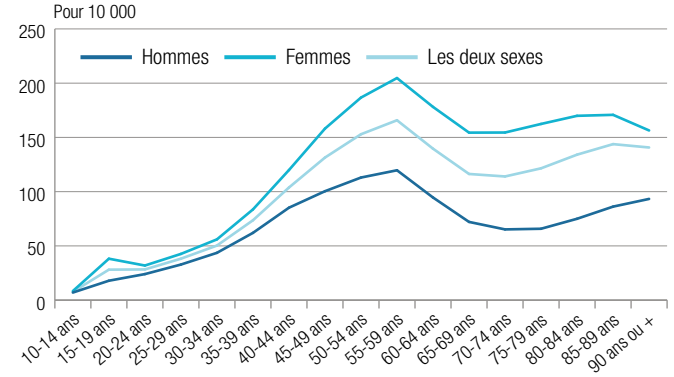
Graphiques 1

Taux de prévalence des troubles de l'humeur selon le sexe et l'âge en 2012 parmi les bénéficiaires du régime général d'Assurance maladie[1] (pour 10 000)

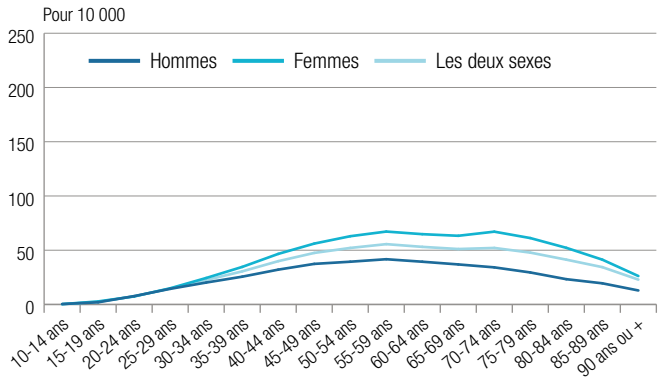
1a. Patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium[2]



1b. Patients pris en charge pour des troubles bipolaires[3]



1c. Patients pris en charge pour des troubles dépressifs[4]



1. Sections locales mutualistes comprises.
2. Au moins 3 délivrances dans l'année, avec ou sans pathologies.
3. Codes CIM-10 F30 et F31 : en ALD du 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).
4. Codes CIM-10 F32 à F39 : en ALD du 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).
Champ • France (métropole et départements d'outre-mer y compris Mayotte et domicile non précisé) – Patients âgés de 10 ans ou plus.
Source • Sniiram, CNAMTS.

plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 17,7 et 11 pour 10 000 (tableau 2).

Avant l'âge de 15 ans, la prise en charge pour troubles bipolaires dans un établissement psychiatrique est relativement rare, concernant un peu plus les garçons que les filles avec, respectivement, des taux de 0,4 et 0,3 pour 10 000 habitants pour les 10-14 ans (graphique 2a). À partir de 15 ans, les femmes sont entre 1,3 et 1,6 fois plus souvent prises en charge pour troubles bipolaires que les hommes dans un établissement psychiatrique. Le taux de prise en charge augmente de façon régulière à partir de 15-19 ans jusqu'à atteindre un taux maximal de 26,4 pour 10 000 habitants à 55-59 ans (20,1 chez les hommes et 32,3 chez les femmes).

Parmi les patients, 21 % sont exclusivement hospitalisés, 52 % sont exclusivement suivis en ambulatoire et 27 % sont hospitalisés et suivis en ambulatoire. Le diagnostic de trouble bipolaire est codé en diagnostic principal pour 92,5 % des patients.

L'analyse des taux standardisés de prise en charge des troubles bipolaires dans un établissement psychiatrique selon les régions en 2012 montre qu'à âge égal, les taux les plus élevés se retrouvent en Midi-Pyrénées et Aquitaine ; dans ces régions les taux de prise en charge des troubles bipolaires sont de 50 % plus élevés que le taux national. Les taux les plus bas sont en Picardie et Nord - Pas-de-Calais où les taux sont inférieurs de 30 % au taux national.

▶ Taux de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie pris en charge pour troubles bipolaires

En 2012, 166 000 personnes couvertes par le régime général d'Assurance maladie ont été prises en charge pour des troubles bipolaires (patients en ALD ou hospitalisés dans les deux dernières années dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique) correspondant à un taux de prévalence de 28 pour 10 000 bénéficiaires (tableau 1). La prévalence est plus élevée pour les femmes que pour les hommes et ce quel que soit l'âge (graphique 1b). Pour les deux sexes, le taux de patients pris en charge augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les 55-59 ans. Il baisse ensuite avec toutefois un rebond pour les femmes âgées de 70 à 74 ans pour lesquelles le taux de prévalence est voisin de celui des femmes de 55-59 ans.

Parmi les personnes prises en charge, 7,6 % bénéficient de la CMU-C et cette proportion est un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 1). Pour ces personnes le taux de prévalence est de 25,3 pour 10 000, légèrement inférieur à celui des bénéficiaires non CMU-C. Au 31 décembre 2012, 75 % des femmes prises en charge et 73 % des hommes étaient en ALD pour ces troubles.

Les troubles dépressifs

Contexte

Les troubles dépressifs représentent la troisième charge de morbidité, en années vécues avec une invalidité, selon l'OMS. De plus, les troubles dépressifs sont retrouvés dans environ la moitié des décès par suicide. Selon l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) réalisée en France métropolitaine entre 1999 et 2003, une personne sur dix a souffert d'un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'interrogation. Pour 58 % d'entre elles, la dépression est associée à un trouble anxieux. En outre, les personnes dépressives déclarent deux fois plus souvent que la moyenne une consommation à risque d'alcool (9,7 % *versus* 4,4 %) ou de drogue (5,8 % *versus* 2,6 %) [1]. Selon le baromètre santé 2010, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés dans les douze derniers mois était de 7,8 % chez les 15-75 ans.

Indicateurs

▶ Taux de personnes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire pour troubles dépressifs par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie

En 2012, près de 343 000 patients ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique public ou privé ou suivis en ambulatoire dans le secteur public pour troubles dépressifs, ce qui correspond à un taux de prise en charge de 53,9 pour 10 000 habitants. Ce taux est 1,7 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 67,6 et 39,4 pour 10 000 (tableau 2).

Avant l'âge de 15 ans, la prise en charge pour troubles dépressifs dans un établissement psychiatrique est relativement rare et concerne autant les garçons que les filles (graphique 2b). À partir de 15 ans et jusqu'à un âge avancé (80-84 ans), les femmes sont entre 1,6 et 2 fois plus souvent prises en charge pour troubles dépressifs que les hommes dans un établissement psychiatrique. Le taux de prise en charge augmente de façon régulière à partir de 15-19 ans jusqu'à atteindre un taux maximal de 94,2 pour 10 000 habitants à 50-54 ans (69,2 chez les hommes et 118,2 chez les femmes). Chez les femmes, le taux de prise en charge pour troubles dépressifs diminue ensuite avec l'âge pour atteindre un taux de 60,1 pour 10 000 chez les 90 ans ou plus alors que chez les hommes, après une diminution du taux jusqu'à 70-74 ans (38,6 pour 10 000), ce taux remonte pour atteindre un niveau proche de celui des femmes à 90 ans ou plus (58,7 pour 10 000).

Parmi les patients, 19 % sont exclusivement hospitalisés, 63 % sont exclusivement suivis en ambulatoire et 18 % ont été hospitalisés et suivis en ambulatoire. Le diagnostic de dépression est codé en diagnostic principal pour 89 % des patients.

L'analyse des taux standardisés de prise en charge des troubles dépressifs dans un établissement psychiatrique selon les régions en 2012 montre qu'à âge égal, les taux les plus élevés sont en Limousin, Bretagne, Haute-Normandie et Franche-Comté, et les taux les plus bas sont en région Centre, Corse, Pays de la Loire et Alsace.

▶ Taux de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie pris en charge pour troubles dépressifs

En 2012, près de 465 000 personnes couvertes par le régime général d'Assurance maladie ont été prises en charge pour des troubles dépressifs (patients en affection de longue durée ou hospitalisés dans les deux dernières années dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique) correspondant à un taux de prévalence de 78,3 pour 10 000 bénéficiaires (tableau 1). La prévalence pour les femmes, plus élevée que pour les hommes quel que soit l'âge (graphique 1c) est, tous âges confondus, 1,8 fois supérieure. Pour les deux sexes, le taux de patients pris en charge augmente en fonction de l'âge pour atteindre son maximum chez les 55-59 ans. Chez les hommes, il baisse jusqu'à

Tableau 2

Patients pris en charge[1] dans les établissements spécialisés en psychiatrie en 2012 selon le sexe

	Patients pris en charge pour troubles bipolaires[2]				Patients pris en charge pour dépression et autres troubles de l'humeur[3]			
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Rapport femmes/ hommes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Rapport femmes/ hommes
Nombre de patients	33 808	57 930	91 738	1,71	121 374	221 257	342 631	1,82
Taux brut de patients pris en charge (pour 10 000)	11,0	17,7	14,4	1,61	39,4	67,6	53,9	1,72
Taux standardisé[4] de patients pris en charge (%)	11,6	18,4	15,1	1,59	41,0	69,0	55,6	1,68

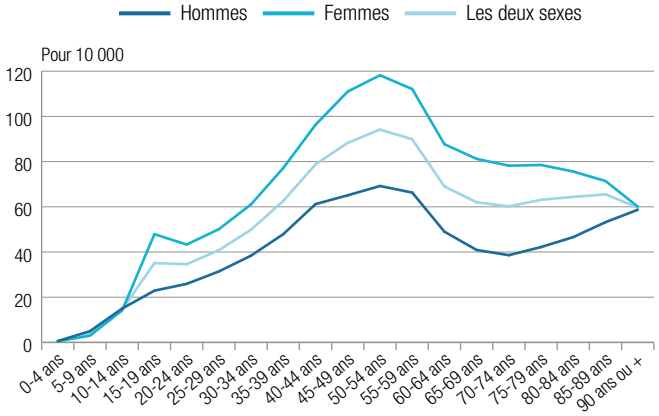
1. Patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public.
2. Codes CIM-10 F30 et F31 en diagnostic principal ou associé.
3. Codes CIM-10 F32 à F39 en diagnostic principal ou associé.
4. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE + EFTA 2010.

Champ • France métropolitaine.
Sources • Base nationale RIM-P, ATIH, exploitation InVS et données de population, INSEE.

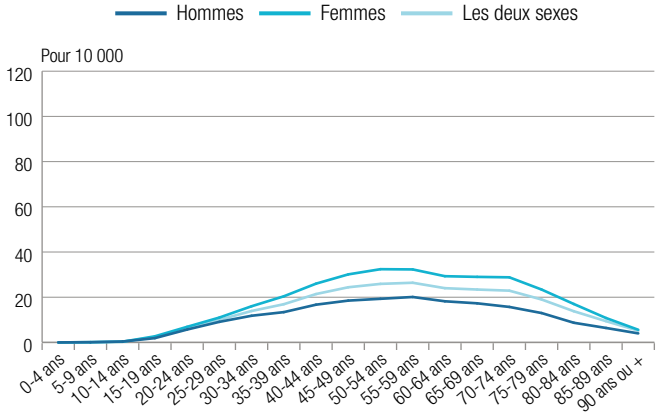
Graphiques 2

Taux de patients pris en charge[1] dans les établissements spécialisés en psychiatrie en 2012 (pour 10 000)

2a. Troubles bipolaires[2]



2b. Troubles dépressifs[3]



1. Patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public.
2. Codes CIM-10 F30 et F31 en diagnostic principal ou associé.
3. Codes CIM-10 F32 à F39 en en diagnostic principal ou associé.

Champ • France métropolitaine.
Sources • Base nationale RIM-P, ATIH, exploitation InVS et données de population, INSEE.

74 ans pour remonter ensuite. Chez les femmes, après avoir crû jusqu'à 89 ans, il diminue chez les plus âgées.

Près de 10 % des personnes prises en charge bénéficient de la CMU-C et cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 1). Pour ces personnes le taux de prévalence est de 92,4 pour 10 000, supérieur à celui des bénéficiaires non CMU-C.

Au 31 décembre 2012, parmi les personnes prises en charge, 62 % des femmes et 51 % des hommes sont en affection longue durée pour ces troubles.

En 2012, les disparités régionales de taux de patients pris en charge apparaissent très importantes (cartes 1). Le taux brut le plus élevé est 9,3 fois plus élevé que le plus faible. Les prévalences brutes les plus basses sont enregistrées dans les départements ultramarins et en Lorraine et les plus élevées en Auvergne, dans le Limousin et en Corse (carte 1a). La prise en compte des différences de structures d'âges réduit l'écart mais le taux ainsi standardisé le plus élevé est encore 6,7 fois plus important que le plus faible. En outre, le classement des régions apparaît peu modifié (carte 1b). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DREES, bureau État de santé de la population

1. Thomas Morin, 2008, « Épisodes dépressifs : des situations multiples », *Études et Résultats*, DREES, n° 661, octobre.

Synthèse

En 2012, près de 3,6 millions de personnes couvertes par le régime général d'Assurance maladie ont été traitées avec des médicaments antidépresseurs ou du lithium. Le taux de prévalence augmente fortement avec l'âge, concernant notamment plus d'une femme sur cinq âgée de 85 ans ou plus.

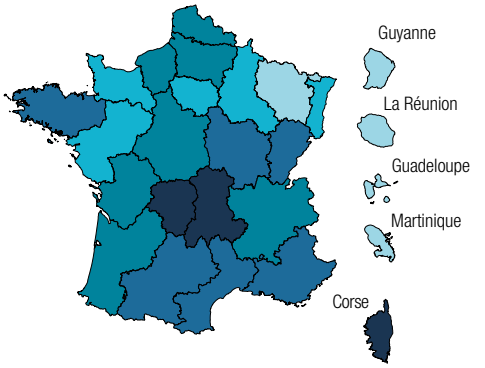
Les femmes sont plus souvent prises en charge que les hommes pour des troubles dépressifs ou bipolaires quel que soit l'âge. Ces troubles apparaissent plus fréquents chez les adultes, hommes ou femmes, âgés de 50 à 59 ans et, pour les troubles bipolaires, chez les femmes âgées de 70 à 74 ans.

Le taux de patients pris en charge pour des troubles dépressifs est nettement plus élevé en Bretagne et dans un grand quart sud-est de la France, à l'exception de la région Rhône-Alpes.

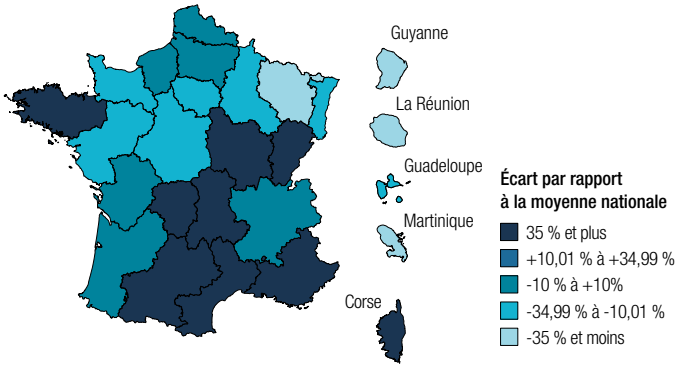
CARTES 1

Comparaisons régionales des taux de bénéficiaires du régime général d'Assurance maladie[1] pris en charge pour troubles dépressifs[2] en 2012 – Écarts par rapport à la valeur nationale (en %)

1a. Taux bruts



1b. Taux standardisés[3]



1. Sections locales mutualistes comprises.
2. Codes CIM-10 F32 à F39 : en ALD du 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).
3. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE + EFTA 2010.
Champ • France (métropole et départements d'outre-mer, hors Mayotte, et domicile non précisé).
Source • Sniiram, CNAMTS.

INDICATEURS • **Patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium**
• **Taux de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie pris en charge pour troubles bipolaires**
• **Taux de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie pris en charge pour troubles dépressifs**

▶**Champ** : France (métropole et départements d'outre-mer) – Bénéficiaires du régime général d'Assurance maladie sections locales mutualistes (SLM) comprises. ▶**Source** : Système national d'information interrégime de l'Assurance maladie (Sniiram) ; Algorithmes mis au point par la CNAMTS pour constituer des « pathologies » repérées à partir de médicaments traceurs, du bénéfice d'une affection de longue durée (ALD) ou de séjours hospitaliers en soins de courte durée (PMSI-MCO) ou en psychiatrie (RIM-P). ▶**Mode de construction des indicateurs** : Nombre de bénéficiaires repéré par l'algorithme correspondant rapporté à l'ensemble des bénéficiaires. ▶**Limites d'interprétation** : Recours aux soins ou consommation de médicaments ayant donné lieu à remboursement ; les patients pris en charge uniquement en ville par des professionnels libéraux sans mise en ALD ne sont pas inclus dans la sélection dans la mesure où les diagnostics ne peuvent être repérés pour ce type de prise en charge ni les patients affiliés aux régimes autres que le régime général.
▶**Organisme responsable de la production des indicateurs** : CNAMTS.

INDICATEURS • **Taux de patients hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire pour troubles bipolaires**
• **Taux de patients hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire pour troubles dépressifs**

▶**Champ** : France métropolitaine. ▶**Source** : Diagnostics principal et associés issus du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P). ▶**Mode de construction des indicateurs** : Nombre de patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public rapporté à la population France métropolitaine de l'année considérée, avec chaînage des prises en charge pour un même patient. ▶**Limites d'interprétation** : Le RIM-P est un système de recueil mis en place depuis 2008 avec une montée en charge progressive. L'exhaustivité des données transmises ainsi que la qualité des codages restent encore à évaluer.
▶**Organisme responsable de la production des indicateurs** : InVS.

Troubles psychotiques

Contexte

La schizophrénie est identifiée par l'OMS comme l'une des affections les plus préoccupantes du XXIe siècle, du fait de la charge de morbidité, de mortalité, d'incapacité, des coûts économiques et des conduites d'exclusion que les troubles génèrent. Les troubles psychotiques s'avèrent difficiles à appréhender par les professionnels de santé et sont encore fortement stigmatisés en France ; ils peuvent altérer par moments la capacité des personnes à consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui leur sont proposés. Ces conditions génèrent un retard au diagnostic et de prise en charge, et des ruptures de soins préjudiciables. Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 met l'accent sur l'accès et la continuité des soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves. En France, le développement récent du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) et son intégration en 2011 dans le système d'information interrégime de l'Assurance maladie (Sniiram) permettent d'amorcer une surveillance du taux d'habitants avec des troubles psychotiques suivis dans le système de soins.

En l'état actuel de développement de ces systèmes d'information en France, les deux indicateurs retenus pour les troubles psychotiques décrivent :

- les personnes résidentes en France métropolitaine prises en charge annuellement pour troubles psychotiques par les établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, quel que soit le mode de prise en charge (hospitalisations ou suivi ambulatoire) dans le secteur public ;
- Les personnes couvertes par le régime général d'Assurance maladie, bénéficiant d'une ALD ou hospitalisées dans les 2 dernières années pour troubles psychotiques dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique.

Les troubles psychotiques considérés comprennent les schizophrénies, les troubles psychotiques aigus, le trouble schizotypique, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants, et autres psychoses non organiques non précisées, selon la CIM-10 (10e révision de la Classification internationale des maladies de l'OMS).

Indicateurs

▶ Taux de personnes prises en charge pour des troubles psychotiques par les établissements de santé ayant une activité psychiatrique

En France métropolitaine, les premières estimations nationales, issues du RIM-P, indiquent qu'en 2012, environ 235 000 habitants, soit 3,7 pour 1 000 habitants, ont été pris en charge pour des troubles psychotiques par les établissements de santé ayant une activité psychiatrique (EP). La prise en charge est principalement ambulatoire : 54 % des patients ont été pris en charge exclusivement en ambulatoire, 32 % en hospitalisation et en ambulatoire, 14 % exclusivement en hospitalisation. Pour 62 % d'entre eux, le diagnostic posé est une schizophrénie. Tous troubles psychotiques confondus, les hommes sont 1,5 fois plus concernés que les femmes (taux standardisé sur l'âge de 4,6 pour 1 000 chez les hommes et de 3,0 pour 1 000 chez les femmes). Le rapport de taux hommes/femmes est de 2 pour la schizophrénie (taux standardisés de 3,1 pour 1000 chez les hommes ; 1,5 pour 1 000 chez les femmes) (tableau 1). La prépondérance masculine des troubles psychotiques s'avère maximale entre 25 et 30 ans (rapport de taux hommes/femmes = 2,8 pour tous troubles psychotiques et 3,7 pour la schizophrénie), l'écart des taux entre hommes et femmes s'amenuise progressivement avec l'âge pour s'inverser après 60 ans. Les taux selon l'âge suivent une courbe en cloche et montrent un décalage de plus de 10 ans entre hommes et femmes, les taux les plus élevés de prise en charge (tous troubles psychotiques comme pour schizophrénie) étant observés entre 30 et 45 ans chez les hommes et entre 40 et 55 ans chez les femmes (graphique 1).

En 2012, les taux standardisés d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les EP s'échelonnent de 2,3 à 4,8 pour 1 000 habitants selon la région. Les régions Alsace et Bretagne ont les taux les plus élevés (carte 1).

▶ Taux de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie pris en charge pour des troubles psychotiques

Sur les 59,2 millions de personnes en France qui ont bénéficié de prestations d'Assurance maladie du régime général (RG) en 2012 (environ 87 % de la population française), près de 355 000 sont en affection longue durée (ALD) pour psychose ou ont été hospitalisées dans les deux ans pour troubles psychotiques en MCO[1] ou EP, soit un taux de 6 pour 1000 bénéficiaires. Le taux standardisé sur l'âge est 1,4 fois plus important chez les hommes que chez les femmes, respectivement de 7,7 et 5,3 pour 1000 (tableau 2).

1. Médecine, chirurgie, obstétrique.

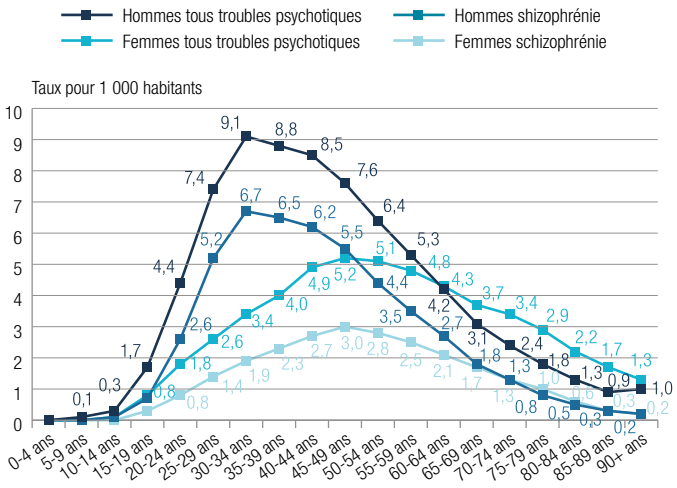
Tableau 1
Nombre, taux* brut et standardisé d'habitants pris en charge pour tous troubles psychotiques et pour schizophrénie par les établissements de santé avec activité psychiatrique, en 2012

	Tous troubles psychotiques			Schizophrénie		
	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé
Tous sexes	235 129	3,70	3,83	142 985	2,07	2,03
Hommes	139 216	4,52	4,61	94 519	3,07	3,12
Femmes	95 913	2,93	3,03	48 466	1,48	1,54

* Taux pour 1 000 habitants. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE + EFTA 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • RIM-P, ATIH. Analyses InVS.

Graphique 1

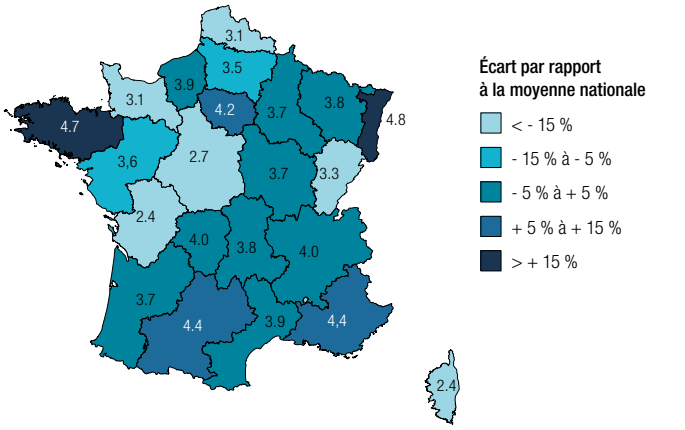
Taux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements de santé avec activité psychiatrique selon l'âge et le sexe, en 2012



Champ • France métropolitaine.
Source • RIM-P, ATIH. Analyses InVS.

Carte 1

Taux* standardisés régionaux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements de santé avec activité psychiatrique, en 2012



* Taux national : 3,83 pour 1 000 habitants. Taux pour 1 000 bénéficiaires. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE + EFTA 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • Sniiram, CNAMTS.

Tableau 2

Nombre, taux* brut et standardisé de personnes prises en charge pour troubles psychotiques par le régime général d'Assurance maladie, selon le sexe et le niveau socio-économique, en 2012**

Niveau socio-économique	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé
Tous bénéficiaires	195 293	7,10	7,65	159 367	5,03	5,33	354 660	5,99	6,36
CMU-C (< 60 ans)	23 890	11,19	15,73	15 535	5,94	7,73	39 425	8,30	10,95
Non CMU-C (< 60 ans)	139 769	7,08	7,80	87 763	4,09	4,27	227 532	5,52	5,91

* Taux pour 1 000 bénéficiaires. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE + EFTA 2010.
** Bénéficiaires en ALD pour troubles psychotiques ou hospitalisés dans les deux ans pour troubles psychotiques en MCO ou en établissement psychiatrique.
Champ • France entière.
Source • Sniiram, CNAMTS.

Troubles psychotiques (suite)

L'évolution selon l'âge retrouve un décalage de 10 ans entre hommes et femmes dans le pic de prise en charge, les taux les plus élevés étant observés entre 35 et 50 ans chez les hommes et entre 45 et 60 ans chez les femmes. Après 60 ans, alors que les taux diminuent lentement chez les femmes (de 7 % en moyenne par tranche d'âge quinquennale), la diminution s'avère très affirmée chez les hommes : 19 % en moyenne par tranche d'âge quinquennale (graphique 2).

Chez les moins de 60 ans, les personnes bénéficiaires de la CMU-C sont relativement plus nombreuses à être prises en charge pour troubles psychotiques que les non bénéficiaires de la CMU-C, respectivement 10,9 et 5,9 pour 1 000 après standardisation sur l'âge (tableau 2).

En 2012, les taux standardisés de personnes prises en charge par le régime général pour troubles psychotiques s'échelonnent de 5,0 à 8,1 pour 1 000 selon la région. Les régions Alsace, Bretagne, PACA et Auvergne ont les taux les plus élevés (carte 2). ■

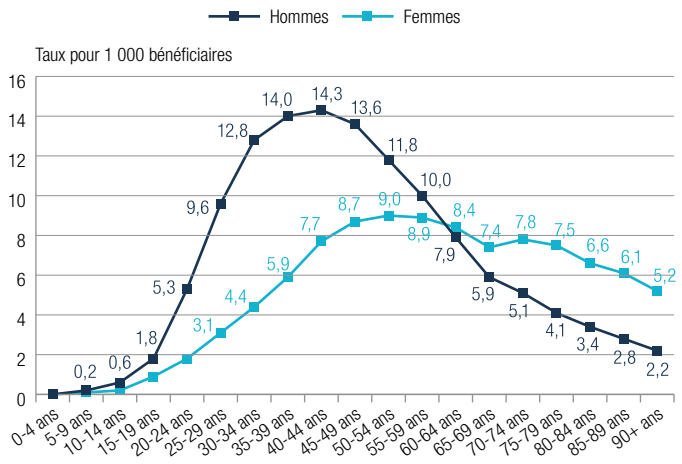
Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, département des Maladies chroniques et des traumatismes

Synthèse

En 2012, 6 personnes sur 1 000 en France sont en ALD pour psychose ou ont été hospitalisées en MCO ou EP pour troubles psychotiques dans les 2 dernières années. Par ailleurs, 3,7 pour 1 000 habitants de France métropolitaine ont été pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements psychiatriques, plus de la moitié exclusivement en ambulatoire. Les deux indicateurs montrent que les prises en charge pour troubles psychotiques sont 1,5 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, bien qu'au-delà de 60 ans, les taux féminins deviennent supérieurs aux taux masculins. On observe un décalage d'une dizaine d'années dans les taux les plus élevés de prise en charge (hommes entre 30 et 50 ans et femmes entre 40 et 60 ans). La diminution des taux de prise en charge avec l'âge est très marquée chez les hommes. Les causes de cette diminution différentielle restent à explorer. Ce système d'information ne couvre pas la totalité des patients suivis dans le système de soins pour troubles psychotiques, en particulier les patients suivis en libéral sans prise en charge en ALD pour cette psychose (troubles les moins graves ou stabilisés, sans hospitalisation récente) ne sont pas pris en compte.

Graphique 2

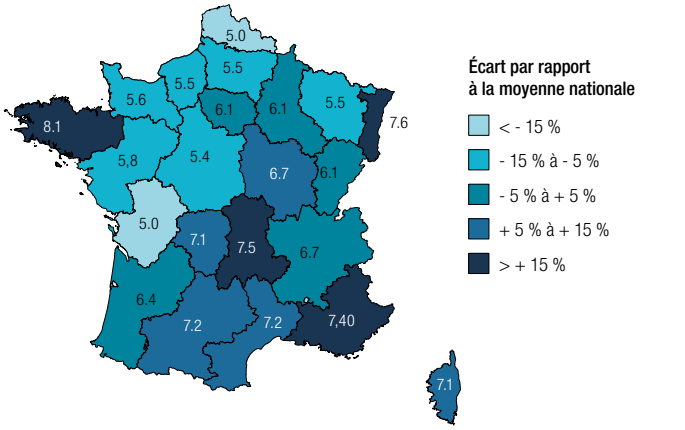
Taux de personnes prises en charge* pour troubles psychotiques par le régime général d'Assurance maladie selon l'âge et le sexe, en 2012



* Bénéficiaires en ALD pour troubles psychotiques ou hospitalisés dans les deux ans pour troubles psychotiques en MCO ou en établissement psychiatrique.
Champ • France entière.
Source • CNAMTS-Sniiram. Analyses CNAMTS.

Carte 2

Taux* standardisés régionaux de personnes prises en charge pour troubles psychotiques par le régime général d'Assurance maladie, en 2012**



* Taux national : 6,36 pour 1 000 habitants. Taux pour 1 000 bénéficiaires. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE + EFTA 2010.
** Bénéficiaires en ALD pour troubles psychotiques ou hospitalisés dans les deux ans pour troubles psychotiques en MCO ou en établissement psychiatrique.
Champ • France métropolitaine.
Source • CNAMTS-Sniiram. Analyses CNAMTS.

INDICATEUR • **Taux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements de santé avec activité psychiatrique**

▶ **Champ** : France métropolitaine. ▶**Source** : Fichiers de résumés par séquences anonymes pour prises en charge à temps complet ou partiel et de résumés d'activité ambulatoire anonymes, issus du RIM-P (ATIH) ; statistiques démographiques INSEE. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de personnes résidant en France métropolitaine, hospitalisées à temps plein ou partiel en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public rapporté à la population France métropolitaine de l'année considérée. Diagnostics principal et associés codés par les services d'information médicale des établissements selon la CIM-10 : codes F20 à F29 pour tous troubles psychotiques et F20 pour schizophrénie. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Le RIM-P est un système de recueil étendu nationalement depuis 2008 avec une montée en charge progressive des codages dont la qualité reste encore à être évaluée. Les pratiques d'enregistrement des prises en charge ambulatoires sont encore inhomogènes d'un établissement à un autre : les patients consultant en centres médicopsychologiques (CMP) ou autres lieux de consultations externes de psychiatrie ne sont pas tous systématiquement enregistrés dans le système d'information et l'activité ambulatoire libérale n'est pas enregistrée. Inversement, une surestimation des taux est attendue, liée au fait que pour les patients suivis exclusivement en ambulatoire, l'identifiant anonyme est propre à l'établissement. Un patient qui serait pris en charge en ambulatoire dans plusieurs établissements est compté plusieurs fois s'il n'a pas été hospitalisé dans chacun de ces établissements.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie pris en charge pour des troubles psychotiques.**

▶ **Champ** : France entière, bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie (avec sections locales mutualistes-SLM). ▶**Source** : Données du régime général à partir du Sniiram. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Numérateur : bénéficiaires du RG avec prestation d'Assurance maladie dans l'année qui sont en ALD psychose (codes CIM F20 à F29) ou qui ont été hospitalisés dans l'année N-1 ou N (hospitalisation en MCO ou en EP pour troubles psychotiques : Codes CIM F20 à F29 en diagnostic principal ou relié pour MCO ; en diagnostic principal ou associé pour RIM-P. Dénominateur : population des bénéficiaires du RG (prestation dans l'année).
▶ **Limites d'interprétation et biais connus** :
– Taux de couverture de la population : limité au RG et SLM entraînant une perte d'information sur 13 % de la population française.
– Facteur de surestimation des taux de prévalence annuelle : les ALD sont généralement attribuées pour une durée de 5 ans ; les hospitalisations de l'année n-1 sont considérées.
– Facteur de sous-estimation des taux : les patients suivis en ambulatoire, sans hospitalisation ou en libéral et dont le médecin traitant n'a pas demandé ou renouvelé l'ALD ne sont pas comptés. Le choix de demander une mise en ALD pour une pathologie psychiatrique peut être guidé par l'évolution sociale du ressenti d'un risque de stigmatisation. Lorsque les prises en charge ne sont pas onéreuses ou que le patient est déjà en ALD pour une pathologie intégrant la possibilité d'être exonéré pour le même type de traitement, le nombre de patients en ALD sous-estime la prévalence de la maladie. Cela peut être source de biais dans les comparaisons de prévalence selon le niveau socio-économique. Par ailleurs, les femmes demandent plus facilement le renouvellement d'ALD que les hommes pour des traitements équivalents, ce qui pourrait expliquer, pour les prises en charge qui deviendraient essentiellement ambulatoires avec l'âge, un maintien plus important des taux chez les femmes.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CNAMTS.

Maladies respiratoires

Bronchopneumopathie chronique obstructive

Contexte

Les données épidémiologiques sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)[1] sont peu nombreuses. L'estimation de la prévalence de la BPCO est difficile. En effet ce sont des critères spirométriques qui permettent de porter le diagnostic et de déterminer le stade de sévérité de la BPCO, et la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires est compliquée à mettre en œuvre dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. D'autre part, la prévalence de cette pathologie lorsqu'elle est mesurée *via* une autodéclaration (qu'elle ait été ou non confirmée par un médecin) est sous-estimée en raison de l'importance du sous-diagnostic. Les exacerbations[2] de BPCO sont un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution de la maladie. Les plus sévères nécessitent une hospitalisation. Une partie de ces hospitalisations pourraient être évitées grâce à une prise en charge optimale dès les signes d'aggravation. Il est donc pertinent de chercher à évaluer le poids global de ces hospitalisations et d'en suivre les tendances au cours du temps. Les indicateurs retenus ici concernent les hospitalisations pour exacerbation de BPCO et la mortalité liée à la BPCO.

Indicateurs

▶ Taux d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO

En France, en 2012, le nombre annuel d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO se situe entre 95 000 et 145 000 par an selon l'indicateur utilisé. Les taux bruts d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO (indicateur strict) sont de 29/10 000 adultes âgés de 25 ans ou plus chez les hommes et 14/10 000 chez les femmes (tableau 1). Entre 2000 et 2012, les taux standardisés d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO ont augmenté chez les hommes (+ 2 % par an en moyenne) comme chez les femmes (+ 6 % par an) (graphique 1). Bien que l'augmentation des taux d'hospitalisation soit plus rapide chez les femmes, l'écart entre hommes et femmes reste important.

Tendances régionales : en 2010-2012, les taux d'hospitalisations pour BPCO les plus élevés sont observés en Lorraine, en Picardie, dans le Nord - Pas-de-Calais et à La Réunion (carte 1).

Les taux d'hospitalisation en rapport avec la BPCO observés en France sont parmi les plus bas d'Europe. Toutefois, les pratiques de codages étant très hétérogènes, les comparaisons internationales sont donc difficiles.

▶ Taux de mortalité liée à la BPCO

En France, en 2010, environ 18 000 décès sont liés à la BPCO (BPCO en cause initiale ou en causes associées), dont 43 % en cause initiale. Les taux bruts de mortalité liée à la BPCO sont de 98/100 000 adultes de 45 ans ou plus chez les hommes et 38/100 000 chez les femmes (tableau 2). Depuis 2000, les taux de mortalité liés à la BPCO sont en diminution chez les hommes (environ - 1 % par an en moyenne) mais en légère augmentation chez les femmes (+ 0,6 %) (graphique 2).

En 2008-2010, les taux de mortalité liée à la BPCO les plus élevés sont observés en Lorraine, à La Réunion, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Alsace et en Champagne-Ardenne (carte 2).

Les taux de mortalité par BPCO observés en France sont parmi les plus bas d'Europe. Parmi les explications possibles on peut évoquer une exposition moindre aux facteurs de risques (tabac, défavorisation sociale) mais également un sous-diagnostic plus important. Les tendances temporelles observées dans les autres pays de l'Union européenne et aux États-Unis sont similaires à celles observées en France, avec une diminution globale des taux de mortalité par BPCO et une réduction du sex ratio. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

1. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes.
2. Aggravation prolongée de l'état d'un patient atteint de BPCO, à partir de l'état stable et au-delà des variations quotidiennes normales, d'apparition brutale et nécessitant une modification du traitement habituel.

INDICATEUR • **Hospitalisations pour BPCO**

▶ **Champ** : France entière hors Mayotte, adultes âgés de 25 ans ou plus. ▶ **Sources** : Fichiers de résumés de sortie anonymes issus du PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE).
▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Séjours avec :
1. diagnostic principal (DP) de maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires (J44.0) ou avec épisode aigu non précisé (J44.1) ;
2. DP d'insuffisance respiratoire aiguë (J96.0) avec un diagnostic associé significatif (DAS) de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43) ;
3. DP d'infection respiratoire basse (J10-J18, J20-J22) avec un DAS de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43) ;
4. DP de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43) avec un diagnostic associé d'infection respiratoire basse (J10-J18, J20-J22) ou d'insuffisance respiratoire aiguë (J96.0).
Les séjours de moins de 2 jours dont l'issue n'est pas le décès sont exclus afin d'éviter de prendre en compte les hospitalisations programmées. Taux standardisés sur l'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, 2010).
▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Certaines hospitalisations pour exacerbations de BPCO peuvent ne pas être reconnues ou codées comme telles. De plus, compte tenu des comorbidités fréquentes, la BPCO peut ne pas apparaître en diagnostic principal sur le résumé de sortie anonyme. Un deuxième indicateur construit au moyen d'un algorithme moins spécifique permet de prendre en compte d'éventuels transferts de codage et de vérifier la robustesse des tendances au cours du temps (données non présentées, disponibles sur le site web de l'InVS). ▶ **Référence** : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Mortalité par BPCO**

▶ **Champ** : France entière hors Mayotte, adultes âgés de 45 ans ou plus. ▶ **Sources** : Causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Certificats de décès ayant un code BPCO en cause initiale de décès (mortalité par BPCO) ou en cause initiale ou associée (causes multiples, mortalité liée à la BPCO). Codes CIM-10 J40-J44. Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, 2010). ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : La bronchopneumopathie chronique obstructive est globalement sous-déclarée sur les certificats de décès. En effet, il s'agit d'une maladie sous-diagnostiquée, y compris aux stades sévères, et quand elle est diagnostiquée, elle peut ne pas être rapportée sur le certificat de décès quand il existe d'autres causes concurrentes de décès.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Synthèse

Les hospitalisations pour exacerbation de BPCO ont augmenté entre 2000 et 2012, cette augmentation est plus importante chez les femmes (+ 6 % par an) que chez les hommes (+ 2 %). La mortalité liée à la BPCO a diminué d'environ 1 % par an chez les hommes entre 2000 et 2010 mais elle a augmenté chez les femmes (+ 0,6 %). Ainsi, l'écart de morbi-mortalité liée à la BPCO entre hommes et femme tend à se réduire. Pour les hospitalisations comme pour la mortalité, il existe d'importantes disparités régionales, les taux les plus élevés sont observés dans le Nord et l'Est de la France ainsi qu'à La Réunion.

Tableau 1

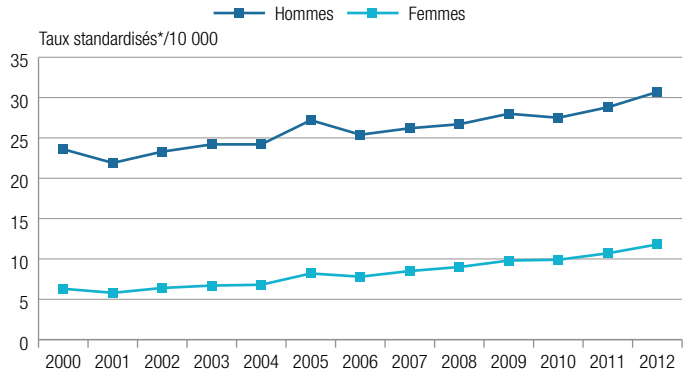
Taux d'hospitalisations pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive : taux bruts par classe d'âge et par sexe, 2012

	Hommes	Femmes
Classe d'âge		
25-44 ans	1/10 000	1/10 000
45-64 ans	16/10 000	8/10 000
65-84 ans	86/10 000	31/10 000
85 ans ou plus	197/10 000	71/10 000
Total	29/10 000	14/10 000

Champ • France entière (hors Mayotte).
Source • PMSI-ATIH.

Graphique 1

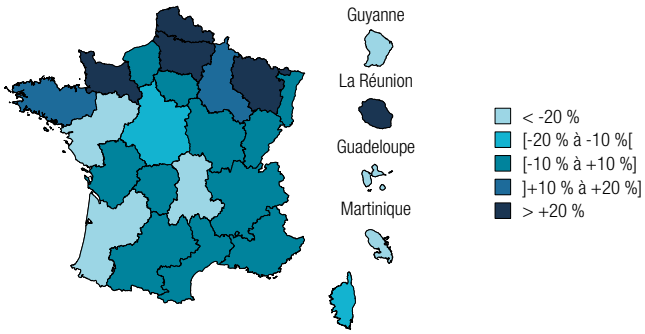
Hospitalisations pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive, 2000-2012



* Taux standardisés sur l'âge, population européenne 2010 (Eurostat).
Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-ATIH.

Carte 1

Variations régionales des taux d'hospitalisation pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive, taux moyens 2010-2012



Champ • France entière hors Mayotte, adultes âgés de 25 ans ou plus.
Sources • Fichiers de résumés de sortie anonymes issus du PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE).

Tableau 2

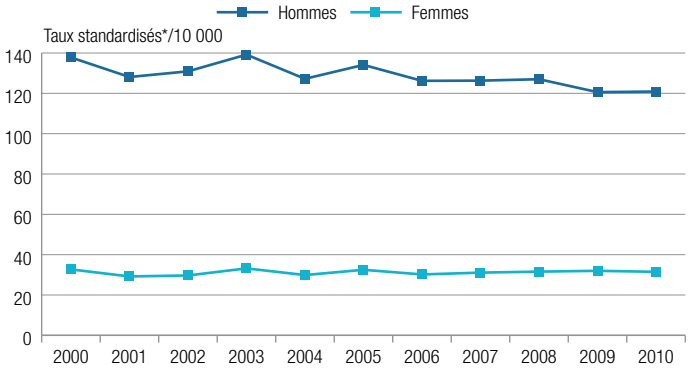
Taux de mortalité par BPCO (cause initiale) et liée à la BPCO (causes multiples), taux bruts par classe d'âge et par sexe, en 2010

	Taux/100 000	
	Cause initiale	Causes multiples
Hommes		
45-64 ans	6,7	1,9
65-84 ans	72,5	20,4
85 ans ou plus	355,5	123,8
Total	40,6	17,6
Femmes		
45-64 ans	19,6	4,8
65-84 ans	175,4	45,0
85 ans ou plus	793,6	252,0
Total	97,9	37,5

Champ • France entière (hors Mayotte).
Source • Inserm-CépiDc.

Graphique 2

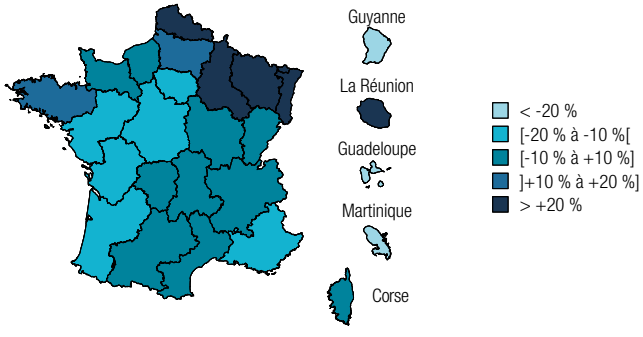
Mortalité liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), causes multiples, en 2000-2010



* Standardisation population européenne 2010.
Champ • France métropolitaine.
Source • Inserm-CépiDc.

Carte 2

Variations régionales des taux de mortalité liée à la BPCO, causes multiples, taux moyens, en 2008-2010



Champ • France entière hors Mayotte, adultes âgés de 45 ans ou plus.
Sources • Causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

Asthme

Contexte

L'asthme est une maladie inflammatoire des voies aériennes qui se traduit par des épisodes de dyspnée, de respiration sifflante ou de toux. Cette maladie résulte d'interactions entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux et son étiologie reste non clairement élucidée à ce jour. Les facteurs déclenchants des exacerbations de la maladie sont nombreux. Il s'agit notamment des expositions à des allergènes (acariens, pollens, allergènes professionnels…) ou à des irritants respiratoires (tabagisme actif ou passif, pollution de l'air intérieur ou extérieur) et des infections respiratoires.

La prévalence de l'asthme est d'environ 10 % chez l'enfant et 6 % chez l'adulte. La prise en charge de la maladie repose sur un traitement médicamenteux (incluant, si nécessaire, un traitement de fond quotidien), l'éviction des facteurs déclenchants et l'éducation thérapeutique du patient. Grâce à une prise en charge adaptée, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations d'asthme.

Indicateurs

▶ Nombre et taux annuels d'hospitalisation en MCO pour asthme

Un peu plus de 60 000 hospitalisations pour asthme sont survenues en France en 2012. Près des deux tiers des séjours (64 %) concernaient des enfants de moins de 15 ans (tableau 1).

Les taux annuels d'hospitalisation pour asthme en France métropolitaine ont diminué au début des années 2000 mais au cours des cinq dernières années, ils ont augmenté pour les deux sexes (graphique 1). Par classe d'âge, on note une augmentation chez les enfants et les nourrissons, alors que les taux sont restés stables chez les jeunes adultes (15-49 ans) et ont diminué chez les 50 ans ou plus (tableau 2).

Les régions les plus touchées sont les DOM (à l'exception de la Guyane) ainsi que l'Île-de-France (carte 1).

Tous âges confondus, le taux d'hospitalisation pour asthme est légèrement inférieur au taux moyen observé dans les pays de l'OCDE (respectivement, taux standardisé de 4,8 et 3,7/10 000 en 2011, *Health at a Glance*, OCDE, 2013).

▶ Nombre de décès chez les personnes de moins de 45 ans et taux standardisé de mortalité par asthme

En 2010, 963 décès par asthme sont survenus en France, dont 65 chez des enfants ou des adultes de moins de 45 ans. Le taux brut de mortalité par asthme est de 1,5/100 000 tous âges confondus et de 0,18/100 000 personnes âgées de moins de 45 ans. Après avoir baissé au début des années 2000, le taux de mortalité est resté stable chez les moins de 45 ans au cours des 5 dernières années (graphique 2).

En termes de mortalité par asthme, tous âges confondus, la France se situe en 2010 dans une situation moyenne par rapport aux autres pays européens (Eurostat). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS

↻ Synthèse

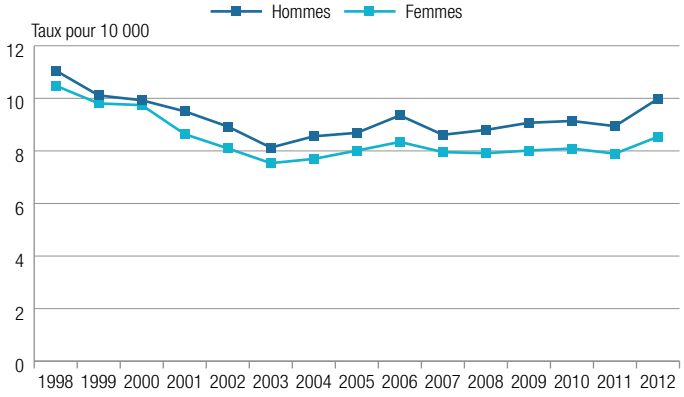
Au cours des cinq dernières années, les taux d'hospitalisation pour asthme ont augmenté. Cette augmentation est la conséquence d'une augmentation chez les enfants. Tous âges confondus, les régions d'outre-mer et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées. Le taux de mortalité par asthme chez les personnes âgées de moins de 45 ans est resté stable.

Tableau 1
Nombre et taux bruts d'hospitalisation pour asthme, par classe d'âge et sexe, en 2012

	Hommes		Femmes	
Classe d'âge	Nombre	Taux (/10 000)	Nombre	Taux (/10 000)
0-1 an	8 270	104,8	4 069	54
2-4 ans	9 329	78	5 261	46
5-9 ans	5 339	26,8	3 056	16,1
10-14 ans	2 534	12,7	1 548	8,1
15-19 ans	880	4,5	1 130	6,1
20-34 ans	1 696	2,9	2 931	5
35-49 ans	1 707	2,7	3 004	4,6
50-65 ans	1 589	2,7	3 151	5
≥ 65 ans	1 673	3,6	4 779	7,4
Total	33 017	10,7	28 929	8,8

Champ • France entière.
Source • PMSI-ATIH ; taux standardisés (population France 2006).

Graphique 1
Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme, tous âges, en 2000-2012



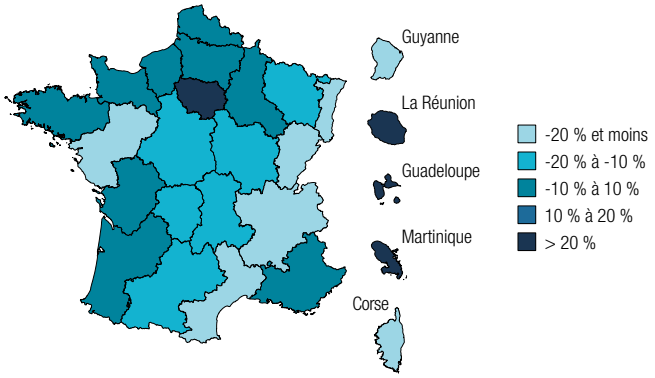
Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-ATIH ; taux standardisés sur l'âge (population France 2006).

Tableau 2
Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme (pour 10 000) par classe d'âge, en 2008-2012

Classe d'âge	2008	2009	2010	2011	2012
0-1 an	64,0	64,2	72,6	75,2	77,7
2-14 ans	21,3	21,4	22,2	22,0	25,3
15-49 ans	3,8	4,0	3,7	3,4	3,8
50 ans ou plus	4,9	5,0	4,7	4,4	4,6

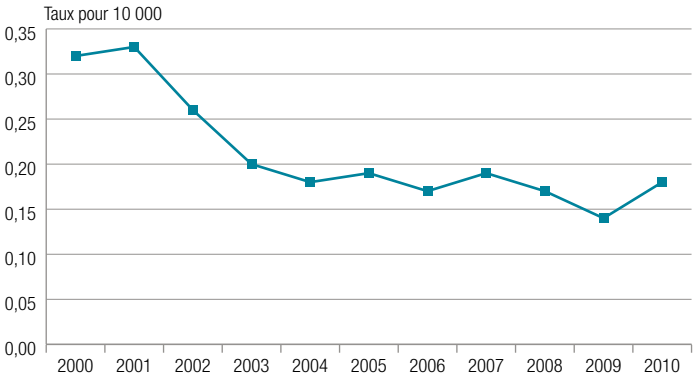
Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-ATIH ; taux standardisés sur l'âge (population France 2006).

Carte 1
Variations régionales du taux d'hospitalisation pour asthme, écart du taux moyen régional standardisé par rapport au taux moyen national, tous âges, en 2010-2012



Champ • France entière.
Source • PMSI-ATIH ; taux standardisés sur l'âge (population France 2006).

Graphique 2
Taux annuels standardisés de mortalité par asthme chez les moins de 45 ans, en 2000-2010



Champ • France métropolitaine.
Source • Causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) ; taux standardisés sur l'âge (population Europe 2010).

INDICATEUR • **Hospitalisations pour asthme**
▶ **Champ** : France entière, hors Mayotte (France métropolitaine seule pour les tendances temporelles). ▶ **Sources** : PMSI-ATIH ; statistiques démographiques (INSEE). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Séjours pour asthme (J45 ou J46 en diagnostic principal) ; taux standardisés sur l'âge, en utilisant comme population de référence la population française au recensement de 2006 (INSEE), la population européenne ne permettant pas de distinguer les nourrissons de moins de 2 ans. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données du PMSI ne permettent pas de distinguer les hospitalisations pour exacerbation d'asthme des hospitalisations pour bilan.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Mortalité par asthme**
▶ **Champ** : France entière, hors Mayotte (France métropolitaine seule pour les tendances temporelles), enfants et adultes de moins de 45 ans. ▶ **Sources** : Causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Décès par asthme (J45 ou J46 en diagnostic principal) ; taux standardisés sur l'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, 2010).
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Neurologie

Maladie de Parkinson

Contexte

Compte tenu du vieillissement de la population française, le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. La maladie de Parkinson est, après la maladie d'Alzheimer, la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente. Bien que des estimations de la fréquence de la maladie de Parkinson aient été réalisées en France à partir des demandes d'affection longue durée (ALD), celles-ci ne donnent pas une image exhaustive car une proportion non négligeable de patients n'est pas en ALD. Il n'existe donc pas à ce jour une estimation fiable du nombre de patients atteints de maladie de Parkinson en France. L'objectif a été d'estimer le nombre de patients traités en France en 2010 pour maladie de Parkinson, y compris le nombre de nouveaux patients. Ces estimations ont été réalisées à partir des bases de remboursement de médicaments de l'Assurance maladie accessibles à travers les Données de consommation interrégimes (DCIR), en appliquant un modèle qui permet d'estimer le nombre de patients parkinsoniens à partir de leur profil de consommation de médicaments.

Indicateurs

▶ Prévalence de la maladie de Parkinson en France en 2010

149 672 personnes (74 856 hommes, 74 816 femmes) étaient traitées au 31 décembre 2010 pour une maladie de Parkinson en France, ce qui correspond à une prévalence de 2,30 pour 1 000 (hommes : 2,38/1 000 ; femmes : 2,23/1 000).

La prévalence est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à tous les âges (graphique 1) ; après standardisation directe sur l'âge, la prévalence est environ 1,5 fois plus élevée chez les hommes (2,86 pour 1 000) que chez les femmes (1,93 pour 1 000).

La prévalence de la maladie de Parkinson augmente fortement avec l'âge (graphique 1). Parmi l'ensemble des patients parkinsoniens, 22 378 patients (15,0 %) sont âgés de moins de 65 ans : 12 778 hommes (17,1 %) et 9 600 femmes (12,8 %).

Le ralentissement de l'augmentation observé après 80 ans reflète vraisemblablement une sous-identification des patients parkinsoniens après cet âge (*cf.* encadré méthodologique).

Les courbes de prévalence par âge et sexe sont similaires à celles observées dans d'autres pays européens.

▶ Incidence de la maladie de Parkinson en France en 2010

Nous estimons que 25 438 personnes (12 960 hommes, 12 478 femmes) ont été nouvellement traitées en 2010 pour une maladie de Parkinson en France, ce qui correspond à une incidence de 0,39 pour 1 000 (hommes : 0,41/1 000 ; femmes : 0,37/1 000).

L'incidence est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à tous les âges (graphique 1) et, après standardisation directe sur l'âge, l'incidence est environ 1,5 fois plus élevée chez les hommes (0,49 pour 1 000) que chez les femmes (0,33 pour 1 000).

L'incidence de la maladie de Parkinson augmente fortement avec l'âge (graphique 1). Parmi l'ensemble des patients parkinsoniens, 4 988 (19,6 %) patients (hommes : 2 696, 20,8 % ; femmes : 2 292, 18,4 %) sont âgés de moins de 65 ans au moment du début du traitement.

Le ralentissement de l'augmentation observé après 80 ans reflète vraisemblablement une sous-identification des patients parkinsoniens après cet âge (*cf.* encadré méthodologique).

Les courbes d'incidence par âge et sexe sont similaires à celles observées dans d'autres pays européens. ■

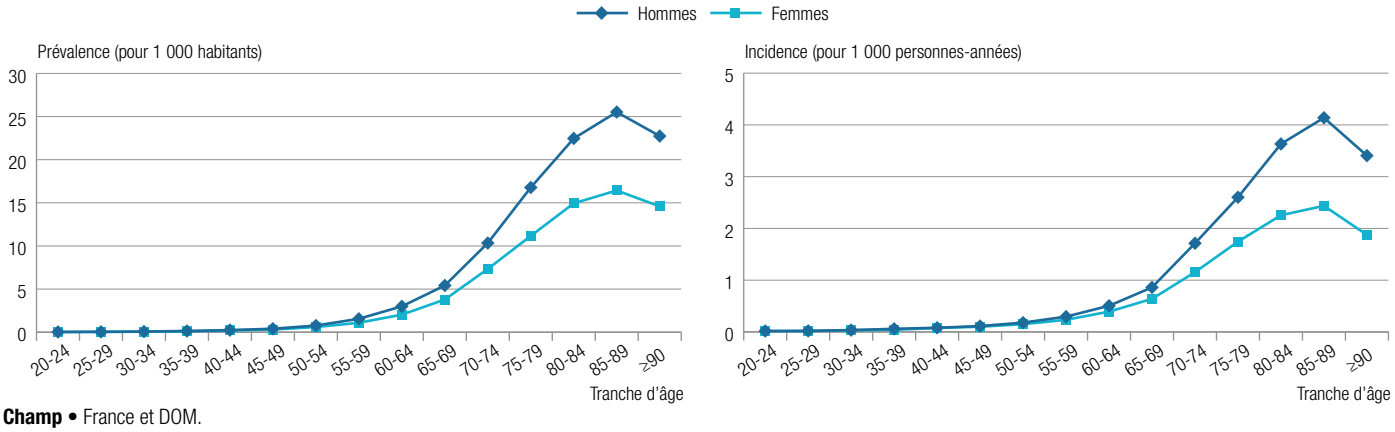
▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche** : InVS

↻ Synthèse

En France, à la fin de 2010, environ 150 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson, soit une prévalence de 2,30/1 000 habitants. Le nombre de patients ayant débuté un traitement pour maladie de Parkinson au cours de 2010 est d'environ 25 000, soit une incidence de 0,39/1 000 personnes-années. Les hommes sont touchés par la maladie environ 1,5 fois plus souvent que les femmes. Ces deux indicateurs augmentent progressivement avec l'âge jusqu'à 80 ans, mais il est probable que les patients âgés de plus de 80 ans soient sous-identifiés. Rare avant 65 ans, la maladie touche près de 20 % des patients avant cet âge.

Graphique 1

Prévalence et incidence de la maladie de Parkinson en France en 2010 par sexe et classe d'âge : estimations à partir des données de remboursement de médicaments de l'Assurance maladie



Champ • France et DOM.
Source • DCIR-CNAMTS.

INDICATEURS • **Incidence et prévalence de la maladie de Parkinson**

▶ **Champ** : France et DOM. ▶ **Source** : Le nombre de patients traités pour maladie de Parkinson a été estimé en 2010 pour la population française par sexe et classe d'âge de 5 ans, à l'aide d'un modèle prédictif appliqué aux bases de remboursement de médicaments de l'Assurance maladie accessibles à travers le DCIR (données de consommation interrégimes).

▶ **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) :

– Prévalence : le numérateur est le nombre de patients traités en France au 31 décembre 2010 pour une maladie de Parkinson et le dénominateur est le nombre de français vivants à cette date (données INSEE).
– Incidence : le numérateur est le nombre de patients nouvellement traités en France au cours de l'année 2010 pour une maladie de Parkinson et le dénominateur est le nombre de personnes-années estimées à partir de la population française pour l'année 2010 (données INSEE). Pour les deux indicateurs, le nombre de patients traités pour maladie de Parkinson tient compte de la spécificité (86,4 %) et de la sensibilité (92,5 %) du modèle.

▶ **Limites d'interprétation et biais connus** :

– Ces estimations ne tiennent pas compte, d'une part, des patients non diagnostiqués et non traités et, d'autre part, des personnes qui ne peuvent pas être identifiées dans les bases de remboursement de médicaments ; il s'agit essentiellement des personnes institutionnalisées dans des maisons de retraite avec des pharmacies à usage interne. Ces deux limites conduisent à une sous-estimation de la prévalence et de l'incidence aux âges les plus avancés. Si on fait l'hypothèse que la prévalence et l'incidence continuent à augmenter avec l'âge après 80 ans comme avant cet âge, on estime qu'environ 14 417 patients, dont 5 794 nouveaux patients âgés de 80 ans et plus, n'ont pas été identifiés dans les bases de l'Assurance maladie, ce qui conduit à une prévalence de 2,53 pour 1 000 habitants et une incidence de 0,48 pour 1 000 personnes-années.
– Le DCIR couvre actuellement environ 97 % de la population française, ce qui conduit à ne pas identifier un petit nombre de cas et à une sous-estimation négligeable des indicateurs.
– Le modèle prédictif que nous avons utilisé ne tient pas compte de l'âge ni du sexe des consommateurs de médicaments antiparkinsoniens et fait l'hypothèse que les performances du modèle sont similaires en fonction de ces deux caractéristiques.

▶ **Références** :

– Moisan F., Elbaz A., 2011, « Maladie de Parkinson parmi les affiliés à la Mutualité sociale agricole dans cinq départements : modèles prédictifs à partir des bases de remboursement de médicaments », rapport de l'Institut de veille sanitaire.
– Moisan F., Gourlet V., Mazurie J.-L., Dupupet J.-L., Houssinot J., Goldberg M., Imbernon E., Tzourio C., Elbaz A., 2011, « Prediction Model of Parkinson's Disease Based on Antiparkinsonian Drug Claims », *American Journal of Epidemiology*, 174 (3), p. 354-363.

▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : InVS.

Limitations fonctionnelles

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité

Contexte

Les limitations fonctionnelles[1] ont un retentissement incontestable sur la qualité de vie des personnes atteintes de déficiences, que celles-ci soient liées au vieillissement, à des maladies chroniques ou à des lésions d'origine périnatale ou traumatique. Les limitations fonctionnelles sont l'ensemble des difficultés fonctionnelles à se déplacer, monter un escalier, voir, entendre… Certaines peuvent être compensées, plus ou moins complètement, par des aides techniques qui visent à en réduire le retentissement sur la vie quotidienne. Les restrictions d'activité représentent les difficultés effectivement rencontrées, compte tenu des aides disponibles et des aménagements de l'environnement, pour la réalisation des activités, notamment des activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, se déplacer à l'extérieur…).

L'enquête Handicap-Santé 2008 en ménage ordinaire est la source la plus récente permettant d'estimer de manière la plus complète possible la prévalence des limitations fonctionnelles dans toutes leurs dimensions, physique, sensorielle et cognitive, et leur retentissement dans la population âgée de 18 ans ou plus vivant à domicile. L'enquête ESPS 2012 en ménage ordinaire permet une mise à jour des données sur les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles ainsi que sur les difficultés pour les soins personnels et les restrictions dans les activités de la vie quotidienne.

Indicateurs

▶ 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 sévère (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 cumulent deux voire trois formes de limitations.

À tout âge, 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 repérer et à déclarer leurs problèmes de santé.

▶ Les difficultés pour les soins personnels et les activités de la vie quotidienne (graphique 2 et encadré définitions)

Les limitations fonctionnelles, qu'elles soient sévères ou non, peuvent entraîner des difficultés dans la réalisation d'un certain nombre d'actes de la vie quotidienne. L'enquête ESPS 2012 permet d'obtenir des données récentes sur deux types d'activité courantes : les soins personnels (se coucher et se lever du lit, se laver, manger…) et les tâches domestiques (faire les courses, le ménage, les tâches administratives…). 7 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour la réalisation des soins personnels et 22 % pour les activités domestiques.

Les restrictions d'activité augmentent avec l'âge. Chez les 65 ans et plus, 17 % ont des difficultés pour les soins personnels et 44 % pour les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 30 % et 65 % des personnes. Quel que soit l'âge, la fréquence des difficultés pour les soins personnels est très proche chez les hommes et les femmes. En revanche, les restrictions d'activité domestique sont un peu plus fréquentes chez les femmes après 70 ans.

Ces difficultés peuvent nécessiter l'intervention d'aide extérieure fournie par les proches ou par des professionnels. Globalement, pour 100 personnes ayant une ou plusieurs difficultés pour les soins personnels, 45 bénéficient d'une aide pour la réalisation de ces actes. Les femmes (49 %) sont plus nombreuses que les hommes (39 %) à bénéficier d'aide pour les soins personnels. Concernant les tâches domestiques, 48 % des personnes ayant des difficultés déclarent être aidées, les femmes (55 %) davantage que les hommes (47,5 %). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche** : IRDES

1. Voir également fiches « Atteintes de la vision chez l'adulte » et « Atteintes de l'audition chez l'adulte ».

▶ **Champ** : France entière (Handicap santé 2008), France métropolitaine (ESPS).
▶ **Sources** :
– Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE : France Métropolitaine et DOM. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant à leur domicile.
– Enquête santé et protection sociale 2012, IRDES : France métropolitaine. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant en ménage dont un des membres est bénéficiaire d'un des trois régimes principaux d'Assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI).
▶ **Mode de construction des indicateurs** : voir encadré pour les définitions des « limitations fonctionnelles » selon leur dimension sensorielle, physique ou cognitive et des « difficultés pour les soins personnels » et les « tâches domestiques ».
▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : 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, p. 125-142.
– Cambois E., Robine J.-M., 2003, « Vieillissement et restrictions d'activités : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », *Études et Résultats*, DREES, n° 261.
– Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport de l'IRDES, n° 556, mai.
– 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*, Paris, La Documentation Française.
– Montaut A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes », *Études et Résultats*, DREES, n° 717, février.
▶ **Organismes responsables de la production des indicateurs** : IRDES/DREES

Synthèse

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

Tableau 1

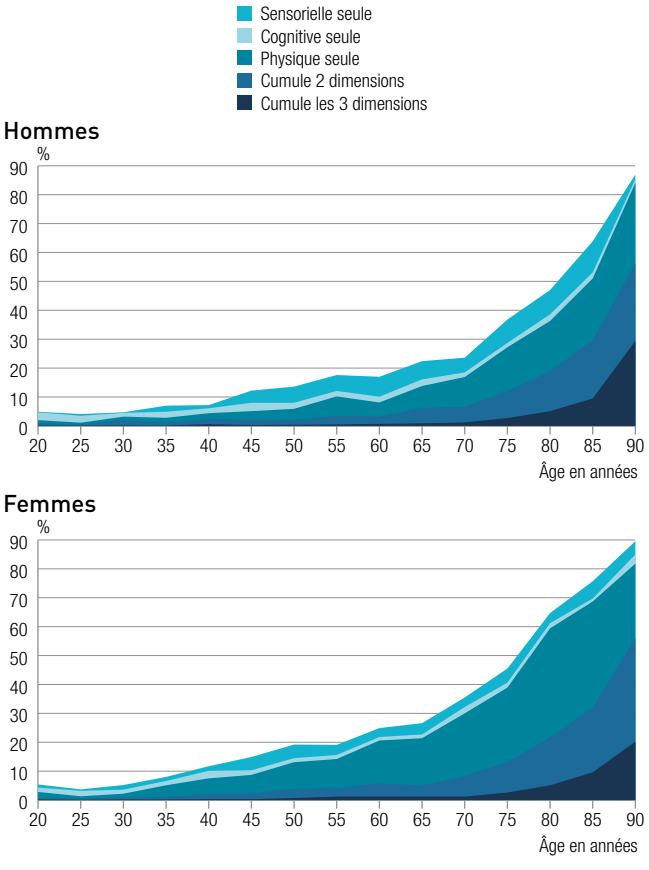
Prévalences des limitations fonctionnelles

	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 ménage ordinaire.
Source • Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménage. INSEE.

Graphique 1

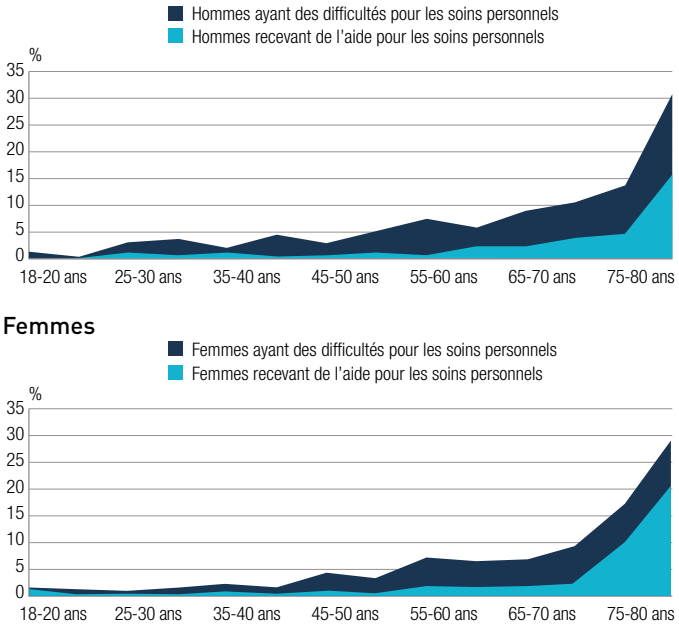
Prévalence des limitations fonctionnelles selon l'âge (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage ordinaire.
Source • Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménage. INSEE.

Graphique 2

Prévalence des difficultés pour les soins personnels et de l'aide reçue pour les soins personnels selon l'âge chez les hommes et les femmes (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage ordinaire.
Source • Enquête ESPS 2012, IRDES.

Encadré

Définitions

Les limitations fonctionnelles sévères : « avoir beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser les actions suivantes (sans aide technique, sauf mention expresse du contraire)	Fonction altérée
• 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**
• 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**
• 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**
Les difficultés pour les soins personnels : avoir « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser seul une des activités suivantes	
• Se nourrir. • Se coucher ou se lever du lit/s'asseoir ou se lever d'un siège. • S'habiller ou se déshabiller. • Se servir des toilettes. • Se laver (bain ou douche). • Préparer à manger. • Utiliser le téléphone. • Prendre des médicaments seul. • Faire des tâches ménagères légères. • Faire des tâches ménagères lourdes. • S'occuper des comptes et des démarches administratives.	

Atteintes de la vision chez l'adulte

Contexte

Les troubles de la vision[1] sont des atteintes sensorielles fréquentes : trois adultes sur quatre déclarent en avoir. Si les troubles de la vision sont souvent corrigés par le port de lunettes ou de lentilles de contact, ils peuvent, lorsqu'ils ne sont pas ou mal corrigés, limiter les personnes dans leurs activités sociales et professionnelles, voire conduire à un isolement.

Indicateurs

▶ Proportion de personnes déclarant avoir des troubles de la vision, sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

En 2008, 74 % des adultes déclarent avoir des troubles de la vision. Les femmes sont plus concernées que les hommes, puisque 79 % d'entre elles déclarent avoir des troubles, contre 67 % des hommes. La prévalence des troubles de la vision augmente avec l'âge : ils sont quasi systématiques au-delà de 60 ans. En effet, un peu moins de la moitié des 18-29 ans déclarent avoir des troubles de la vision, contre 71 % des 40-49 ans et 96 % des personnes de 50 ans ou plus (graphique 1). Parmi les personnes qui déclarent avoir des troubles de la vision, 92 % portent des lunettes ou des lentilles de contact. Cependant, le fait d'avoir une correction pour son trouble ne garantit pas que celui-ci soit totalement corrigé, la correction pouvant être inadaptée, ou le trouble pouvant ne pas être totalement corrigeable.

▶ Proportion de personnes déclarant avoir des difficultés pour la vision de près, y compris avec lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

En 2008, 93 % des adultes de 18 ans ou plus déclarent voir sans difficultés les caractères d'imprimerie d'un journal (avec lunettes ou lentilles si portées habituellement). Au contraire, 5 % déclarent avoir « quelques difficultés » pour voir les caractères d'imprimerie, 1 % déclarent avoir « beaucoup de difficultés » et 1 % déclarent ne pas du tout y parvenir. Les difficultés pour la vision de près augmentent avec l'âge. Entre 18 et 29 ans, 1,5 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour voir les caractères d'imprimerie et 0,2 % déclarent ne pas du tout y parvenir (graphique 2). Au-delà de 75 ans, 16,4 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour voir de près et 4,1 % déclarent ne pas y parvenir.

Les difficultés pour la vision de près sont également liées à des facteurs socio-économiques. En particulier, des différences s'observent en fonction du niveau de vie. À âge donné, les personnes au niveau de vie le plus bas sont plus nombreuses à déclarer avoir des troubles de la vision non corrigés ou mal corrigés. Parmi les plus de 60 ans appartenant au premier quartile de niveau de vie, 21 % déclarent des troubles de la vision non ou mal corrigés, contre 8 % parmi ceux du quatrième quartile de niveau de vie, au même âge (graphique 3).

Parmi les personnes déclarant avoir des difficultés non corrigées pour voir de près, 66 % portent des lunettes. Ainsi, dans deux tiers des cas, il s'agit de troubles de la vision mal corrigés plutôt que de troubles non corrigés.

▶ Proportion de personnes déclarant avoir des difficultés pour la vision de loin, y compris avec lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique[2]

À la question « Pouvez-vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (avec lunettes ou lentilles de contact si portées habituellement) ? », 96 % des personnes[2] répondent y parvenir « sans difficultés », 2,5 % déclarent avoir « quelques difficultés », 0,5 % déclarent avoir « beaucoup de difficultés », et 1 % déclarent « ne pas du tout y parvenir ». Les troubles non corrigés (ou mal corrigés) pour voir de loin sont ainsi moins fréquents que les difficultés pour voir de près, sauf pour les plus jeunes. Entre 45 et 59 ans, 3 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour la vision de loin et 1 % déclarent ne pas voir de loin (graphique 4). Au-delà de 75 ans, 11 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour voir de loin et 4 % déclarent ne pas y parvenir.

Comme pour la vision de près, il existe des inégalités sociales pour la vision de loin. À âge donné, les personnes au niveau de vie le plus bas déclarent plus souvent avoir des troubles résiduels pour la vision de loin (graphique 5). En particulier, parmi les 60 ans ou plus, 13 % des personnes du premier quartile de niveau de vie déclarent avoir des troubles résiduels pour la vision de loin, contre 5 % pour les personnes du même âge mais appartenant au quatrième quartile de niveau de vie. Parmi les personnes déclarant avoir des troubles résiduels pour la vision de loin, 82 % portent des lunettes.

▶ Prévalence de la cécité et autres déficiences visuelles graves

En 2008, d'après les enquêtes Handicap-Santé réalisées en ménage ordinaire et en institutions, le taux de personnes se déclarant aveugle est de 1/1 000. En incluant les troubles importants de la vision (impossibilité ou très grande difficulté à voir de près et de loin), le pourcentage de personnes ayant des déficiences visuelles graves est alors de 2 % (il est de 1,8 % pour les seules personnes vivant en ménage ordinaire). Les déficiences visuelles graves sont rares chez les plus jeunes (0,3 % des 18-29 ans), mais deviennent plus fréquentes au-delà (1,8 % des 45-59 ans puis 2,3 % des 60-75 ans) et concernent 8,2 % des 75 ans ou plus. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : DREES

1. Voir également fiche « Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité ».
2. Incluant les personnes atteintes de cécité et déficiences visuelles graves.

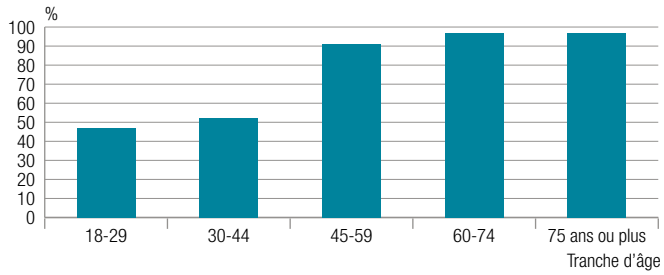
↻ Synthèse

En 2008, trois adultes sur quatre déclarent avoir un trouble de la vision soit près de huit femmes sur dix, contre un peu moins de sept hommes sur dix. 92 % ont un appareil correctif (lunettes ou lentilles de contact), ce dernier ne corrigeant pas nécessairement la totalité du trouble de la vision.

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

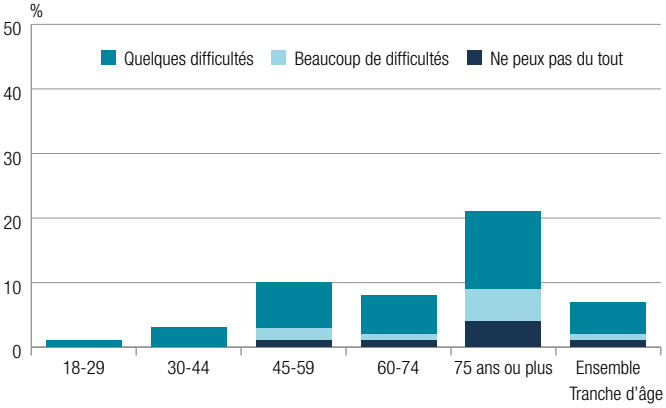
En 2008, 2 % des adultes vivant en France ont une déficience visuelle grave. Il s'agit de personnes aveugles ou de personnes ne pouvant pas voir de près ou de loin, ou ayant beaucoup de difficultés à le faire.

Graphique 1
Proportion de personnes déclarant avoir un trouble de la vision, hors lunettes ou lentilles de contact (en %)



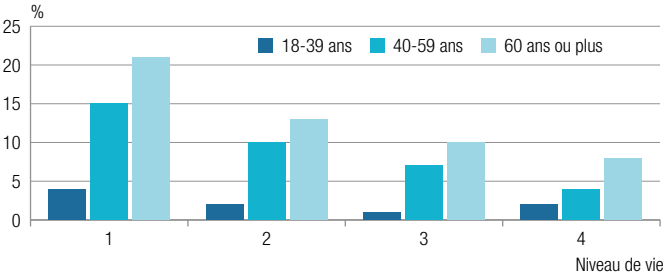
Champ • France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source • Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 2
Proportion de personnes déclarant avoir une gêne pour la vision de près, avec lunettes ou lentilles de contact (en %)



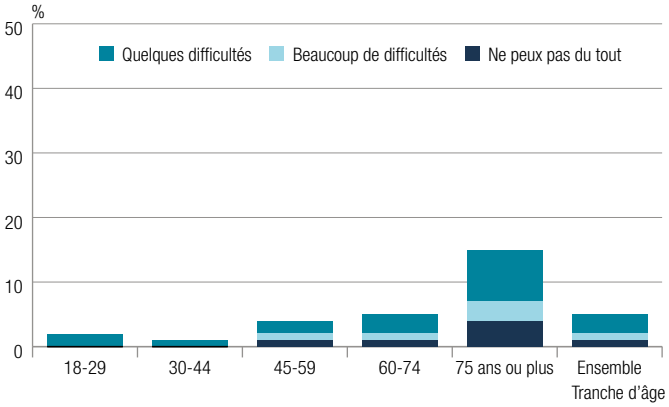
Champ • France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source • Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 3
Proportion de personnes déclarant avoir une gêne résiduelle pour la vision de près selon l'âge et le niveau de vie (en %)



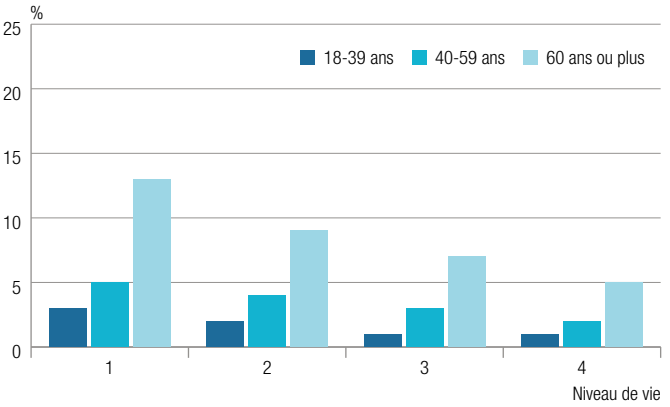
Champ • France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source • Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 4
Proportion de personnes déclarant avoir une gêne pour la vision de loin, avec lunettes ou lentilles de contact (en %)



Champ • France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source • Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 5
Proportion des personnes déclarant avoir une gêne résiduelle pour la vision de loin selon l'âge et le niveau de vie (en %)



Champ • France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source • Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

▶**Champ** : France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire. Pour l'indicateur sur les déficiences visuelles graves sont incluses en plus les personnes vivant en institution. ▶**Sources** : INSEE, enquête Handicap-Santé Ménages 2008 et enquête Handicap-Santé Institution 2009 (pour l'indicateur sur les déficiences visuelles graves).
▶**Mode de construction des indicateurs** : L'enquête Handicap-Santé Ménages permet de repérer à partir de plusieurs questions les personnes ayant des troubles de la vision. Sont considérées comme ayant des troubles de la vision les personnes qui :
– déclarent spontanément avoir un trouble de la vision ;
– ne déclarent pas de trouble de la vision mais déclarent avoir des difficultés pour voir de près ou de loin ;
– ne déclarent pas avoir de troubles mais portent des lunettes ou des lentilles de contact.
Ce premier indicateur mesure les troubles de la vision hors appareil correctif (lunettes, lentilles de contact). Cet indicateur est complété par deux autres indicateurs qui s'intéressent à la vue de près et de loin avec appareil correctif. Les gênes déclarées sont alors des gênes résiduelles. La vue de près est mesurée par la capacité à voir des caractères d'imprimerie d'un journal et la vue de loin est mesurée par la capacité à voir un visage à 4 mètres.
Le dernier indicateur concerne la « cécité et autres déficiences visuelles graves » : sont incluses les personnes se déclarant aveugles, ou déclarant ne pas pouvoir lire les caractères d'imprimerie d'un journal ou ne pas voir un visage à 4 mètres ou ayant de grandes difficultés à voir de près et à voir de loin.
▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Il s'agit de données déclaratives sans examen de santé. Les prévalences dépendent directement des indicateurs retenus, par exemple, le choix de la distance de 4 mètres pour la vision de loin. ▶**Référence** : « Troubles de la vision », *Études et Résultats*, DREES, nº 881, juin 2014.
▶**Organisme responsable de la production des indicateurs** : DREES.

Atteintes de l'audition chez l'adulte

Contexte

Les atteintes de l'audition[1] et en particulier la presbyacousie, altération des facultés d'audition liée à l'âge, reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs du sujet âgé. L'altération de l'audition est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail et lors des loisirs (musique enregistrée écoutée au casque par exemple).

Indicateurs

▶ Prévalence des difficultés d'audition avec ou sans appareillage

9,2 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés d'audition sévères pour entendre ce qui se dit dans une conversation dans un environnement calme ou bruyant (tableau 1). Ces gênes s'accroissent avec l'âge, atteignant 37,5 % des 80 ans et plus. Les hommes déclarent des difficultés d'audition plus souvent que les femmes : 10,5 % des hommes de plus de 18 ans contre 8 % des femmes.

▶ Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent des troubles de l'audition

En 2012, un peu moins d'une personne sur deux déclarant des troubles de l'audition sévères possède un appareil auditif (48,3 %). Ce taux est de 54,7 % chez les 65-79 ans et atteint 59,9 % chez les 80 ans et plus. Toutefois, seuls 57,8 % des appareillages sont efficaces et le pourcentage d'appareillages efficaces décroît avec l'âge, de 89 % chez les moins de 30 ans à 51,4 % chez les 80 ans et plus (graphique 1). On ne peut dire si l'absence de correction efficace est due à un besoin insatisfait ou à des troubles auditifs de niveau trop important pour qu'ils soient compensés entièrement.

Si la prévalence des difficultés d'audition est plus forte chez les hommes, ils ont de surcroît moins fréquemment recours à des aides auditives que les femmes (45,7 % chez les hommes contre 51 % chez les femmes). De même, l'efficacité de ces aides semble plus importante chez les femmes : 47,7 % chez les hommes et 52,3 % chez les femmes (graphique 2). Ainsi, les femmes ont non seulement moins de troubles auditifs que les hommes mais, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gênes résiduelles (gênes mal corrigées ou non corrigées). ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : IRDES

1. Voir également fiche « Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité ».

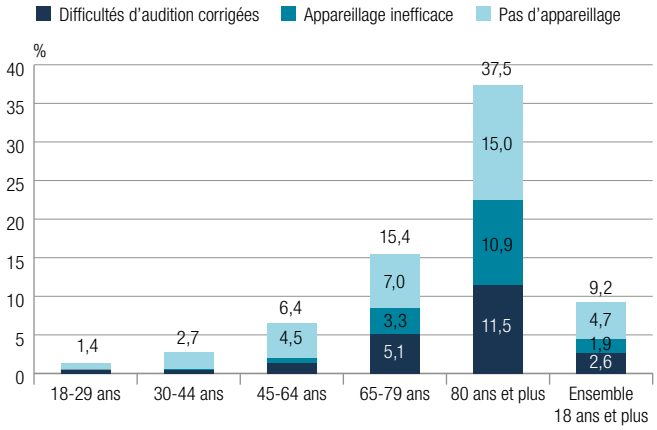
Tableau 1
Difficultés d'audition chez les personnes de 18 ans et plus (en %)

Âge	Prévalence des difficultés d'audition	% de difficultés d'audition appareillées	% d'appareillages efficaces	Prévalence des difficultés d'audition résiduelles après appareillage
18-29 ans	1,4	31,4	89,0	1,0
30-44 ans	2,7	23,5	69,0	2,3
45-64 ans	6,4	30,7	66,8	5,1
65-79 ans	15,4	54,7	60,8	10,2
80 ans et plus	37,5	59,9	51,4	26,0
Ensemble 18 ans et plus	9,2	48,3	57,8	6,6

Lecture • 37,5 % des personnes âgées de 80 ans et plus ont des difficultés d'audition, parmi celles-ci 59,9 % disposent d'un appareil auditif qui est efficace dans 51,4 % des cas. Au total, 26 % des personnes de 80 ans et plus présentent encore des difficultés d'audition après appareillage le cas échéant.
Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage.
Source • Enquête ESPS 2012, IRDES.

Graphique 1

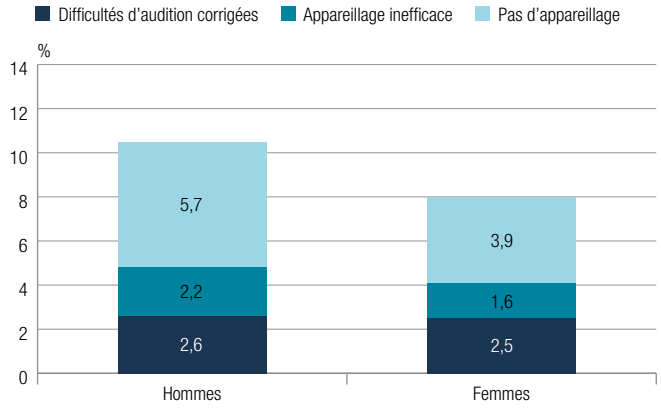
Prévalence des difficultés d'audition selon l'âge (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage.
Source • Enquête ESPS 2012, IRDES.

Graphique 2

Prévalence des difficultés d'audition selon le sexe (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage.
Source • Enquête ESPS 2012, IRDES.

▶ **Champ** : France métropolitaine. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant en ménage dont un des membres est bénéficiaire d'un des trois régimes principaux d'Assurance Maladie (CNAMTS, MSA et RSI) et ayant renvoyé l'autoquestionnaire sur la santé. ▶ **Source** : Enquête santé et protection sociale 2012, IRDES.

▶ **Mode de construction des indicateurs** : L'Enquête santé et protection sociale de 2012 permet de repérer dans la population de 18 ans et plus vivant à domicile les personnes qui expriment des difficultés à entendre par 3 questions : le port d'un appareil auditif, les difficultés à entendre dans un environnement silencieux, les difficultés à entendre dans un environnement bruyant. Les difficultés sont évaluées avec appareil auditif, pour les personnes qui en possèdent un. La combinaison des réponses à ces questions permet d'identifier les personnes selon l'existence ou non d'un trouble de l'audition, l'existence d'un appareillage de ce trouble et les gênes résiduelles après appareillage.

– Indicateur « difficultés d'audition » : toutes les personnes ayant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas entendre du tout avant correction par appareillage.
– Indicateur « difficultés d'audition appareillées » : parmi les personnes ayant des problèmes d'audition, celles qui sont appareillées ou non.
– Indicateur « appareillage efficace » : parmi les personnes ayant des problèmes d'audition celles qui sont corrigées ou non. Sont considérées comme corrigées les personnes qui déclarent ne pas avoir de difficulté ou seulement quelques difficultés avec leur appareil auditif.
– Difficultés d'audition résiduelle après appareillage : prévalence des personnes non appareillées ou appareillées, ayant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas entendre du tout après appareillage si elles en possèdent un.

▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : S'agissant d'une enquête déclarative, les troubles de l'audition déclarés sont ceux ressentis par les individus. Certains de ces troubles ne seraient pas objectivés par un audiogramme.

▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : IRDES.

VIH - Hépatites - IST

Infections VIH-sida

Contexte

Environ 150 000 (entre 135 000 et 165 000) personnes vivaient avec le VIH en France en 2010, dont près de 120 000 étaient prises en charge par le régime général de l'Assurance maladie pour leur infection.

Différents indicateurs permettent de décrire la situation actuelle en France à partir des données de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH, mise en place en mars 2003, et de données sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ces indicateurs montrent de fortes disparités d'exposition parmi les sous-populations d'individus. Parallèlement au nombre de personnes découvrant chaque année leur séropositivité VIH (nombre dépendant des comportements de dépistage), il est désormais possible d'estimer le nombre de personnes qui se sont contaminées une année donnée, qu'elles aient été diagnostiquées ou non. Cet indicateur d'incidence apporte une meilleure appréciation de la transmission actuelle du VIH et contribue à mieux cibler les efforts de prévention.

Indicateurs

▶ Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez l'adulte

Environ 6 400 personnes[1] ont découvert leur séropositivité VIH en 2012.

La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité continue d'augmenter en 2012, atteignant 69 % alors qu'elle était de 57 % en 2003.

Les personnes de 25 à 49 ans représentent 70 % des découvertes de séropositivité en 2012, 18 % sont âgées de 50 ans et plus et 12 % ont moins de 25 ans. Entre 2003 et 2012, la proportion de jeunes de moins de 25 ans n'a pas évolué de façon significative, alors que celle des 25-49 ans a diminué (de 77 % à 70 %) et celle de 50 ans et plus a augmenté (de 13 % à 18 %).

Plus de la moitié (54 %) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012 sont nées en France et 31 % en Afrique subsaharienne. La proportion de personnes nées en France a régulièrement augmenté entre 2003 et 2012 (de 41 % à 54 %). À l'inverse la part des personnes nées en Afrique subsaharienne a diminué depuis 2003 (de 44 % à 31 %).

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012, 56 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels (38 % d'hétérosexuels nés à l'étranger et 18 % nés en France), 42 % par rapports sexuels entre hommes et 1 % par usage de drogues injectables (graphique 1). Au cours des dix dernières années, la diminution du nombre de découvertes chez des hétérosexuels contraste avec l'augmentation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le nombre d'usagers de drogues reste stable depuis 2008.

Rapporté à la population française, le nombre de découvertes de séropositivité en 2012 est de 97 cas par million d'habitants. Les taux de découvertes sont supérieurs à la moyenne nationale en Guyane (835), Guadeloupe (510), Île-de-France (227), Martinique (169) et Provence - Alpes - Côte d'Azur (110).

Parmi les pays de l'Union européenne, le taux de découvertes de séropositivité en France est proche de celui observé au Royaume-Uni (103), pays comparable en termes de caractéristiques de l'épidémie. Les taux les plus élevés sont observés en Estonie (235) et Lettonie (166), les plus faibles en Slovaquie (9) et Croatie (17).

▶ Taux d'incidence du VIH

L'incidence du VIH a été estimée à 18 nouvelles contaminations pour 100 000 personnes en 2009-2010. Elle est plus élevée en Guyane : (147 contaminations pour 100 000 personnes), en Guadeloupe (56) et en Île-de-France (39).

Les HSH représentent la population la plus touchée, avec un taux d'incidence estimé à environ 1 000 contaminations par an pour 100 000 HSH (1 %). Ce taux d'incidence est 200 fois supérieur à celui estimé dans la population hétérosexuelle française, 18 fois supérieur à celui des usagers de drogues injectables, et 9 fois supérieur à celui des personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère. Parmi ce dernier groupe, les femmes et les hommes de nationalités d'un pays d'Afrique subsaharienne présentent des taux d'incidence respectivement 79 et 29 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle française.

▶ Proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2012, 27 % sont tardives (< 200 CD4/mm^3 ou stade sida[2]) et 39 % précoces (> = 500 CD4 ou primo-infection), proportions stables depuis plusieurs années. Les diagnostics tardifs concernent principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger (graphique 2). Les diagnostics précoces sont plus fréquents chez les moins de 25 ans et les HSH. Les diagnostics précoces ont augmenté en 2012 par rapport à 2011 uniquement chez les HSH.

▶ Nombre de personnes prises en charge pour leur infection VIH

En 2011, 120 800 personnes étaient prises en charge par le régime général de l'Assurance maladie pour leur infection VIH (bénéficiaires de l'ALD ou hospitalisées au moins une fois sur les 5 dernières années ou recevant des médicaments spécifiques), dont deux tiers d'hommes (79 400) et un tiers de femmes (41 400). Les taux standardisés de personnes prises en charge sont les plus élevés en Guyane (13,0 pour 1 000), en Guadeloupe (4,8) et en Île-de-France (1,7). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche** : InVS, département des Maladies infectieuses

1. Intervalle de confiance à 95 % : 5 974-6 770.
2. Le VIH s'attaque directement au système immunitaire (en pénétrant dans les lymphocytes CD4), c'est-à-dire au système de défense de l'organisme, d'où une susceptibilité accrue à un certain nombre d'infections opportunistes, qui définissent le stade sida.

Synthèse

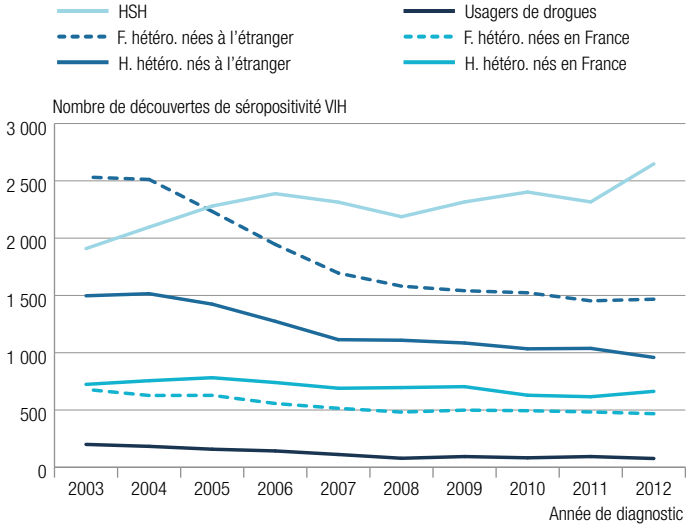
Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2012, dont 42 % d'HSH, 38 % d'hétérosexuels nés à l'étranger, 18 % d'hétérosexuels nés en France et 1 % d'usagers de drogues. Le nombre de découvertes chez les HSH a augmenté depuis 2008, alors qu'il diminue chez les hétérosexuels nés à l'étranger et qu'il est stable chez les usagers de drogues.

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2012, 27 % sont tardives et 39 % précoces. Les diagnostics tardifs concernent principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels. Les diagnostics précoces sont plus fréquents chez les HSH.

Les disparités régionales observées depuis 2003 persistent en 2012 : le nombre de découvertes de séropositivité ou de patients pris en charge pour leur infection rapporté à la population est plus élevé dans les départements français d'Amérique et en Île-de-France.

Graphique 1

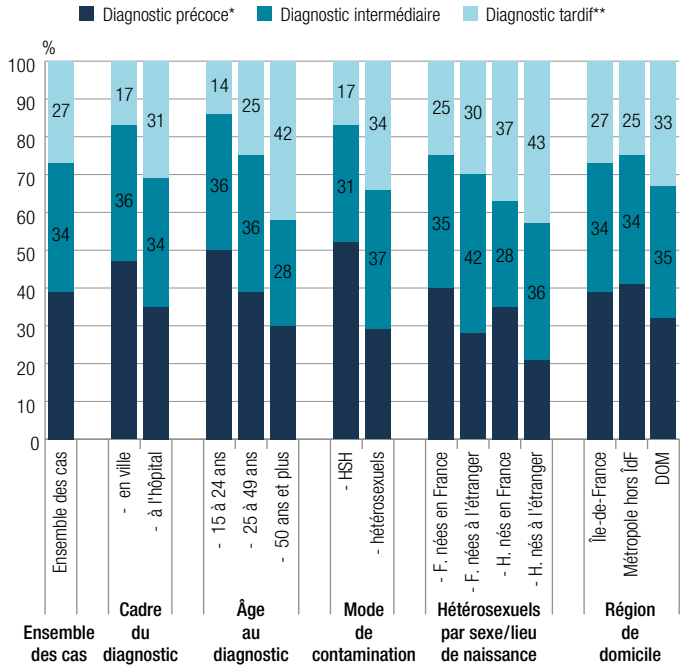
Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, pays de naissance et année de diagnostic, 2003-2012



Champ • France, données au 31/12/2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.
Source • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS.

Graphique 2

Caractère précoce ou tardif des découvertes de séropositivité VIH en 2012 (en %)



* Diagnostic précoce : primo-infection ou CD4 ≥ 500/mm^3 en l'absence de pathologie sida.
** Diagnostic tardif : stade sida ou CD4 < 200/mm^3 en dehors d'une primo-infection.
Champ • France, données au 31/12/2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.
Source • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS.

INDICATEUR • **Découvertes de séropositivité / taux d'incidence**

▶**Champ** : France entière (métropole et DOM). ▶**Source** : Déclaration obligatoire (DO) du VIH, InVS. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : À partir du nombre de cas déclarés, l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité prend en compte les délais de déclaration et l'exhaustivité de la DO du VIH. De plus, les données sont corrigées pour les valeurs manquantes. La correction pour les délais de déclaration est basée sur la distribution des délais des années antérieures et repose sur l'hypothèse de leur stabilité au cours du temps. L'exhaustivité (72 % en 2012) est calculée en comparant le nombre de notifications reçues, doublons compris, avec le nombre de sérologies positives. La méthode d'estimation de l'incidence repose sur un modèle mathématique élaboré par les centres de contrôle et de prévention des maladies aux États-Unis (CDC), qui a été adapté au contexte français par l'InVS avec la collaboration scientifique et financière de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Ce modèle utilise les résultats du test d'infection récente, combinés aux caractéristiques des patients recueillies par les cliniciens à l'occasion de la découverte de séropositivité, notamment leurs antécédents de dépistage. Il permet d'estimer le nombre de nouvelles contaminations par an au niveau de la population générale et pour différents groupes de population. Les taux d'incidence sont obtenus en rapportant les nombres de contaminations annuels aux effectifs des groupes de population étudiés. Les standardisations sont réalisées sur l'estimation de la population par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). ▶**Limites d'interprétation** : Le nombre de découvertes de séropositivité VIH dépend d'une part du nombre de nouvelles contaminations, mais également du recours au dépistage (ainsi que des flux migratoires pour les personnes nées à l'étranger). C'est pourquoi, il est parfois difficile d'interpréter une tendance dans un sous-groupe exposé, qui peut être liée à une modification de l'incidence ou à une modification de la réalisation de tests de dépistage du VIH, d'où l'intérêt des calculs de modélisation pour estimer le nombre de nouvelles contaminations. ▶**Biais connus** : Si l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité est robuste au niveau national, les estimations produites au niveau régional peuvent parfois être entachées d'une plus grande incertitude, notamment lorsque les délais de déclaration varient beaucoup au cours du temps.

▶**Références** :

– Cazein F., Lot F., Pillonel J. *et al.*, 2014, « Découvertes de séropositivité VIH et de sida – France, 2003-2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9-10, p. 154-162.
– Le Vu S., Le Strat Y., Barin F. *et al.*, 2010, « Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 45-6, p. 473-476.

▶**Organisme responsable de la production des indicateurs** : InVS.

INDICATEUR • **Prises en charge**

▶**Champ** : France entière. Régime général et sections locales mutualistes. ▶**Source** : Cartographie des patients et des dépenses (www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2014/data/catalogue.pdf). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Algorithme de définition de la pathologie : bénéficiaires (du régime général et des sections locales mutualistes) en ALD au 31/12 de l'année n, avec codes CIM-10 de maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine, ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des 5 dernières années (DP ou DR), ou hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec un VIH/sida comme complication ou morbidité associée (DA), ou personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques au traitement du VIH/sida dans l'année n. ▶**Limites d'interprétation** : Le nombre de patients pris en charge peut être sous-estimé, dans la mesure où certains patients peuvent ne pas demander à bénéficier d'une ALD au titre de leur infection VIH et ne pas avoir été hospitalisés dans les 5 dernières années. Par ailleurs, une prise en charge ne préjuge pas d'un suivi médical optimal. ▶**Référence** : Cazein F., Lot F., Pillonel J. *et al.*, 2014, « Découvertes de séropositivité VIH et de sida – France, 2003-2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9-10, p. 154-162.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CNAMTS.

Hépatites B et C

Contexte

Les infections par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) atteignent le foie et sont un enjeu important de santé publique du fait de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie). La France est un pays de faible endémicité pour les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC), avec une prévalence de l'infection chronique estimée à 0,65 % pour le VHB et 0,53 % pour le VHC en population générale métropolitaine adulte en 2004 (Meffre *et al.*, 2007). Avec respectivement 55 % et 43 % des personnes infectées chroniques par le VHB et le VHC ignorant leur statut (Meffre *et al.*, 2007), le renforcement du dépistage des hépatites B et C a constitué une priorité des différents plans nationaux de lutte contre les hépatites B et C mis en place depuis 1999. Dans ce contexte, l'Institut de veille sanitaire a mis en place, dès 2000, une surveillance de l'activité de dépistage des hépatites B et C *via* différents systèmes, dont l'enquête LaboHEP, enquête nationale triennale auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale (Brouard *et al.*, 2013). Cette enquête a permis d'estimer le nombre de tests anticorps anti-VHC et AgHBs réalisés dans les laboratoires français à 3,4 millions chacun. Son renouvellement tous les 3 ans permettra de suivre l'évolution de l'activité de dépistage et du taux de positivité.

Indicateur

▶ Taux de tests anti-VHC et AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants

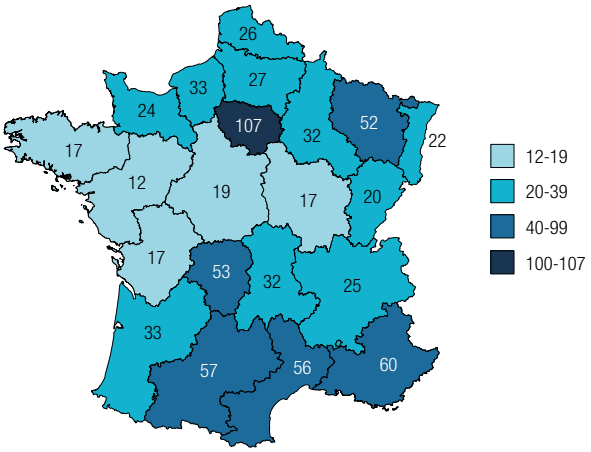
En 2010, le taux de tests confirmés positifs est estimé à 46 pour 100 000 habitants pour les anticorps anti-VHC et à 34 pour 100 000 habitants pour l'antigène HBs (AgHBs). Il varie selon les régions. L'Île-de-France se démarque par un taux nettement supérieur aux autres régions, tant pour les anticorps anti-VHC (107/100 000 habitants) que pour l'AgHBs (99/100 000 habitants) (cartes 1 et 2). La région PACA est la région pour laquelle ces taux sont les plus élevés après l'Île-de-France (respectivement 60/100 000 et 38/100 000 habitants pour les anticorps anti-VHC et l'AgHBs). À l'inverse, les régions Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Centre et Bourgogne présentent les taux les plus faibles (inférieurs à 20/100 000 habitants) à la fois pour les anticorps anti-VHC et l'AgHBs. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, département des Maladies infectieuses

↻ Synthèse

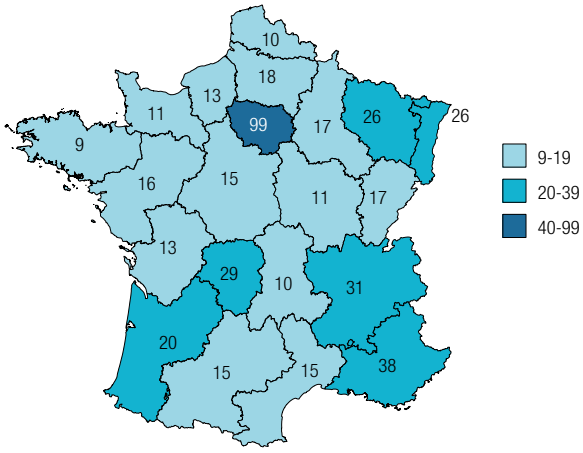
Le taux de tests confirmés positifs pour les anticorps anti-VHC et l'AgHBs varie selon les régions. Ces disparités sont à mettre en lien avec les différences interrégionales mises en évidence par l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C de 2004 (Meffre *et al.*, 2007) et des niveaux d'activité de dépistage variables selon les régions. L'évolution de cet indicateur pourra être suivie grâce au renouvellement triennal de l'enquête LaboHEP.

Carte 1
Taux de tests anticorps anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants, 2010



Champ • France métropolitaine.
Source • Enquête LaboHep, InVS.

Carte 2
Taux de tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants, 2010



Champ • France métropolitaine.
Source • Enquête LaboHep, InVS.

INDICATEUR • **Taux de tests anti-VHC et AgHBs confirmés positifs**

▶ **Champ** : France entière (métropole et DOM). ▶ **Source** : Enquête LaboHEP, enquête nationale auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, InVS. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Le taux de tests anticorps anti-VHC/AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants correspond au nombre de prélèvements confirmés positifs pour les anticorps anti-VHC/AgHBs pour la première fois dans le laboratoire rapporté à la population (estimations INSEE). ▶ **Limites d'interprétation** : L'interprétation des taux régionaux doit prendre en compte à la fois les différences interrégionales de prévalence et l'activité de dépistage. Les résultats concernant les DOM sont à interpréter avec précaution du fait de la faible participation des laboratoires des DOM. ▶ **Biais connus** : Ces résultats reposent sur une enquête transversale par échantillonnage des laboratoires.

▶ **Références** :

– Brouard C., Léon L., Pioche C., Bousquet V., Semaille C., Larsen C., 2013, « Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 19, p. 205-209.
– Meffre C., Delarocque-Astagneau E., Le Strat Y., Dubois F., Steinmetz J., Lemasson J.M. *et al.*, 2007, *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Infections sexuellement transmissibles

Contexte

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence, des risques de séquelles (infertilité par exemple) et de transmission accrue du VIH. L'épidémiologie des IST a beaucoup évolué en France durant ces deux dernières décennies avec la recrudescence des gonococcies et des infections à *Chlamydia*, la résurgence de la syphilis précoce et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale. La surveillance épidémiologique des IST repose sur plusieurs réseaux volontaires de cliniciens (RésIST pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie) et de laboratoires (Rénago pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques ; Rénachla pour la surveillance des infections à *Chlamydia*). Ces réseaux, mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS), permettent de produire des indicateurs montrant l'évolution de ces IST. La représentativité nationale de ces réseaux n'est pas connue. Si le réseau RésIST inclut depuis quelques années des données, encore limitées, des départements d'outre-mer, les réseaux de laboratoires restent jusqu'à présent cantonnés à la métropole. D'autres sources de données sont exploitées, notamment la vente de benzathine benzylpénicilline, traitement de référence de la syphilis.

Indicateurs

▶ Nombre moyen d'infections à *Chlamydia* diagnostiquées par laboratoire au sein du réseau Rénachla

Le nombre moyen d'infections urogénitales à *Chlamydia* diagnostiquées par laboratoire augmente chaque année depuis le début de la décennie 2000, y compris dans les laboratoires à participation constante les trois dernières années de surveillance (graphique 1). Cette augmentation est constatée chez l'homme comme chez la femme : en 2012, ce nombre moyen était de 78,4 chez l'homme et 168,7 chez la femme, contre respectivement 58,7 et 137,9 en 2011. L'augmentation du nombre d'infections concerne l'ensemble des interrégions géographiques. Cette augmentation est plus marquée chez les sujets asymptomatiques que chez les sujets symptomatiques pour les deux sexes en raison de l'augmentation des pratiques de dépistage.

Le taux de positivité (nombre de cas positifs/nombre de tests effectués) a augmenté depuis plus de 10 ans, passant d'environ 3 % en 2000 à 7 % en 2012 chez les hommes et les femmes, en raison d'un dépistage plus ciblé des personnes à risque, en particulier les jeunes dans les consultations de dépistage anonymes et gratuites.

▶ Nombre de cas annuels de gonococcies diagnostiqués

Le nombre d'infections à gonocoque augmente chaque année depuis le début de la décennie 2000, y compris dans les sites à participation constante les trois dernières années. Cette augmentation est retrouvée à la fois par le réseau Rénago (l'indicateur de surveillance est le nombre moyen annuel de gonococcies isolées par laboratoire, graphique 2) et par le réseau RésIST (graphique 3).

Cette augmentation est observée chez l'homme et la femme, en Île-de-France et dans les autres régions métropolitaines. Cette augmentation concerne surtout les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), qui représentent plus de la moitié des cas rapportés par le réseau RésIST, et les femmes. On observe une augmentation des infections gonococciques symptomatiques et asymptomatiques.

L'augmentation des gonococcies rapportées par les deux réseaux s'explique par plusieurs phénomènes intriqués : un accroissement réel des infections, une augmentation progressive du nombre de sites participants aux réseaux, la montée en charge progressive des diagnostics par PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné *Chlamydia*-gonocoque, ce qui augmente le nombre de diagnostics positifs par la détection des portages asymptomatiques notamment chez la femme. Le mouvement croissant de regroupement des laboratoires complexifie l'interprétation de l'augmentation des gonococcies au sein du réseau Rénago.

▶ Nombre de cas annuels de syphilis récente

Entre 2000 et 2012, 6 319 cas de syphilis récente (datant de moins d'un an) ont été rapportés par le réseau RésIST, dont 857 cas en 2012 et 782 en 2011. Au cours des quatre dernières années de surveillance (2009-2012), le nombre de cas a augmenté chez les hommes, y compris lorsqu'on considère l'évolution dans les seuls sites à participation constante, mais est resté stable chez les femmes (elles ne représentent que 4 % des cas rapportés en 2012) (graphique 4). L'augmentation du nombre de cas est constatée à la fois en Île-de-France et dans les autres régions métropolitaines. Cette augmentation n'est observée que chez les HSH, qui représentent plus de 80 % des cas rapportés.

La proportion de co-infections de syphilis récentes et d'infection à VIH est assez stable depuis 2003 : elles concernaient 34 % des cas rapportés en 2012, essentiellement des HSH.

▶ Nombre de boîtes d'Extencilline® (2,4 MUI) vendues

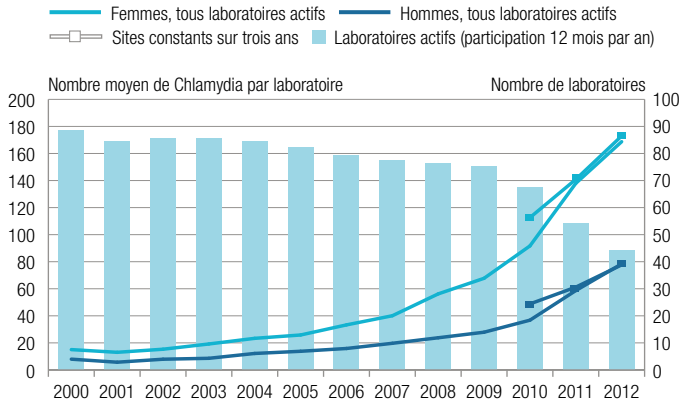
Les courbes de vente de benzathine benzylpénicilline (Extencilline®), indicateur indirect, montrent une légère augmentation ces quatre dernières années de surveillance en Île-de-France et une relative stabilité dans les autres régions métropolitaines (graphique 5). ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche** : InVS, département des Maladies infectieuses

↻ Synthèse

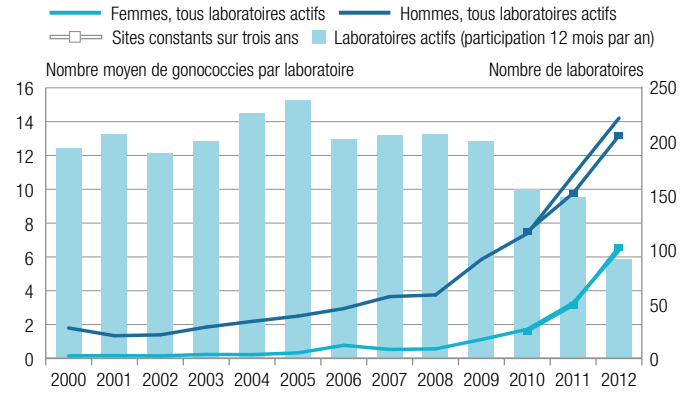
Les indicateurs retenus pour les IST permettent de dégager des tendances dans le temps. Ces données indiquent une augmentation des gonococcies et des infections à *Chlamydia* chez les hommes et les femmes, et une augmentation des syphilis récentes chez les homosexuels masculins. Si une réelle recrudescence des infections existe, d'autres phénomènes intriqués doivent être pris en compte : une partie de l'augmentation des gonococcies et des infections à *Chlamydia* est liée respectivement à la montée en charge des diagnostics par PCR et à l'augmentation des pratiques de dépistage.

Graphique 1
Évolution du nombre moyen d'infections urogénitales à *Chlamydia* diagnostiquées par laboratoire actif selon le sexe et du nombre de laboratoires actifs participants, réseau Rénachla, 2000-2012



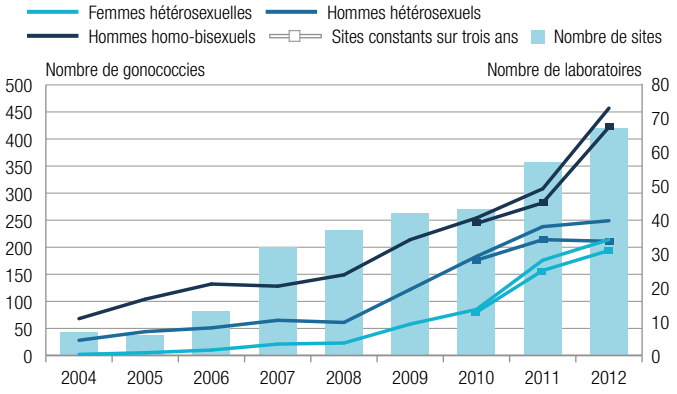
Champ • France.
Source • Données du réseau Rénachla, InVS.

Graphique 2
Évolution du nombre moyen de gonococcies diagnostiquées par laboratoire actif selon le sexe et du nombre de laboratoires actifs participants, réseau Rénago, 2000-2012



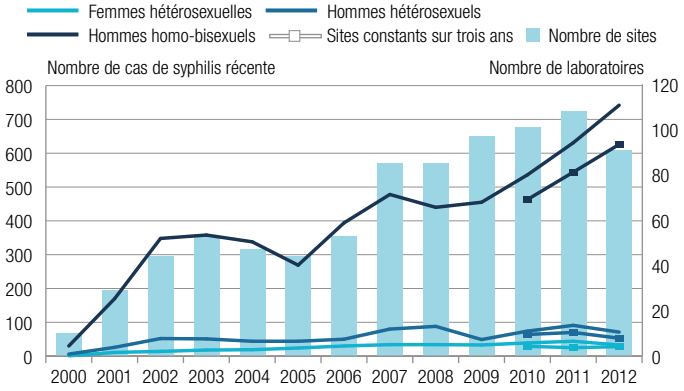
Champ • France.
Source • Données du réseau Rénago, InVS.

Graphique 3
Évolution du nombre de gonococcies diagnostiquées selon le sexe et l'orientation sexuelle et du nombre de sites participants, réseau RésIST, 2004-2012



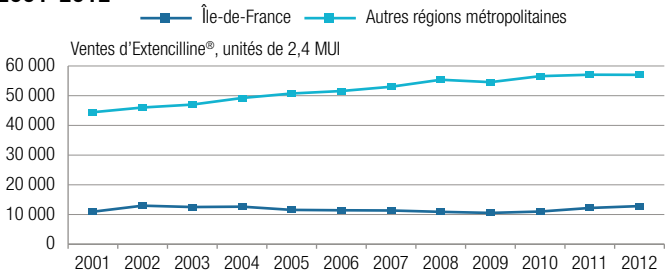
Champ • France.
Source • Données du réseau RésIST, InVS.

Graphique 4
Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon le sexe et l'orientation sexuelle et du nombre de sites participants, réseau RésIST, 2000-2012



Champ • France.
Source • Données du réseau RésIST, InVS.

Graphique 5
Évolution des ventes d'Extencilline® 2,4 MUI selon la région, 2001-2012



Champ • France métropolitaine.
Source • Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS).

INDICATEUR • **Nombre moyen d'infections à *Chlamydia*, de gonococcies et de cas de syphilis récente diagnostiqués par les réseaux de surveillance**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **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). Le réseau de surveillance clinique des IST, syphilis et gonococcies (RésIST, 2000) reposant sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), des consultations hospitalières et des cabinets libéraux. ▶ **Mode de construction des indicateurs** : 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*. RésIST : le réseau de surveillance clinique des IST permet de suivre l'évolution du nombre de cas.

▶ **Limites d'interprétation et biais connus** :
– défaut de couverture de RésIST et absence de dénominateur pour construire un indicateur fiable de suivi des tendances ;
– 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.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques

Contexte

L'usage de drogues constitue un facteur de risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC), en raison du partage du matériel d'injection. La politique de réduction des risques mise en place en France au milieu des années 1980 a montré son efficacité sur la transmission du VIH. La moitié des usagers de drogues étaient contaminés par le VIH au milieu des années 1980, alors qu'ils sont 1 sur 10 en 2011. L'impact de cette politique est toutefois plus nuancé sur la transmission du VHC (Jauffret Roustide *et al.*, 2009) car la prévalence du VHC reste à un niveau très élevé, près de la moitié des usagers étant contaminés actuellement. Plusieurs enquêtes sont utilisées dans cette fiche : les éditions 2004 et 2011 de l'enquête Coquelicot réalisée par l'InVS et l'Inserm, les enquêtes RECAP et ENa-Caarud 2012 réalisées par l'OFDT. L'enquête Coquelicot s'appuie sur des données de séroprévalence alors que les enquêtes ENa-Caarud et Recap récoltent des données déclaratives, ce qui rend complexe la comparaison entre ces différentes enquêtes.

Indicateurs

▶ Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues ayant recours aux différentes structures de prise en charge

D'après l'enquête Coquelicot 2011 (tableau 1), la prévalence biologique du VHC est de 43,7 % chez l'ensemble des usagers de drogues ayant accepté le prélèvement biologique. Bordeaux et Lille sont les villes où la prévalence est la plus faible (24,3 % et 27,7 %) et Marseille (55,8 %) et la Seine-Saint-Denis (51,7 %), les espaces les plus touchés. Ces différences sont en partie liées à la structure par âge et au mode de consommation (injection ou non) propre à chaque ville ou département. Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes. En revanche, la prévalence du VHC augmente sensiblement avec l'âge : 8,7 % des moins de 30 ans ont été testés positifs contre 61,1 % chez les plus de 40 ans. Les personnes qui ont injecté au moins une fois dans la vie ont une prévalence du VHC de 63,8 %, contre 4,9 % chez ceux qui n'ont jamais injecté.

D'après l'enquête Coquelicot 2004, la prévalence globale du VHC était de 59,8 %. Les différences régionales n'étaient alors pas significatives. Comme en 2011, la prévalence du VHC variait avec l'âge et selon le mode de consommation (utilisation de la voie intraveineuse).

D'après l'enquête ENa-Caarud 2012 (tableau 2), la prévalence déclarative du VHC est de 24,3 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les Caarud (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues). La prévalence la plus faible concerne la région Nord-Ouest (regroupant le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie, la Haute-Normandie et la Basse-Normandie) et les DOM (Guadeloupe, Guyane et La Réunion) (16,2 % et 10,4 %), tandis que la région PACA est la plus touchée car un tiers des usagers sont séropositifs pour le VHC. Ces différences sont liées en partie au mode de consommation propre à chaque région, à l'âge et au genre. Chez les hommes, la prévalence du VHC est supérieure de 5 points à celle des femmes. Les usagers déclarant être injecteurs ont une prévalence 10 fois supérieure à ceux qui déclarent ne pas injecter (33,3 % contre 3,3 %).

D'après l'enquête RECAP 2012 (tableau 3), la prévalence déclarative du VHC est de 23 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire). On constate que chez les hommes, la prévalence du VHC est supérieure de 2 points à celle des femmes. La prévalence du VHC augmente sensiblement avec l'âge. Le type de logement des personnes interrogées a une influence sur le taux de prévalence. Ainsi les usagers vivant dans un logement durable sont 21,2 % à se déclarer séropositifs pour le VHC, ceux vivant dans un logement provisoire, 26,9 % et enfin les usagers sans domicile sont les plus touchés, avec une prévalence déclarée s'élevant à 35,1 %.

▶ Prévalence du VIH parmi les usagers de drogues ayant recours aux différentes structures de prise en charge

D'après l'enquête Coquelicot 2011 (tableau 4), la prévalence biologique du VIH chez les usagers de drogues est de 9,8 % globalement. La prévalence du VIH ne varie pas selon le genre, mais elle varie selon l'âge : elle est plus élevée chez les plus de 40 ans (15,8 %) alors qu'elle est presque nulle chez les moins de 30 ans. Elle atteint 17 % à Marseille et en Seine-Saint-Denis et concerne moins de 5 % des usagers de drogues (UD) à Bordeaux (3,9 %), Strasbourg (3,5 %) et en Seine-et-Marne (1,6 %) ; elle est nulle à Lille. Comme pour le VHC, ces différences s'expliquent en partie par la structure par âge des villes. En effet, les UD sont plus âgés à Marseille alors qu'à Lille et Bordeaux les moins de 30 ans sont davantage représentés.

La prévalence du VIH varie en fonction du niveau de précarité auquel sont soumis les usagers. Ainsi, les personnes ayant dormi dans la rue ou dans un squat au moment de l'enquête ont une prévalence plus faible, de 4,3 %, contre 10,9 % pour les personnes disposant d'un hébergement dans un appartement ou à l'hôtel. Cette prévalence plus élevée chez les personnes bénéficiant d'un hébergement peut s'expliquer par le fait que les personnes séropositives pour le VIH sont plus âgées, ont un parcours d'usage de drogues plus long, et ont donc plus facilement accès aux logements thérapeutiques (leur statut sérologique leur donne, en outre, droit à une meilleure prise en charge sociale incluant des hébergements thérapeutiques réservés aux personnes séropositives pour le VIH). Enfin, la prévalence du VIH est plus élevée chez les UD ayant injecté au cours de leur vie.

Dans l'enquête Coquelicot 2004, la prévalence biologique du VIH était de 10,8 % globalement. Elle concernait près d'un tiers des UD recrutés à Marseille alors qu'elle était de seulement 1 % à Lille, 3,4 % à Bordeaux et 4,3 % à Strasbourg. À l'instar de 2011, la prévalence du VIH était plus faible chez les personnes vivant dans des logements précaires.

Tableau 1
Prévalence biologique du VHC chez les usagers de drogues ayant accepté le prélèvement biologique

	Coquelicot édition 2011		Coquelicot édition 2004	
	%	valeur-p	%	valeur-p
Ensemble	**43,7**		**59,8**	
Villes		p < 0.001		ns
Bordeaux	24,3		47,2	
Lille	27,7		43,7	
Marseille	55,8		66,0	
Paris	44,3		62,0	
Strasbourg	47,0		54,4	
Seine-Saint-Denis	51,7		-	
Seine-et-Marne	32,2		-	
Sexe		ns		ns
Homme	43,6		61,4	
Femme	44,1		55,8	
Âge		p < 0.001		p < 0.001
< 30	8,7		27,8	
30-34	21,8		66,2	
35-39	44,0		64,5	
40 et plus	61,1		70,6	
Avoir dormi dans un squat ou dans la rue le soir même		ns		ns
Non	44,8		58,7	
Oui	39,1		65,4	
Injection vie		p < 0.001		p < 0.001
Non	4,9		27,9	
Oui	63,8		73,8	

ns : non significatif.
Champ • France métropolitaine.
Source • Enquête Coquelicot, InVS-Inserm.

Tableau 2
Prévalence déclarée du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les Caarud

	ENa-Caarud édition 2012	
	%	valeur-p
Ensemble	**24,3**	
Régions		p < 0,05
Île-de-France	27,9	
Nord-Ouest		
Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie, Basse-Normandie	16,2	
Ouest		
Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes,	18,1	
Sud-Ouest		
Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon	31,1	
Massif central, Centre		
Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne	16,5	
Est		
Champagne-Ardenne, Alsace, Lorraine, Franche-Comté	22,9	
Rhône-Alpes	17,2	
PACA, Corse	33,2	
DOM		
Guadeloupe, Guyane, La Réunion	10,4	
Sexe		p < 0,05
Hommes	25,2	
Femmes	20,8	
Âge		p < 0,0001
Moins de 25 ans	4,9	
25-34 ans	12,1	
35 ans et plus	35,3	
Injecteur		p < 0,0001
Non	3,3	
Oui	33,3	

Champ • France entière.
Source • Enquête ENa-Caarud, OFDT.

Tableau 3
Prévalence déclarée du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les CSAPA

	RECAP édition 2012	
	%	valeur-p
Ensemble	23	
Sexe		p < 0,0001
Hommes	23,6	
Femmes	21,2	
Âge		p = 0
Moins de 25 ans	3,5	
25-34 ans	10,1	
35 ans et plus	34,6	
Logement		p < 0,0001
Logement durable	21,2	
Logement provisoire	26,9	
SDF	35,1	

Champ • France entière.
Source • Enquête CSAPA, OFDT.

Tableau 4
Prévalence biologique du VIH chez les usagers de drogues ayant accepté le prélèvement biologique

	Coquelicot édition 2011		Coquelicot édition 2004	
	%	valeur-p	%	valeur-p
Ensemble	9,8		10,8	
Villes		p = 0.003		p < 0.001
Bordeaux	3,9		3,4	
Lille	0,0		1,0	
Marseille	17,1		31,5	
Paris	9,9		10,9	
Strasbourg	3,5		4,3	
Seine-Saint-Denis	17,6		-	
Seine-et-Marne	1,6		-	ns
Sexe		ns		
Homme	8,7		8,9	
Femme	14,1		15,7	
Âge		p < 0.001		ns
< 30	0,6		0,3	
30-34	2,4		8,2	
35-39	7,1		16,8	
40 et plus	15,8		16,6	
Avoir dormi dans un squat ou dans la rue le soir de l'enquête		p < 0.05		p < 0.05
Non	10,9		12,6	
Oui	4,3		1,7	
Injection vie		p < 0.001		ns
Non	2,9		10,0	
Oui	13,3		11,3	

Champ • France métropolitaine.
Source • Enquête Coquelicot, InVS-Inserm.

Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques (suite)

D'après l'enquête ENa-Caarud 2012 (tableau 5), la prévalence déclarative du VIH est de 5,2 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les Caarud. La prévalence la plus faible est observée en région Nord-Ouest (regroupant le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie, la Haute-Normandie et la Basse-Normandie) et dans l'Est (Champagne-Ardenne, Alsace, Lorraine, Franche-Comté) (1,5 % et 0,6 %) tandis qu'elle concerne 15,6 % des usagers dans les DOM. Tout comme pour le VHC, ces différences sont liées en partie au mode de consommation propre à chaque région. Comme pour l'enquête Coquelicot, la prévalence déclarée du VIH ne varie pas selon le genre mais, en revanche, avec l'âge : elle atteint 1,5 % pour les moins de 35 ans et 8,3 % chez les plus de 35 ans. Les individus déclarant être injecteurs ont une prévalence du VIH plus importante que ceux qui déclarent ne pas injecter (6,2 % contre 2,7 %).

D'après l'enquête RECAP 2012 (tableau 6), la prévalence déclarative du VIH est de 5,2 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les CSAPA. Comme dans l'enquête ENa-Caarud, il n'existe pas de différence de prévalence du VIH en fonction du genre, et la prévalence du VIH augmente sensiblement avec l'âge : 1,3 % des moins de 25 ans sont séropositifs pour le VIH, 2,8 % des 25-34 ans et 7,5 % des plus de 35 ans. ■

▶▶▶ Organismes responsables de la production de la fiche : InVS et Inserm

↻ Synthèse

L'épidémie d'hépatite C constitue un problème majeur de santé publique chez les usagers de drogues car près de la moitié d'entre eux sont contaminés, d'après les données de séroprévalence de l'enquête Coquelicot 2011. La prévalence du VHC a toutefois diminué entre 2004 et 2011, passant de 59 % à 44 %. Cette tendance à la baisse est confirmée par les enquêtes ENa-Caarud et RECAP. La prévalence du VIH concerne un usager sur dix et reste stable entre 2004 et 2011, après avoir considérablement baissé. Les usagers injecteurs sont les plus touchés par le VIH et le VHC car le partage de seringue constitue le mode majeur de transmission du VIH, et le partage de la seringue et du petit matériel sont particulièrement impliqués dans la transmission de l'hépatite C.

INDICATEUR • **Prévalence biologique du VIH et du VHC chez les usagers de drogue**

▶**Champ** : Usagers de drogues âgés de moins de 18 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). Les données de séroprévalence étaient obtenues grâce à un autoprélèvement de sang au doigt réalisé par l'UD, les gouttes de sang étant déposées sur un buvard. ▶**Sources** : Enquête Coquelicot, InVS et Inserm, réalisée en 2004 et 2011. Échantillon aléatoire d'usagers de drogues recrutés dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et de réduction des risques.

▶**Mode de construction des indicateurs** :

– Prévalence du VIH : Le numérateur est le nombre de personnes présentant des anticorps VIH positifs d'après les analyses biologiques (sang sur buvard), et le dénominateur correspond au nombre de personnes ayant réalisé l'autoprélèvement de sang au bout du doigt, et pour lesquelles le résultat est interprétable.

– Prévalence du VHC : Le numérateur est le nombre de personnes présentant des anticorps VHC positifs d'après les analyses biologiques (sang sur buvard), et le dénominateur correspond au nombre de personnes ayant réalisé l'autoprélèvement de sang au bout du doigt, et pour lesquelles le résultat est interprétable.

▶**Biais connus** : Enquête limitée aux usagers fréquentant les dispositifs de réduction des risques et de prise en charge.

▶**Références** :

– Jauffret-Roustide M., Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Brunet S., Benoit T., Chauvin T., Lebreton M., Barin F., Semaille C., 2013, « Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, nº 39-40, 26 novembre, p. 504-509.

– Jauffret-Roustide M., Le Strat Y., Couturier E., Thierry D., Rondy M., Quaglia M., Razafandratsima N., Emmanuelli J., Guibert G., Barin F., Desenclos J.C., 2009, « A National Cross-Sectional Study Among Drug-Users in France : Epidemiology of HCV and Highlight on Practical and Statistical Aspects of the Design », *BMC Infectious Diseases*, 9, p. 113-124.

▶**Organismes responsables de la production de l'indicateur** : InVS et Inserm.

INDICATEUR • **Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les UD fréquentant les Caarud**

▶**Champ** : Enquête exhaustive dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) de métropole et des départements d'outre-mer. Elle est menée une semaine donnée au mois de novembre et interroge chaque personne qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête. Encadrée par un intervenant du centre, elle est réalisée par questionnaire en face-à-face. Les questions portent sur les consommations, les comportements de consommation, les dépistages (VIH, VHB, VHC) et la situation sociale. ▶**Sources** : Enquête ENa-Caarud-OFDT, Enquête nationale auprès des Caarud.

▶**Mode de construction des indicateurs** :

– Prévalence déclarée au VIH : part d'usagers se déclarant séropositifs au VIH parmi ceux qui connaissent leur sérologie.

– Prévalence déclarée au VHC : part d'usagers se déclarant séropositifs au VHC parmi ceux qui connaissent leur sérologie.

▶**Limites d'interprétation** : Les données déclaratives sous-estiment la prévalence du VIH et du VHC par rapport aux données biologiques. En effet, une part des usagers méconnaît son statut sérologique notamment vis-à-vis de l'hépatite C. Plus du quart des usagers pensent à tort être séronégatifs pour le VHC selon l'enquête Coquelicot 2004 (InVS).

▶**Références** :

– Saïd S., Cadet-Taïrou A. et Martinez M., 2015, « Résultats ENa-Caarud 2012. Profils et pratiques des usagers », *Tendances*, Saint-Denis, OFDT, janvier.

– Cadet-Taïrou A., 2012, « Résultats ENa-Caarud 2010. Profils et pratiques des usagers », Saint-Denis, OFDT.

– Cadet-Taïrou A., Coquelin A. et Toufik, A., 2010, « Caarud : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, 74, p. 1-4.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

Tableau 5
Prévalence déclarée du VIH chez les usagers de drogues fréquentant les Caarud

	ENa-Caarud édition 2012	
	%	valeur-p
Ensemble	5,2	
Régions		p < 0,05
Île-de-France	7,19	
Nord-Ouest		
Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie, Basse-Normandie	1,56	
Ouest		
Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes	3,83	
Sud Ouest		
Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon	6,04	
Massif central, Centre		
Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne	4,58	
Est		
Champagne-Ardenne, Alsace, Lorraine, Franche-Comté	0,65	
Rhône-Alpes	1,68	
PACA, Corse	9,69	
DOM		
Guadeloupe, Guyane, La Réunion	15,66	
Sexe		ns
Hommes	4,78	
Femmes	6,75	
Âge		p < 0,0001
Moins de 25 ans	1,53	
25-34 ans	1,32	
35 ans et plus	8,31	
Injecteur		p < 0,001
Non	2,7	
Oui	6,2	

Champ • France entière.
Source • Enquête ENa-Caarud, OFDT.

Tableau 6
Prévalence déclarée du VIH chez les usagers de drogues fréquentant les CSAPA

	RECAP édition 2012	
	%	valeur-p
Ensemble	5,2	
Sexe		ns
Hommes	5,2	
Femmes	5,2	
Âge		p < 0,0001
Moins de 25 ans	1,3	
25-34 ans	2,8	
35 ans et plus	7,5	
Logement		ns
Logement durable	5,1	
Logement provisoire	5,3	
SDF	5,1	

ns : non significatif.
Champ • France entière.
Source • Enquête CSAPA, OFDT.

INDICATEUR • **Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les UD fréquentant les CSAPA**

▶**Champ** : Recueil en continu de données sur les personnes accueillies dans les CSAPA. Ce dispositif a été mis en place en 2005. Les informations recueillies sont relatives au profil sociodémographique des patients, à leurs consommations, à leur prise en charge et à leur santé, notamment leur statut sérologique déclaré vis-à-vis du VIH et VHC. En 2012, 126 000 patients ont été vus dans 180 CSAPA ambulatoires distincts (soit un taux de couverture de 84 %), 15 centres thérapeutiques résidentiels (soit un taux de couverture de 38 %) et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire (soit un taux de couverture de 63 %). ▶**Source** : Enquête RECAP-OFDT (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) auprès des usagers en CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie).
▶**Mode de construction des indicateurs** : Les prévalences ont été calculées sur les patients appartenant au groupe « opiacés, cocaïne et substances autres que cannabis et alcool ».
– La prévalence déclarée au VIH : part d'usagers se déclarant séropositifs au VIH parmi ceux qui connaissent leur sérologie.
– La prévalence déclarée au VHC : part d'usagers se déclarant séropositifs au VHC parmi ceux qui connaissent leur sérologie.
▶**Limites d'interprétation** : Les données déclaratives sous-estiment la prévalence du VIH et du VHC par rapport aux données biologiques. En effet, une part des usagers méconnaît son statut sérologique notamment vis-à-vis de l'hépatite C. Plus du quart des usagers pensent à tort être séronégatifs pour le VHC selon l'enquête Coquelicot 2004 (InVS). Le statut sérologique est inconnu ou non renseigné pour 55 % des patients en 2012. ▶**Référence** : www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

Autres maladies infectieuses

Tuberculose

Contexte

La tuberculose maladie est due à un bacille (mycobactérie du complexe tuberculosis) qui atteint le plus souvent les poumons et qui est transmissible par voie aérienne. L'identification rapide des cas de tuberculose maladie[1] et leur prise en charge appropriée restent les éléments les plus importants de la lutte antituberculeuse. Ils permettent de limiter la transmission de l'infection dans la communauté tout en prévenant le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux. Les autres éléments de la lutte antituberculeuse en France comprennent d'une part le traitement des infections tuberculeuses identifiées chez tous les enfants, et chez les adultes les plus à risque de développer la maladie et, d'autre part, la vaccination par le BCG[2] des enfants les plus à risque de développer une tuberculose[3]. La surveillance de la tuberculose s'appuie principalement sur la déclaration obligatoire mise en place en 1964. La surveillance de la résistance aux antituberculeux est coordonnée par le Centre national de référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA) et s'appuie sur deux réseaux distincts complémentaires avec d'une part le réseau des laboratoires des CHU (Azay-Mycobactéries), réseau « sentinelle » existant depuis 1995, et d'autre part le réseau national de tous les laboratoires de biologie médicale pratiquant la mycobactériologie mis en place en 1992.

Indicateurs

▶ Nombre de cas de tuberculose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire et taux de déclaration

En 2012, le nombre de cas de tuberculose déclarés est de 4 975, soit un taux de déclaration de 7,6 cas pour 100 000 habitants (graphique 1). Le nombre de cas reste stable comparé à 2011 (4 991 cas, soit -0,3 %).

Dans les 29 pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a recensé 68 423 cas en 2012, soit 13,5/100 000.

Avec 1 747 cas déclarés en 2012, l'Île-de-France compte 35 % des cas de tuberculose maladie déclarés en France. Comme en 2011, l'Île-de-France, Mayotte et la Guyane sont les trois régions de plus fort taux de déclaration (respectivement 14,7/100 000, 16,9/10^5 et 24,2/10^5). Dans toutes les autres régions (graphique 2), le taux de déclaration est inférieur à 10/10^5. Les hommes représentent 59 % des cas de tuberculose déclarés. L'âge médian des patients est de 42 ans (écart interquartile 28-63 ans). Les patients de moins de 5 ans représentent 2,9 % des cas déclarés.

Le taux de déclaration de tuberculose par âge quinquennal et sexe dépasse 10 pour 100 000 chez les femmes de 25-29 ans et de 80 ans et plus ainsi que chez les hommes de 25 à 44 ans et de 70 ans et plus. Il est plus élevé chez les personnes nées à l'étranger (35,3/10^5) qui représentent 56 % des cas déclarés en 2012, en particulier chez celles nées dans des régions à forte incidence de tuberculose (103,4/10^5 parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne). Les cas de tuberculose déclarés en 2012 chez des personnes sans domicile fixe représentent 4,6 % des cas avec un taux de tuberculose estimé à 173,7/10^5.

▶ Nombre de cas de tuberculose multirésistante (MDR) (total et décomposé en nouveaux cas et cas déjà traités)

Le nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR), résistants à l'isoniazide et à la rifampicine, diagnostiqués en France par 230 des 260 laboratoires de mycobactériologie participant au réseau du CNR ayant envoyé leurs données au 16 avril 2014 est de 94 en 2012, ce qui représente une proportion de 2,3 % des 4 038 cas à culture positive (complexe *M. tuberculosis*) colligés par le réseau. Parmi ces 94 cas MDR, aucune information n'a pu être recueillie sur un cas diagnostiqué dans les DOM. Parmi les 93 cas de métropole, 91 concernent des patients identifiés pour la première fois en 2012. L'analyse des caractéristiques des 91 cas incidents de tuberculose MDR en 2012 en métropole montre que 73 % sont des hommes, l'âge moyen est de 32 ans, 10 (11 %) sont nés en France et 81 (89 %) à l'étranger, 5 % sont séropositifs pour le VIH, et 51 % n'ont jamais reçu de traitement antituberculeux.

Durant les 19 années de la surveillance menée par le CNR-MyRMA, le pourcentage de cas MDR parmi l'ensemble des cas de tuberculose à culture positive diagnostiqués en France est passé de 0,4-0,7 % entre 1993 et 1998 à 0,9 % en 1999-2001, 1,1 -1,4 % entre 2002 et 2010, 1,7 % en 2011 et 2,3 % en 2012 (graphique 3). Le pourcentage de cas MDR en 2012 est le plus élevé parmi ceux observés depuis le début de la surveillance en 1992. L'Île-de-France cumule 52,5 % du total des cas MDR enregistrés de 2006 à 2012. L'évolution du nombre de cas incidents de tuberculose MDR selon l'antécédent ou non de traitement antituberculeux est donnée dans le graphique 3. Alors que le nombre de cas jamais traités est généralement supérieur au nombre de cas déjà traités, il y a depuis 2010, une tendance à l'inversion de ce phénomène.

Dans les 29 pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, l'ECDC a recensé 1 421 nouveaux cas MDR parmi les 31 004 testés en 2012, soit 5 %. En 2012, la proportion de cas MDR est inférieure à 3 % dans la plupart des pays de l'Ouest de l'Europe (sauf en Espagne 4,2 % et en Autriche 6,9 %) mais est de 13,8 % à 25,5 % dans les pays baltes. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, département des Maladies infectieuses

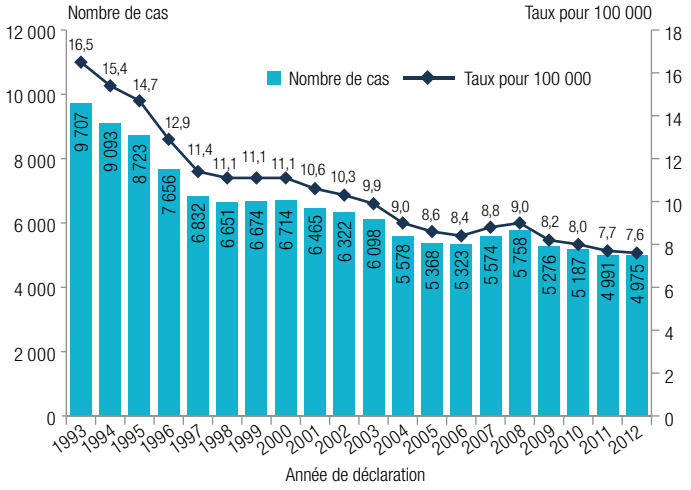
1. Après avoir été exposées au bacille de la tuberculose, un certain nombre de personnes vont être infectées et seules une partie d'entre elles vont secondairement développer la maladie. Il y a donc une distinction entre infection tuberculeuse et maladie tuberculeuse. La personne avec une infection tuberculeuse ne présente pas de signes cliniques et n'est pas contagieuse.
2. *Cf.* fiche « Santé de l'enfant : couvertures vaccinales ».
3. www.sante.gouv.fr/vaccination-par-le-bcg.html

Synthèse

Avec moins de 10 nouveaux cas de tuberculose maladie déclarés pour 100 000 habitants depuis 2004, la France est considérée au plan international comme un pays à faible incidence de tuberculose. Cette situation masque cependant des différences importantes entre zones géographiques et groupes de population. Le nombre de cas de tuberculose multirésistante qui était stable depuis le début des années 2000, a augmenté en 2011 et 2012. Cette augmentation est principalement due à l'arrivée de malades en provenance d'Europe de l'Est.

Graphique 1

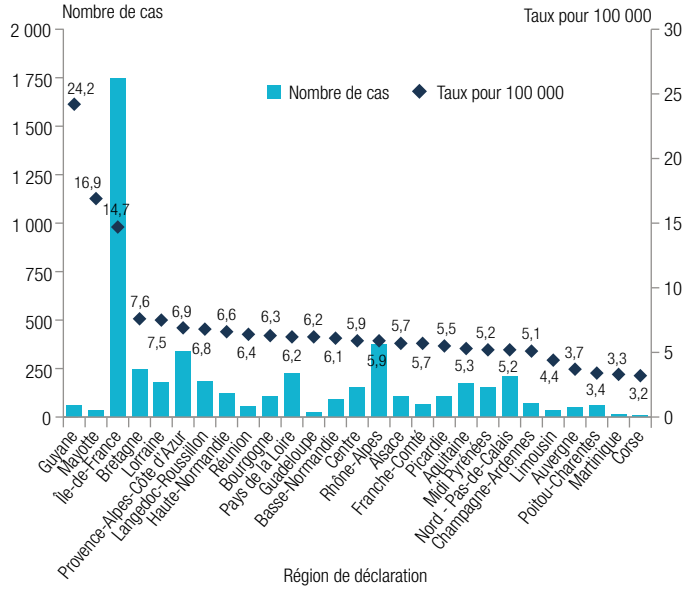
Évolution du nombre de cas et du taux annuel de déclaration de tuberculose en France, 1993-2012



Champ • France entière.
Source • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS.

Graphique 2

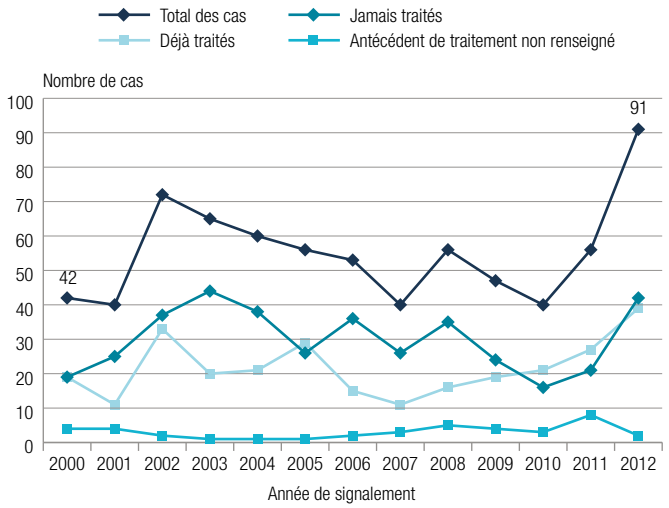
Nombre de cas déclarés et taux de déclaration (pour 100 000 habitants) de tuberculose par région, 2012



Champ • France entière.
Source • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS.

Graphique 3

Nombre de cas incidents de tuberculose à bacilles multirésistants de 2000 à 2012 selon les antécédents de traitement antituberculeux



Champ • France entière.
Source • Réseau des laboratoires de mycobactériologie, CNR-MyRMA.

INDICATEUR • **Nombre de cas de tuberculose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire et taux de déclaration**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Sources** : Déclaration obligatoire (InVS), statistiques démographiques (INSEE). ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de déclarations obligatoires en 2012 et estimation de la population française, par sexe, âge et région au 1er janvier 2012. ▶ **Limites d'interprétation** : Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives : le taux d'exhaustivité est estimé à 70 % en France, avec de fortes disparités régionales.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS pour les données de la déclaration obligatoire.

INDICATEUR • **Nombre de cas de tuberculose multirésistante (MDR)**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Source** : Réseau du CNR-MyRMA des laboratoires de mycobactériologie. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de cas incidents diagnostiqués et confirmés par une culture positive à *M. tuberculosis*, résistants à la rifampicine et à l'isoniazide de l'année. ▶ **Limites d'interprétation** : Parmi les 260 laboratoires concernés, 30 n'ont pas encore fourni leurs données en 2012.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CNR-MyRMA.

Légionellose

Contexte

La légionellose, infection respiratoire provoquée par des bactéries du genre *Legionella*, est une maladie découverte en 1976 et à déclaration obligatoire (DO) en France depuis 1987. Elle se caractérise par des symptômes respiratoires aigus, avec une mortalité non négligeable pouvant atteindre plus de 20 % pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, diabétiques, fumeurs, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.). Les légionelles, présentes dans le milieu aquatique naturel, se multiplient facilement dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions sont favorables, notamment une température comprise entre 25 et 45 °C. La contamination de l'homme se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau diffusée en aérosol à partir d'une installation contaminée (tours aéroréfrigérantes, douche, bains à remous, brumisateurs, fontaines décoratives…).

L'augmentation régulière du nombre de cas déclarés entre 1996 et 2005 est liée au renforcement de la surveillance et à la mise en place de nombreuses réglementations pour favoriser le contrôle des installations à risque. L'incidence de la légionellose en France, malgré une augmentation ponctuelle en 2010, est relativement stable ces dernières années.

Indicateur

▶ Nombre de nouveaux cas de légionellose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

En 2012, 1 298 cas de légionellose ont été notifiés, soit un taux d'incidence des cas de légionellose déclarés de 1,98/10^5 en France métropolitaine (graphique 1). Après une tendance à la baisse observée entre 2005 et 2009, il a été constaté en 2010 une augmentation ponctuelle. Le nombre de cas déclarés chaque année est compris entre 1 200 et 1 500 environ depuis 2004.

En 2012, l'incidence des cas de légionellose notifiés en France reste relativement élevée par rapport à l'incidence moyenne européenne de 1,15/10^5.

L'âge médian des cas est de 62 ans et le sex ratio homme/femme de 2,9. L'incidence augmente avec l'âge et les taux d'incidence les plus élevés s'observent chez les personnes de plus de 80 ans (6,4/10^5). La majorité des cas est survenue au cours du second semestre.

De fortes disparités régionales d'incidence de la légionellose sont à noter, avec l'existence d'un gradient Ouest-Est qui persiste après prise en compte de l'exhaustivité régionale de la DO (estimé à partir des données 2010). En 2012, ce gradient géographique Ouest-Est du taux d'incidence des cas notifiés de légionellose est toujours marqué et l'incidence varie de 0,3/10^5 habitants en Basse-Normandie à 5,9/10^5 habitants en Franche-Comté (carte). ■

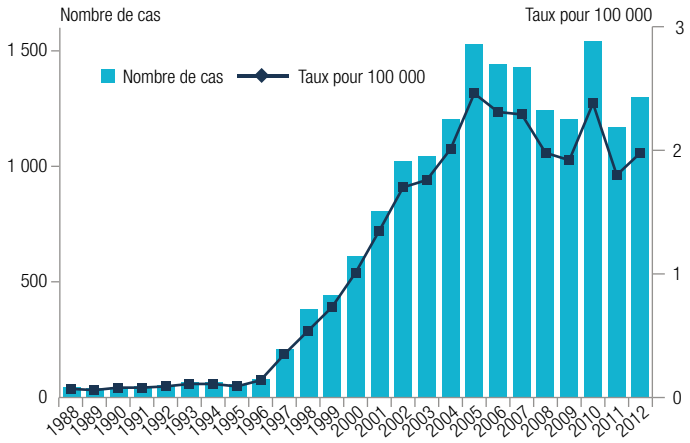
▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche** : InVS, département des Maladies infectieuses

↻ Synthèse

Le bilan des cas de légionellose survenus en France en 2012 montre une légère augmentation par rapport à l'année 2011. Les caractéristiques épidémiologiques des cas ainsi que le gradient géographique du taux d'incidence Ouest-Est restent cependant similaires à la situation observée les années précédentes.

Graphique 1

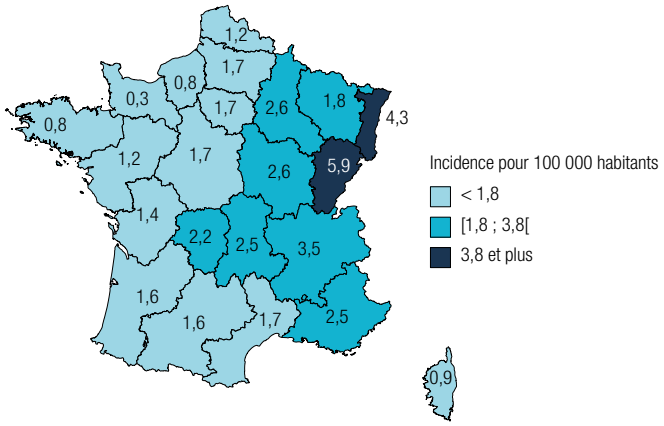
Évolution du nombre de cas et du taux annuel d'incidence des cas notifiés de légionellose de 1988-2012



Champ • France entière.
Source • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS.

Carte

Distribution du taux d'incidence (standardisé par sexe et âge) régional (selon la région de résidence du cas) de la légionellose en France, 2012



Champ • France entière.
Source • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS.

INDICATEUR • **Nombre de nouveaux cas de légionellose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire**
▶**Champ** : France entière. ▶**Sources** : Déclaration obligatoire (InVS). Statistiques démographiques (INSEE). ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de déclarations obligatoires et estimation de la population française, par sexe, âge et région au 1er janvier 2012. ▶**Limites d'interprétation** : L'exhaustivité de la déclaration obligatoire a été estimée à partir des données 2010 à 89 % (comprise entre 70 % et 100 % selon les régions). ▶**Biais connus** : La méthode de diagnostic la plus utilisée (antigénurie urinaire) est spécifique des *Legionella* pneumophila sérogroupe 1.
▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

Couverture vaccinale grippe

Contexte

La surveillance annuelle de la couverture vaccinale contre la grippe[1] concerne les personnes âgées de 65 ans ou plus ainsi que les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques, principales catégories de population pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe à 100 %. L'objectif est d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % dans ces groupes cibles. Cette couverture est estimée chaque saison par la CNAMTS à partir du taux de délivrance des vaccins en France métropolitaine. Dans les deux groupes, cette couverture est nettement insuffisante. Après une dynamique ascendante jusqu'en 2008-2009 chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, on assiste à une baisse régulière de la couverture vaccinale depuis la pandémie A(H1N1), alors que chez les personnes âgées de moins de 65 ans cette couverture est stable.

Indicateurs

▶ Couverture vaccinale contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus

Jusqu'en 2008-2009, saison précédant la pandémie grippale A(H1N1), la couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans ou plus était en progression. En 2008-2009, près de 65 % des personnes de ce groupe d'âge étaient vaccinées (tableau 1). Depuis la pandémie, cette couverture est en baisse constante. En 2013-2014, cette baisse est de 13 % par rapport à la saison 2008-2009. Ces valeurs sont inférieures à celles obtenues dans les enquêtes réalisées pour le Groupe d'expertise et d'information sur la grippe (GEIG) (62 % lors de la dernière enquête publiée en 2011-2012). La France est cependant en 2010-2011 l'un des pays de l'Union européenne avec les couvertures vaccinales les plus élevées (graphique 1). Les Pays-Bas sont le seul pays ayant atteint la cible de 75 % de personnes vaccinées.

▶ Couverture vaccinale contre la grippe des personnes de moins de 65 ans atteintes de pathologies chroniques ciblées par les recommandations vaccinales

Avant la saison 2009-2010 de la pandémie A(H1N1), où la couverture des personnes à risque âgées de moins de 65 ans avait atteint 47 %, cette couverture était de 39 % à 40 %. Depuis la pandémie, les couvertures sont stables. En 2013-2014, environ 38 % des personnes dans cette catégorie de la population ont été vaccinées. Cette valeur est très inférieure à la cible de 75 %. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, département des Maladies infectieuses

1. Voir également la fiche « Santé de l'enfant : couvertures vaccinales ».

↻ Synthèse

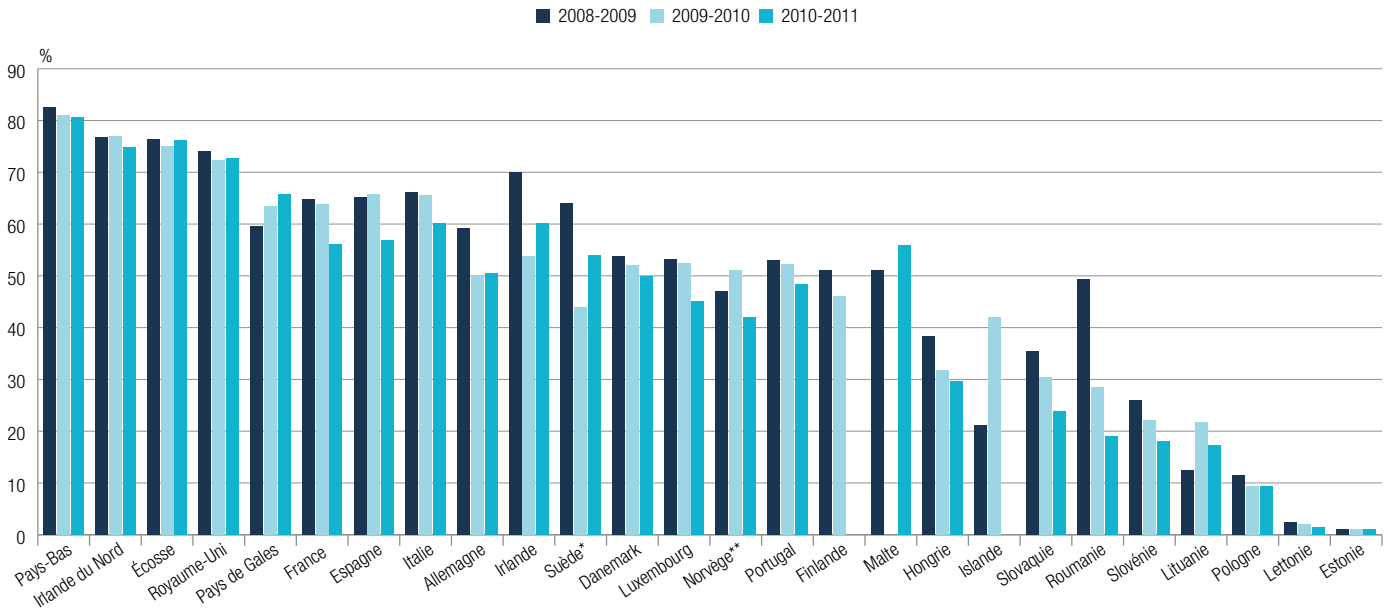
La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière reste très insuffisante, inférieure à la cible de 75 % dans les deux principaux groupes cibles. Jusqu'en 2008-2009, les couvertures étaient en progression. Depuis la pandémie A(H1N1), on observe une baisse constante de la couverture vaccinale grippale. Cette baisse concerne principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez lesquelles elle est de plus de 10 % inférieure à celle de la saison 2008-2009.

Tableau 1
Couverture vaccinale chez les personnes de moins de 65 ans à risque et chez les personnes de 65 ans et plus, 2008-2013 (en %)

	Saisons						
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Moins de 65 ans	40,4	39,4	47,2	37,2	39,5	39,1	38,3
65 ans ou plus	63,9	64,8	63,9	56,2	55,2	53,1	51,9
Total	62,1	58,7	60,2	51,8	51,7	50,1	48,9

Champ • France entière.
Source • Sniiram, CNAMTS, exploitation InVS.

Graphique 1
Couverture vaccinale chez les personnes âgées pour les saisons 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 dans les pays de l'Union européenne (en %)



* Suède : données pour 60 % de la population pour la saison 2009-2010.
** Norvège : couverture vaccinale pour 2008-2009 et 2009-2010 estimée globalement chez les > 65 ans et les autres groupes à risque.
Champ • Union européenne.
Source • www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/ECDC-WHO-influenza-meeting-OFlanagan.pdf

INDICATEUR • **Couverture vaccinale grippe**
▶ **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.
▶ **Références** :
– Tuppin P. *et al.*, 2012, « Vaccination contre la grippe saisonnière en France en 2010 et 2011 : diminution des taux de couverture et facteurs associés », *Presse Med*, 41, p. e568-76.
– Dossier thématique « Couverture vaccinale » [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale.
▶ **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : CNAMTS et InVS.

Insécurité routière et accidents de la vie courante

Insécurité routière

Contexte

La France se caractérisait dans les années 2000 par une mortalité liée à la violence routière élevée. Elle se situait au 15e 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). Une décennie plus tard, la France progresse au 11e rang des 28 pays de l'Union européenne ayant atteint l'objectif européen de diviser par deux le nombre de personnes tuées sur les routes en 10 ans (2001-2010).

Parmi les indicateurs de suivi de l'insécurité routière, le taux de mortalité à 30 jours remplace depuis 2005 l'indice de mortalité à 6 jours calculé jusqu'à cette date par la France (pour obtenir le nombre de victimes à 30 jours, conformément aux dispositions retenues au niveau international, un coefficient multiplicateur était appliqué). La définition des « blessés graves » a également 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 donc plus être suivis dans le temps depuis 2005. À partir de 2014, à l'initiative de la Commission européenne, une nouvelle définition du blessé grave (le M.AIS 3 +[1]), plus proche de la réalité clinique, est adoptée par la France comme par la plupart des pays de l'Union européenne.

Indicateurs

▶ Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route

En 2013, 3 427 personnes sont décédées dans les 30 jours suivant un accident de la route en France entière, dont 159 dans les départements d'outre-mer (DOM). Sur la période 2011-2013, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élèvent respectivement à 57 en métropole et 79 dans les DOM. Ils étaient respectivement de 87 et 122 en 2005, soit une baisse de plus de 30 % sur la période. La baisse de la mortalité après accident de la route s'inscrit dans une tendance plus ancienne en lien avec les grandes dates de la sécurité routière.

En 2013, en France métropolitaine[2], parmi ces accidents mortels, 64 % se sont produits hors agglomération, essentiellement sur les routes départementales. Une légère augmentation de la mortalité sur les autoroutes est observée sur la période 2010-2013 alors que l'évolution reste à la baisse sur les routes hors agglomération et dans les agglomérations. Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes et les 18-24 ans sont les plus touchés (19,5 % de l'ensemble des tués alors qu'ils ne représentent que 9 % de la population, graphique 1). La moto reste le mode de déplacement le plus dangereux : 19 % des tués sont morts d'un accident de moto et cette mortalité baisse plus lentement que celle des autres catégories motorisées.

Il existe des disparités régionales ou infra-régionales qu'il est difficile d'interpréter car les données d'accidentalité sont souvent des petits chiffres. Cependant, le nombre de personnes tuées peut présenter des variations importantes d'une année sur l'autre sans signification statistique. Ce constat est encore plus vrai à l'échelle d'un département.

En 2012, toujours par rapport au taux de personnes tuées par million d'habitants, la France métropolitaine se place au 11e rang des 28 pays de l'Union européenne (graphique 2).

▶ Nombre et fréquence des traumatismes routiers responsables d'au moins une lésion associée à un pronostic séquellaire grave (IIS 3 +)

Cet indicateur est estimé à partir des données du registre des accidentés de la circulation routière dans le département du Rhône. Le niveau de déficience IIS (*Injury Impairement Scale*) permet de pronostiquer dès le constat du bilan lésionnel le niveau de déficience à un an.

La projection sur la France métropolitaine n'est aujourd'hui disponible que pour la période 1996-2004. Elle est limitée à une estimation annuelle moyenne sur la période, soit 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'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR). 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 reste proche de l'unité pour les piétons (0,9), il est 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. ■

▶▶▶ Organismes responsables de la production de la fiche : IFSTTAR / DREES / ONISR

1. L'Abbreviated Injury Scale, 1990 Revision, Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM), Des Plaines, Illinois, USA. L'AIS permet de coder chaque lésion élémentaire et de lui affecter un degré de gravité de 1 (mineure) à 6 (au-delà de toute ressource thérapeutique). Le M.AIS est la gravité associée à la lésion présentant l'AIS le plus élevé pour une victime donnée.
2. Données détaillées uniquement sur le champ métropolitain.

Synthèse

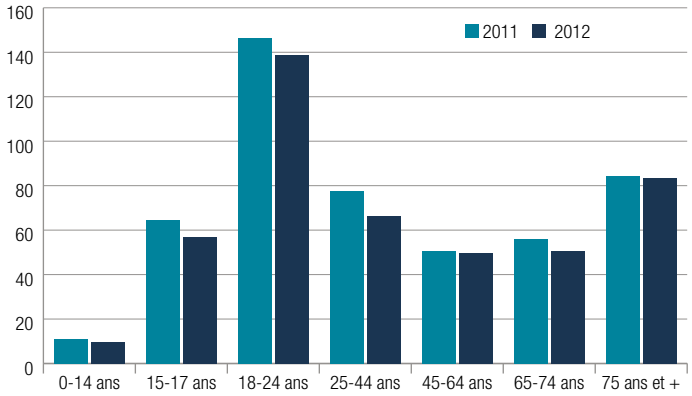
Sur la période 2011-2013, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élèvent respectivement à 57 en métropole et 79 dans les DOM. Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes et les 18-24 ans sont les plus touchés. La moto reste le mode déplacement le plus dangereux.

En 2012, la France métropolitaine se place au 11e rang des 28 pays de l'Union européenne.

D'après la projection des données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône sur l'ensemble de la France métropolitaine, 1,4 % des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les six jours qui suivent leur accident et autant gardent des séquelles graves un an après leur accident.

Graphique 1

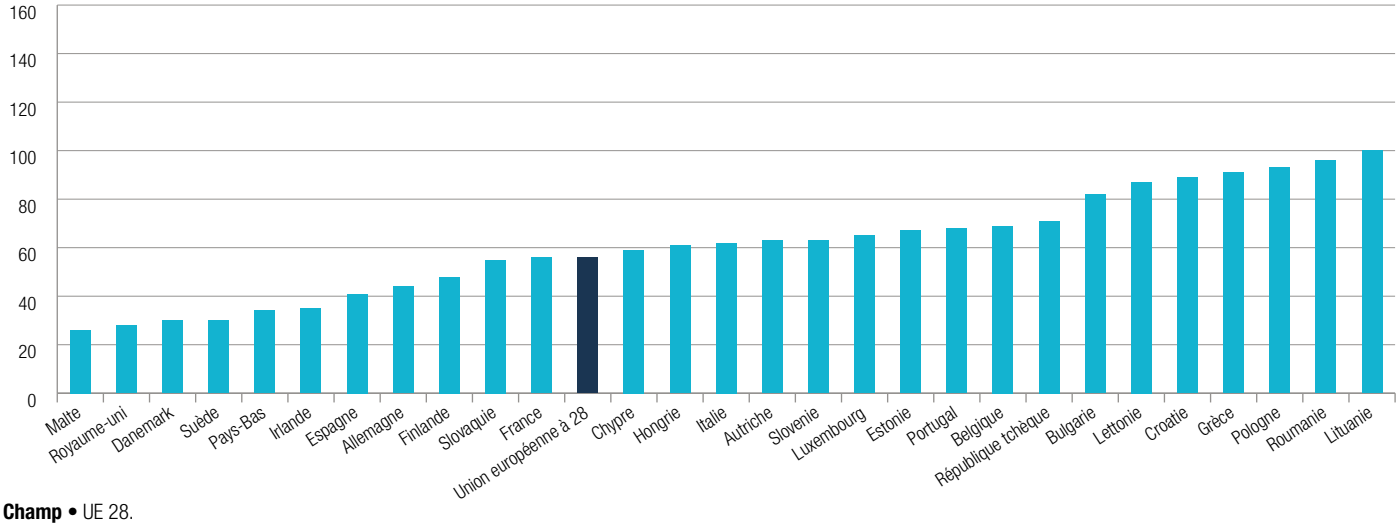
Taux* de mortalité à 30 jours après accident de la route en France selon la classe d'âge en 2011 et 2012



* Taux par million d'habitants.
Champ • France entière.
Source • ONISR.

Graphique 2

Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route en Europe en 2012 (par million d'habitants)



Champ • UE 28.
Sources • ONISR/CARE.

INDICATEUR • **Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route**

▶ **Champ** : France métropolitaine jusqu'en 2004, France entière à partir de 2005, population tous âges (mortalité à 6 jours jusqu'en 2004, mortalité à 30 jours depuis 2005). ▶ **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. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Dénominateur : estimations localisées de population (métropole), INSEE, données au 1er 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, on comptabilise 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. Entre 1970 et 1994, ce coefficient est égal à 1,09 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. ▶ **Biais connus** : Sous-estimation possible du nombre de décès à 30 jours. ▶ **Référence** : www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : ONISR.

INDICATEUR • **Nombre et fréquence des traumatismes routiers responsables d'au moins une lésion associée à un pronostic séquellaire grave (IIS 3 +).**

▶ **Champ** : Estimation France entière. ▶ **Source** : Registre des accidents du Rhône. ▶ **Biais connus** : Sous-estimation possible du nombre de décès à 30 jours. ▶ **Référence** : Amoros E., Martin J.-L., Laumon B., 2008, « Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, nº 19, mai, p. 157-160.
▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IFSTTAR.

Accidents de la vie courante (AcVC)

Contexte

Les traumatismes peuvent être intentionnels : suicides, victimes d'agressions et de guerre, ou non intentionnels : accidents de la circulation, du travail et de la vie courante (AcVC). Toutes classes d'âge confondues, les AcVC entraînent chaque année en France métropolitaine plus de 20 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et 4,5 millions de recours aux services d'urgences. La diversité des situations de survenue des AcVC nécessite des approches épidémiologiques multiples : analyse de la mortalité et des recours à l'hôpital, enquêtes thématiques ou en populations spécifiques. Les AcVC sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation, information ciblées sur les éléments humains, l'environnement physique et socioculturel propre à chaque type d'accident. Un Plan de prévention des accidents de la vie courante a été adopté par le Comité national de la santé publique en 2009. Des campagnes de prévention sont réalisées par différents organismes (INPES, ministère de l'Intérieur, ministère en charge des Sports, etc.).

Indicateurs

▶ Taux de mortalité par traumatisme

En 2010, on a dénombré 37 701 décès par traumatisme en France métropolitaine selon les certificats de décès (source : CépiDc), soit un taux de mortalité standardisé de 54,5 pour 100 000 habitants (67,8 chez les hommes, 41,5 chez les femmes). À côté des 10 365 suicides et 401 homicides, il y a eu 20 851 décès par AcVC, environ 1 000 par accidents du travail et 443 décès traumatiques sont restés d'intention indéterminée. La sécurité routière établit chaque année un décompte plus précis des décès par accident de la circulation que le CéPiDc : en 2010, elle a recensé 3 992 décès.

Le taux standardisé de décès par AcVC est de 28,8 pour 100 000 habitants (29,5 chez les hommes, 27,9 chez les femmes) ; 68 % de ces décès ont lieu chez les 75 ans et plus. Les chutes sont la cause de la moitié des décès (13 pour 100 000), suivies des suffocations (4,4), des intoxications (2,6), des noyades (1,6), et des incendies (0,8) (tableau 1). Entre 2000 et 2010, les taux standardisés de mortalité par AcVC ont diminué significativement de 2,2 % par an : - 3,0 % par chute, - 2,5 % par noyade. Les décès par intoxication ont augmenté de 3,4 % par an. Les décès par incendie et suffocation n'ont pas évolué.

▶ Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès

Les enquêtes Noyades décrivent les caractéristiques et facteurs de risques des noyades accidentelles. Entre le 1er juin et le 30 septembre 2012, il y a eu 1 238 noyades accidentelles, dont 497 suivies de décès et 59 suivies de séquelles. Tous les âges sont concernés par ces accidents (graphique 1) ; 14 % des noyés sont des enfants de moins de 6 ans (170 noyades dont 28 décès). Il y a eu 51 décès par noyade en piscine privée, 8 en piscine publique, 139 en cours d'eau, 60 dans un plan d'eau, 214 en mer et 25 en d'autres lieux. En piscine privée, les enfants de moins de 6 ans se sont noyés surtout à cause d'un manque de surveillance et de leur inaptitude à nager ; dans les cours d'eau et plans d'eau, les noyades sont souvent survenues après une chute, lors d'activités solitaires, ou après consommation d'alcool ; en mer, les noyés sont souvent des personnes de plus de 45 ans, ou ayant un problème de santé.

L'évolution des noyades accidentelles a été régulière depuis 2003, mais 2012 a compté le plus fort taux de décès (40 % contre 32 à 38 %), elle a été caractérisée par un nombre important de décès en mer (214, en augmentation de 27 % par rapport aux années précédentes), et de nombreux accidents suivis de séquelles (tableau 2).

▶ Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière

En 2011, selon le PMSI, en métropole, 8 670 personnes ont été hospitalisées pour brûlures, soit un taux d'incidence brut de 13,7 pour 100 000 habitants (18 chez les hommes 10 chez les femmes), très élevé chez les enfants de moins de 5 ans (61) (tableau 3). La répartition des brûlés n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire français (carte 1). Les résultats de 2011 sont proches de ceux des années 2008 à 2010. L'incidence des victimes de brûlures hospitalisées en France est cohérente avec plusieurs études menées à l'étranger : en Suède, entre 2000 et 2004, le taux d'incidence est de 13,3 pour 100 000 habitants ; en Norvège 15,5 pour 100 000 en 2007.

1. Voir également la fiche « AcVC chez les enfants ».

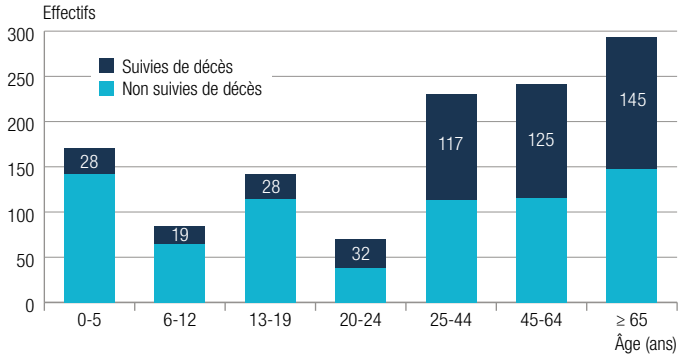
Tableau 1
Effectifs, taux bruts et standardisés de mortalité par type d'accident de la vie courante, selon l'âge, en 2010 (taux pour 100 000 habitants)

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu, flammes		Autres, précisés		Autres, non précisés		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
< 15 ans	18	0,16	34	0,29	55	0,48	5	0,04	39	0,34	11	0,10	26	0,22	188	1,6
15-24 ans	45	0,58	19	0,25	54	0,7	51	0,66	21	0,27	30	0,39	116	1,5	336	4,3
25-44 ans	185	1,1	111	0,68	163	0,99	378	2,3	91	0,55	80	0,49	323	2	1 331	8,1
45-64 ans	746	4,5	438	2,7	366	2,2	414	2,5	170	1	201	1,2	634	3,8	2 969	17,9
65-74 ans	648	13	322	6,5	162	3,3	148	3,0	61	1,2	100	2	401	8,1	1 842	37
75-84 ans	2 460	61,3	900	22,4	177	4,4	377	9,4	72	2	91	2,3	1 059	26,4	5 136	128,1
85 ans et plus	5 588	346,8	1 372	85,1	62	3,9	412	25,6	5	3,7	62	3,9	1 494	92,7	9 049	561,5
Total (taux standardisés)	**9 690**	**13**	**3 196**	**4,4**	**1 039**	**1,6**	**1 785**	**2,6**	**513**	**0,77**	**575**	**0,86**	**4 053**	**5,7**	**20 851**	**28,8**

N : nombre.
Champ • France métropolitaine.
Source • Certificats de décès, Inserm-CepiDc.

Graphique 1

Répartition des noyades accidentelles et des décès selon l'âge des victimes, du 1er juin au 30 septembre 2012



Note • N = 1 238, dont 497 décès et 8 données manquantes.
Champ • France.
Source • Enquête Noyades 2012, InVS.

Tableau 2

Noyades accidentelles suivies de décès et suivies de séquelles par lieu en 2003, 2004, 2006, 2009 et 2012

	Noyades suivies de décès					Noyades suivies de séquelles				
Lieu	**2003**	**2004**	**2006**	**2009**	**2012**	**2003**	**2004**	**2006**	**2009**	**2012**
Piscine	57	50	60	54	59	8	6	2	11	3
Cours d'eau	105	64	99	97	139	2	2	3	5	3
Plan d'eau	93	58	74	95	60	2	3	2	2	2
Mer	160	174	151	188	214	8	6	7	18	49
Autres	20	22	17	28	25	1	1	3	0	2
Total	**435**	**368**	**401**	**462**	**497**	**22**	**18**	**17**	**36**	**59**

Champ • France.
Source • Enquête Noyades 2012, InVS.

Tableau 3

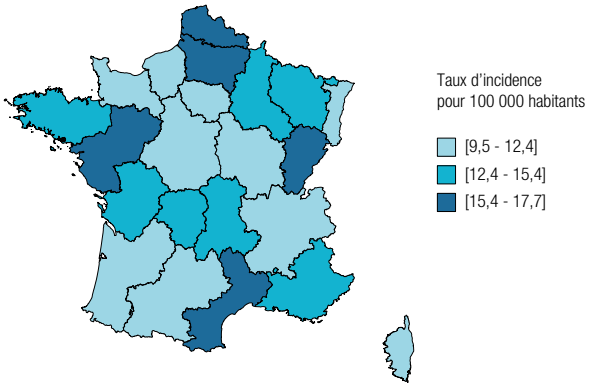
Taux d'incidence pour 100 000 habitants de victimes de brûlures hospitalisées, 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
Nombre de patients hospitalisés	**8944**	**8825**	**8846**	**8670**
Taux standardisé	14,0	13,7	13,7	13,4
Taux brut hommes/femmes	19,1/10,0	18,9/9,7	18,5/10,0	17,9/9,9
Taux standardisé régional le plus élevé/le plus faible	18,2/10,9	17,7/10,8	18,0/11,2	17,7/9,6

Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-MCO 2011, ATIH, exploitation InVS.

Carte 1

Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants de personnes hospitalisées pour brûlures par région, 2011



Champ • France métropolitaine.
Source • PMSI-MCO 2011, ATIH, exploitation InVS,

Accidents de la vie courante (AcVC) (suite)

▶ Taux d'incidence des accidents ayant entraîné un recours aux soins au cours des 12 derniers mois

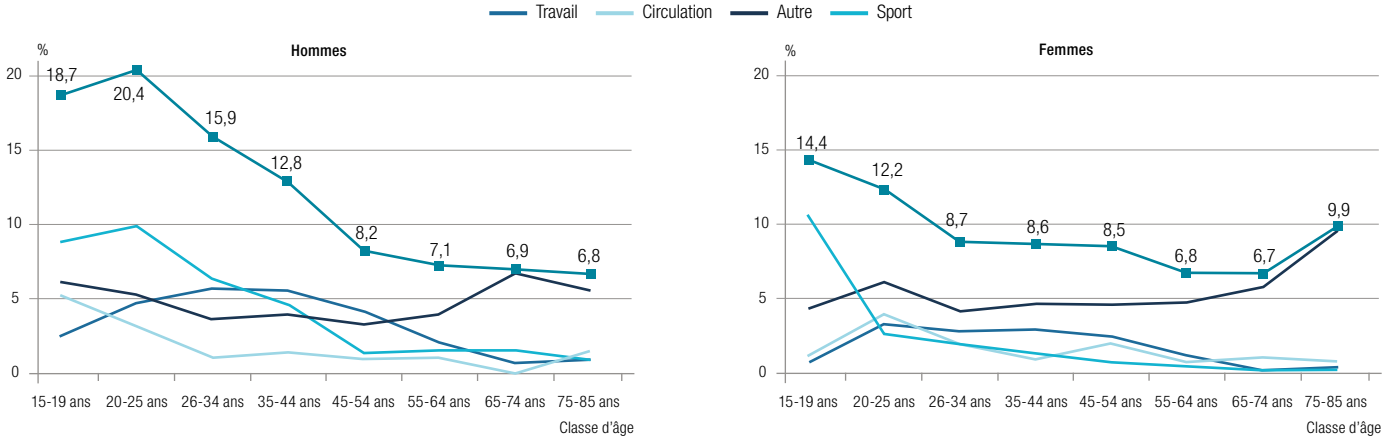
Dans l'enquête du Baromètre santé 2010, 10,3 % des personnes de 15 et 85 ans ont déclaré avoir eu, lors des 12 derniers mois, un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital (graphique 2) : AcVC pour les trois quarts (7,5 %), accidents du travail (2,9 %) et accidents de la circulation (1,6 %). La répartition présente des différences selon le sexe, variables selon les âges : jusqu'à 44 ans, les hommes déclarent plus d'accidents que les femmes. De 45 à 75 ans, le sex ratio est proche de 1, puis il s'inverse de 75 à 85 ans (9,9 % des femmes contre 6,6 % des hommes).

Les estimations tirées de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC), qui concernent les seuls AcVC qui ont fait l'objet d'un recours aux urgences hospitalières, complètent celles du Baromètre santé : au-delà de 15 ans, sur la période 2004-2008, 4,9 % des Français de métropole ont eu un AcVC chaque année, davantage les hommes (5,8) que les femmes (4,0).

L'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), quant à elle, chiffre l'ensemble des recours aux soins. Les derniers résultats disponibles, de 2004, fournissent un taux d'incidence trimestriel de 4,6 pour 100 personnes accidentées de la vie courante. Le nombre de résidents en France métropolitaine ayant eu un AcVC avec recours aux soins au cours des trois mois précédents est ainsi estimé à 2,8 millions : 12 % ont eu recours à des soins paramédicaux, 42 % à un médecin hors hôpital, 33 % aux urgences et 13 % à l'hospitalisation. ■

▶▶▶ **Organisme responsable de la production de la fiche** : InVS, département des Maladies chroniques et des traumatismes.

GRAPHIQUE 2
Fréquence des accidents déclarés selon l'âge, le sexe, le type d'accident, sur 12 mois, 2010 (en %)



Champ • France métropolitaine.
Source • Baromètre santé 2010.

INDICATEUR • **Taux de mortalité par traumatisme**

▶**Champ** : Tous les décès par traumatisme et accidents de la vie courante survenus en France métropolitaine, en 2010. ▶**Source** : Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès, Inserm-CépiDc, 2000-2010. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Codes de la 10e version de la Classification internationale des maladies (CIM-10) appartenant à la liste de référence des causes de décès par AcVC. Analyse des décès en cause principale, sauf pour les chutes. Les décès par chute ont été analysés en « causes multiples », en ajoutant aux décès de cause initiale « chute » (codes W00-W19) les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59), et en cause associée « fracture du fémur » (code S72). Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants sur la population moyenne de l'année en cours. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe, recensement général de la population de 1999. Les tendances ont été modélisées, et les taux de variations annuels moyens, ajustés sur l'année et l'âge, ont été estimés par le modèle de Poisson. Modèle corrigé par une régression binomiale négative, du fait d'une surdispersion. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

▶**Références** :

– Thélot B., Ermanel C., Jougla E., Pavillon G., 2006, « Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatismes en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 42, p. 323-328.
– Barry Y., Lasbeur L., Thélot B., 2011, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 29-30, p. 328-332.
– Résultats disponibles sous : www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/mortalite_traumatismes

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès**

▶**Champ** : Toutes les noyades entre le 1er juin et le 30 septembre 2012 ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés, suivies d'une hospitalisation ou d'un décès en France (France métropolitaine et départements et collectivités d'outre-mer). ▶**Sources** : Enquête Noyades 2012 et pour les évolutions enquêtes Noyades 2003, 2004, 2006, 2009 et 2012. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Le terme « noyade » est ici utilisé au sens large, qu'elle soit ou non suivie d'un décès. Nombre de noyades par âge, lieu et devenir (hospitalisation, séquelles, décès). ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Recueil sur la période estivale (4 mois). ▶**Référence** : Lasbeur L., Thélot B., 2013, « Surveillance épidémiologique des noyades : Enquête Noyades 2012, 1er juin-30 septembre 2012 », Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, mars [en ligne] : www.invs.sante.fr.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière**

▶**Champ** : France métropolitaine, toute personne hospitalisée pour brûlure, avec un diagnostic principal codé de T20 à T32 de la CIM-10. ▶**Sources** : PMSI-MCO 2008 à 2011. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : Des « taux d'incidence hospitaliers » ont été calculés : il s'agit de taux d'incidence de personnes victimes de brûlures résidant en France métropolitaine et hospitalisées en France métropolitaine. Les taux bruts ont été calculés en rapportant le nombre de patients résidant en France métropolitaine à la population au 1er janvier 2011 estimée par l'INSEE. Des taux standardisés sur l'âge ont été calculés en prenant comme référence la population française au recensement de 1999. Les taux d'incidence hospitaliers par région ont été calculés pour les patients résidant dans une région ayant été hospitalisés en France métropolitaine. ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : Les décès sur place ne sont pas enregistrés dans le PMSI. ▶**Référence** : Pasquereau A., Thélot B., 2014, « Hospitalisations pour brûlures à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, France métropolitaine 2011 et évolution depuis 2008 », Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

INDICATEUR • **Taux d'incidence des accidents ayant entraîné un recours aux soins au cours des 12 derniers mois**

▶**Champ** : Baromètre santé 2010, échantillon de personnes de 15 à 85 ans interrogées qui déclarent la survenue d'un accident dans les 12 mois précédents ; Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC), toutes les personnes venues aux urgences d'un nombre limité (une dizaine) d'hôpitaux pour AcVC ; Enquête santé et protection sociale 2004, échantillon national de personnes de tout âge déclarant un accident de la vie courante dans les 3 mois précédents avec recours aux soins ; les enquêtes scolaires 2004-2005 (CM2) et 2005-2006 (GSM), échantillon d'élèves interrogés sur la survenue d'accident depuis le 1er juillet précédent. ▶**Sources** : Baromètre santé 2010, EPAC, ESPS 2004, enquêtes scolaires 2004-2005 et 2005-2006. ▶**Mode de construction de l'indicateur** : à partir des réponses des personnes aux enquêteurs ou aux cliniciens (EPAC), calcul des taux d'incidence annuels ou trimestriels, estimations (EPAC). ▶**Limites d'interprétation et biais connus** : dus aux différentes méthodes d'enquêtes, effectifs restreints d'hôpitaux (EPAC), estimations trimestrielles à partir de réponses sur un nombre variable de mois (enquêtes scolaires).

▶**Références** :

– Richard J.B., Thélot B., Beck F., 2013, « Les accidents en France, évolution et facteurs associés », *Revue épidémiologique de santé publique*, 61, 205-12 [en ligne] : http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.10.007.
– Bonaldi C., Ricard C., Nicolau J., Bouilly M., Thélot B., 2014, « Estimates of Home and Leisure Injuries Treated in Emergency Departments in the Adults Population Living in Metropolitan France : a Model-Assisted Approach », *Population Health Metrics*, 12, 2 [en ligne] : www.pophealthmetrics.com/content/12/1/2, doi :10.1186/1478-7954-12-2.
– Dalichampt M., Thélot B., 2008, « Les accidents de la vie courante en France métropolitaine – Enquête santé et protection sociale 2004 », Saint Maurice, Institut de veille sanitaire, décembre [en ligne] : www.invs.sante.fr
– Thélot B., Chatelus A.L., 2010, « Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 », Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr
– Ménard E., Perrine A.L., Thélot B., 2014, « Les accidents de la vie courante chez les enfants de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2005-2006 », Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : www.invs.sante.fr, à paraître.

▶**Organisme responsable de la production de l'indicateur** : InVS.

La santé bucco-dentaire

Santé bucco-dentaire des adultes

Contexte

Les pathologies bucco-dentaires[1], essentiellement la carie dentaire et les maladies parodontales[2], représentent un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées dans toutes les régions du monde. En France, un plan national de prévention 2006-2009 avait été arrêté par le ministère de la Santé avec pour objectifs le développement d'une politique de prévention auprès des populations à risque et l'amélioration du recours aux soins. Parmi les déterminants influant sur la santé bucco-dentaire, la teneur en sucre de l'alimentation et la qualité de l'hygiène bucco-dentaire jouent un rôle prépondérant (Petersen 2003, Bourgeois *et al.*, 2005). En plus des douleurs, des problèmes fonctionnels ou de la diminution de la qualité de vie qu'elles peuvent générer, les affections bucco-dentaires peuvent retentir sur l'état général, notamment chez les patients immunodéprimés ou atteints de pathologies cardiovasculaires, de diabète, de cancer et de pneumopathie obstructive chronique, en entraînant des complications infectieuses locales ou à distance (King, 2012, INPES, 2012). L'interrelation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général est particulièrement prononcée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement se trouvant en situation de précarité. En effet, l'altération de leur capacité masticatoire en raison de la mobilité ou de la perte de dents et l'absence de recours aux soins se répercutent sur leur apport nutritionnel. Il est recommandé de consulter un dentiste une fois par an.

Toutes les études s'accordent pour reconnaître l'influence des facteurs sociaux sur l'état de santé bucco-dentaire. Ainsi, le recours aux soins, mesuré par la consommation de soins dentaires, est très inégal au sein des populations. Il est fortement lié aux niveaux de revenu et de couverture par l'assurance maladie complémentaire, le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire (Libert *et al.*, 2001, TNS, 2010).

Indicateur

▶ Proportion d'adultes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours d'une année

En 2012, en moyenne, France entière et tous âges confondus, plus de 41 % des adultes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste (tableau 1). Parmi eux, environ 6 % étaient à la CMU-C : cette part représente près de 50 % des adultes couverts par la CMU-C. Le taux de recours au chirurgien-dentiste ne présage pas du besoin de soins : un recours au moins une fois sur une période annuelle peut être l'expression d'un meilleur suivi mais aussi d'un état de santé bucco-dentaire nécessitant des soins.

Il existe des variations régionales dans le taux de recours avec des écarts de plus de 20 %, le taux moyen dans les DOM se situant à 31,7 % et en PACA à 53,8 % (carte 1). Ce sont les adultes de la classe d'âge des 45-64 ans qui ont le plus fréquemment recours au chirurgien-dentiste, avec un taux de 44 %, tandis que le taux le plus faible, à 31 %, se situe dans la classe d'âge des 85 ans et plus, ce que corroborent les études réalisées sur cette catégorie de population, peu consommatrice de soins dentaires. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : CNAMTS

1. Voir également la fiche « Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent ».
2. Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien des dents.

↻ Synthèse

L'état de santé bucco-dentaire des personnes constitue un véritable enjeu de santé publique en raison de la prévalence des pathologies bucco-dentaires, essentiellement carie dentaire et maladies parodontales, et de leur impact sur l'état de santé général. En dépit d'une amélioration de la santé bucco-dentaire depuis quelques décennies, le taux de recours aux chirurgiens-dentistes, actuellement de l'ordre de 40 % dans la population adulte, reste insuffisant.

Tableau 1

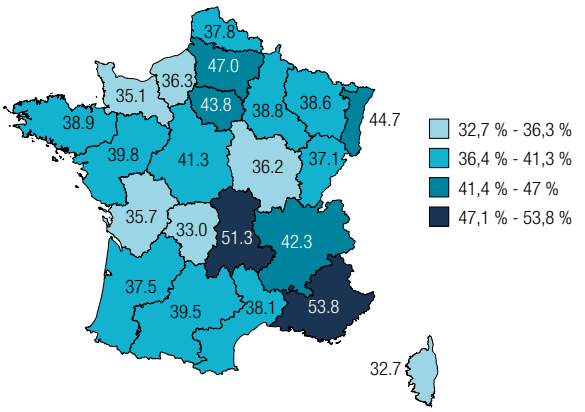
Proportion d'adultes par tranche d'âge et par région ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2012 (en %)

	20-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et plus	Total
Alsace	44,1	47,3	43,1	30,7	44,7
Aquitaine	36,4	39,5	38,1	27,7	37,5
Auvergne	50,1	55,5	47,5	46,8	51,3
Basse-Normandie	36,5	37,6	31,6	18,8	35,1
Bourgogne	36,5	38,6	34,8	22,6	36,2
Bretagne	39,8	41,5	36,0	23,6	38,9
Centre	39,3	45,7	40,7	26,2	41,3
Champagne-Ardenne	38,3	40,8	37,9	30,0	38,8
Corse	32,4	36,1	29,8	22,6	32,7
Franche-Comté	36,8	40,1	35,2	22,3	37,1
Haute-Normandie	36,5	38,8	34,0	21,1	36,3
Île-de-France	40,1	47,2	49,0	40,1	43,8
Languedoc-Roussillon	38,4	39,9	37,1	26,1	38,1
Limousin	32,8	35,1	32,4	21,9	33,0
Lorraine	40,1	41,0	33,7	23,1	38,6
Midi-Pyrénées	39,2	42,2	38,1	26,3	39,5
Nord - Pas-de-Calais	40,0	40,1	30,8	19,3	37,8
Pays de la Loire	38,9	42,5	39,5	27,0	39,8
Picardie	44,3	51,6	44,2	47,8	47,0
Poitou-Charentes	34,9	37,8	36,1	24,5	35,7
Provence - Alpes - Côte d'Azur	50,9	60,5	48,9	52,0	53,8
Rhône-Alpes	39,5	46,1	42,8	36,8	42,3
Départements d'outre-mer	32,5	34,1	25,1	19,7	31,7
France entière	40,0	44,4	40,1	31,5	41,3

Champ • Tous régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée nationale, Sénat, Bordeaux.
Source • CNAMTS ; données Sniiram 2012 en date de remboursement.

Carte 1

Répartition régionale de la proportion d'adultes ayant eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2012



Champ • France métropolitaine ; tous régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée nationale, Sénat, Bordeaux.
Source • CNAMTS ; données Sniiram.

INDICATEUR • **Proportion d'adultes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours d'une année**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Source** : Données issues du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie, ensemble des régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée nationale, Sénat, Bordeaux. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Remboursements de soins ambulatoires (DCIR), de l'année considérée. Tous types de soins dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste omnipraticien ou par un chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale (ODF) en cabinet, en établissement privé et en centre de santé sont pris en compte. L'indicateur principal rapporte le nombre d'adultes (20 ans et plus) ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2012 sur le nombre d'adultes de la population française (données INSEE).

▶ **Références** :

– Azogui-Levy S., Rochereau T., 2005, « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, nº 94.
– Bourgeois D. M., Llodra J. C., Norblad A., Pitts Nigel B., 2005, « Health Surveillance in Europe – A Selection of Essential Oral Health Indicators - Recommended by European Global Oral Health Indicators Development Project », Commission européenne, direction générale « Santé et protection des consommateurs », Programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé.
– Folliguet M., Schvallinger F., Elamrani N., 2012, « La santé bucco-dentaire de la personne âgée », *La santé de l'homme,* INPES, n° 417, p. 34-36.
– King A., 2012, « Oral Health - More Than Just Cavities - A Report by Ontario's Chief Medical Officer of Health April 27 », Ministry of Health and Long-Term Care Reports.
– Libert B., Dang Tran P., Derouet C., 2001, « État dentaire et renoncement aux soins - influence des facteurs socio-économiques et professionnels », Documents pour le médecin du travail, INRS, nº 88, p. 389-394.
– Petersen P. E., Organisation mondiale de la Santé, 2003, Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle : l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire, Genève (Suisse), OMS [en ligne] : www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf
– TNS Opinion & Social- Eurobaromètre Spécial 330, La santé dentaire / Wave 72.3 - février 2010.
– Vergnes J.N., Nabet C., 2012, « Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? », *La santé de l'homme,* INPES, n° 417, p. 7-8.
– Vincelet C., Azogui-Lévy S. Grémy I., 2008, « État bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte », Observatoire régional de santé d'Île-de-France, octobre.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CNAMTS.

Santé bucco-dentaire des femmes enceintes

Contexte

Les femmes enceintes représentent une catégorie de la population particulièrement sensible aux pathologies bucco-dentaires. En effet, lors de la grossesse, les femmes sont sujettes à des modifications physiologiques pouvant avoir des répercussions bucco-dentaires en raison des variations hormonales (augmentation des taux d'œstrogène et de progestérone) et immunitaires induites par leur état. Ces spécificités entraînent une susceptibilité accrue des muqueuses buccales aux agressions bactériennes favorisant ainsi l'apparition de gingivites et le développement de parodontopathies. Par ailleurs, la modification de la composition salivaire contribue à une aggravation du risque carieux et à une progression plus rapide des lésions carieuses préexistantes. Les infections bucco-dentaires chez la femme enceinte peuvent entraîner des complications obstétricales et compromettre l'issue de la grossesse. Plusieurs études ont montré que l'infection parodontale pourrait être un facteur de risque d'accouchement prématuré ou de naissance de bébés de poids inférieurs à 2 500 grammes (Offenbacher *et al.*, 1996, Xiong *et al.*, 2006, Dridi *et al.*, 2008), majoré pour les niveaux socio-économiques les plus bas. L'amélioration de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes et la sensibilisation précoce des futurs parents à la préservation de celle des enfants sont de véritables enjeux de santé publique.

Indicateur

▶ Proportion annuelle de patientes enceintes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours des deuxième ou troisième trimestres de leur grossesse

En 2012, en moyenne, France entière, 18,2 % des femmes enceintes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste (tableau 1). Parmi elles 11 % étaient à la CMU-C.

Il existe des variations régionales dans le taux de recours avec des écarts de plus de 10 %, le taux moyen dans les DOM se situant à 12,4 % et en Alsace à 22,7 % (carte 1). Plus globalement, les taux de recours les plus faibles se situent dans le Nord de la France.

La politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention ayant apporté la preuve de son efficacité, les partenaires conventionnels ont convenu d'étendre les actions incitatives mises en œuvre au travers du dispositif de prévention bucco-dentaire prévu pour les enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, en direction des femmes enceintes dès le quatrième mois de grossesse. Depuis janvier 2014, celles-ci peuvent bénéficier d'un examen de prévention complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales, à partir du 4e mois de grossesse et ce, jusqu'à douze jours après l'accouchement. ■

▶▶▶ Organisme responsable de la production de la fiche : CNAMTS

↻ Synthèse

En 2012, 18,2 % des femmes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste au cours de leur grossesse. Les taux par région montrent des disparités avec les taux de recours les plus faibles dans le Nord de la France.

Tableau 1

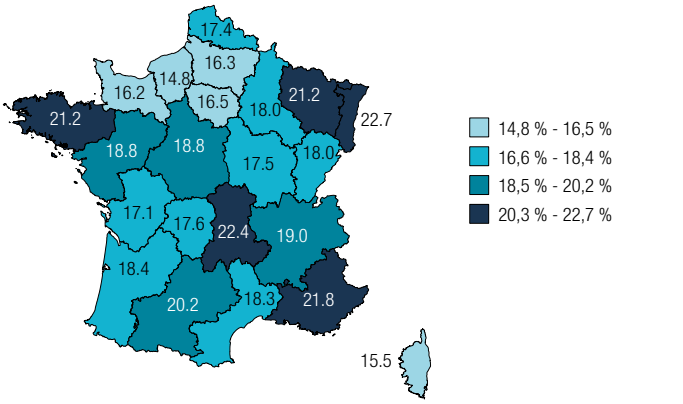
Taux de recours des femmes ayant accouché en 2012 et ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours des deuxième et troisième trimestres de la grossesse

	Nombre de femmes consultantes	Nombre de femmes ayant accouché en 2012	Taux de recours (en %)
Alsace	4684	20 660	22,7
Aquitaine	6122	33 259	18,4
Auvergne	2966	13 267	22,4
Basse-Normandie	2544	15 664	16,2
Bourgogne	2963	16 916	17,5
Bretagne	7541	35 593	21,2
Centre	5437	28 985	18,8
Champagne-Ardenne	2706	14 997	18,0
Corse	448	2882	15,5
Franche-Comté	2325	12 882	18,0
Haute-Normandie	3417	23 017	14,8
Île-de-France	28 339	171 276	16,5
Languedoc-Roussillon	5334	29 224	18,3
Limousin	1190	6750	17,6
Lorraine	5306	25 072	21,2
Midi-Pyrénées	6358	31 527	20,2
Nord - Pas-de-Calais	9253	53 066	17,4
PACA	12 449	57 071	21,8
Pays de la Loire	8141	43 393	18,8
Picardie	3884	23 799	16,3
Poitou-Charentes	3050	17 802	17,1
Rhône-Alpes	14 933	78 559	19,0
DOM	3580	28 824	12,4
Total	**142 970**	**784 485**	**18,2**

Champ • Tous régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée nationale, Sénat, Bordeaux.
Source • CNAMTS ; données Sniiram 2012 en date de remboursement.

Carte 1

Répartition régionale de la proportion de femmes enceintes ayant eu recours à des soins dentaires au cours du deuxième ou troisième trimestre de leur grossesse



Champ • France métropolitaine ; tous régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée nationale, Sénat, Bordeaux.
Source • CNAMTS ; données Sniiram 2012 en date de remboursement.

INDICATEUR • **Proportion annuelle de patientes enceintes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours des deuxième ou troisième trimestres de leur grossesse**

▶ **Champ** : France entière. ▶ **Source:** Données issues du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie, ensemble des régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée nationale, Sénat, Bordeaux. ▶ **Mode de construction de l'indicateur** : Remboursements de soins ambulatoires (DCIR) de l'année considérée. Tous types de soins dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste omnipraticien ou par un chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale (ODF) en cabinet, en établissement privé et en centre de santé sont pris en compte. L'indicateur principal rapporte le nombre de patientes ayant accouché en 2012 et ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours des deuxième ou troisième trimestres de leur grossesse sur le nombre de femmes ayant accouché dans l'année. ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Les taux régionaux sont des taux bruts non standardisés.

▶ **Références** :

– CDA Foundation, 2010, « Oral Health During Pregnancy and Early Childhood : Evidence-Based Guidelines for Health Profesionals » [en ligne] : www.cdafoundation.org/Portals/0/pdfs/poh_guidelines.pdf
– Dridi S.M., Ejeil A.L., Gamgne Guiadem C., Lallam-Laroye C., 2008, « Naissances prématurées spontanées et maladies parodontales : le débat continue ! », *Rev Odont Stomat*, 37, p. 19-42.
– Offenbacher S., Katk V., Fertik G., 1996, « Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for Preterm Low Birth Weight », *J Periodontol*, 67 (Suppl), p. 1103-1113.
– Xiong X., Buekens P., Fraser W.D., Beck J., Offenbacher S., 2006, « Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcomes : a Systemic Review », *Brit J Obstet Gynaecol*, 113, p, 135-143.

▶ **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CNAMTS.

Répertoire des sigles utilisés

A

AASQA : Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire
ABM : Agence de la biomédecine
AcVC : Accident de la vie courante
ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ADPHE : Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant
AES : Accident d'exposition au sang
AFTN : Anomalie de fermeture du tube neural
AIT : Accident ischémique transitoire
ALD : Affection de longue durée
AME : Aide médicale d'état
AMP : Assistance médicale à la procréation
ANI : Accord national interprofessionnel
ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida
ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
ARS : Agence régionale de santé
ASA : American Society of Anesthesiologists
ASN : Autorité de sûreté nucléaire
AT : Accident du travail
ATIH : Agence technique de l'information hospitalière
AVC : Accident vasculaire cérébral

B

BCG : Bacille de Calmette et Guérin
BHD : Buprénorphine haut dosage
BIT : Bureau international du travail
BLC : Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux
BMR : Bactérie multirésistante
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

C

C3G : Céphalosporines de troisième génération
Caarud : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCLIN : Centres interrégionaux de lutte contre les infections nosocomiales
CCR : Cancer colorectal
CCU : Cancer du col de l'utérus
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CFES : Comité français d'éducation pour la santé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIDI-SF : Composite International Diagnosis Interview Short Form
CIM : Classification internationale des maladies
CIRC : Centre international de recherche sur le cancer
Citepa : Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique
CMI : Concentration minimum inhibitrice
CMU-C : Couverture médicale universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNR : Centre national de référence
CSAPA : Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire
CVC : Cathéter veineux central

D

DA : Diagnostic associé
DADS : Déclaration annuelle de données sociales
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DAS : Diagnostic associé significatif
DCIR : Données de consommation interrégimes
DDJ : Dose définie journalière
DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGDDI : Direction générale des douanes et droits indirects
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DGT : Direction générale du travail
DOM : Département d'outre-mer
DP : Diagnostic principal
DR : Diagnostic relié
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DTP : Diphtérie tétanos poliomyélite

E

EARS-Net : Antimicrobial Resistance Interactive Database
EBLSE : Entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu
ECDC : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EDC : Épisode dépressif caractérisé
EFTA : European Free Trade Association

EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires
EHLEIS : European Health and Life Expectancy Information System
EIG : Événement indésirable grave
ELP : Estimations localisées de population
EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins
ENNS : Étude nationale nutrition santé
ENP : Enquête nationale périnatale
ENP : Enquête nationale de prévalence
Entred : Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
EP : Établissement de santé ayant une activité en psychiatrie
EP : Embolie pulmonaire
EPAC : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
EPC : Entérobactéries productrices de carbapénémases
ERCV : Enquête sur les ressources et conditions de vie
ERG : Entérocoques résistants aux glycopeptides
EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ES : Établissement de santé
ESAC–Net European Surveillance of Antimicrobial Consumption
Escapad : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD : European School Survey on Alcohol and Others Drugs
ESPS : Enquête santé et protection sociale
Esteban : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition
ET : Écart-type
ETP : Équivalent temps plein
EUROCAT : European Surveillance of Congenital Anomalies
EURO-PERISTAT : European Perinatal Statistics
Eurostat : European Statistics
EU-SILC : European Union-Statistics on Incom and Living Conditions
EV : Espérance de vie
EVI : Espérance de vie avec incapacité
EVSI : Indicateur d'espérance de vie sans incapacité

F

FCU : Frottis cervico-utérin
Fécond : Fécondité-contraception-dysfonctions sexuelles
FESF : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
FIV : Fécondation *in vitro*
FQ : Fluoroquinolones

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAI-Net : Network for Healthcare-associated Infections
HAP : Hydrocarbure aromatique polycyclique
HAS : Haute Autorité de santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children
HCL : Hospices civils de Lyon
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HFA-DB : European Health for all Databases
Hib : Haemophilius influenza b
HPV : Human papilloma virus
HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

I

IARC : International Agency for Research on Cancer
ICF : Indicateur conjoncturel de fécondité
IDM : Infarctus du myocarde
IFSTTAR : Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux
IGS : Indice de gravité simplifié
IMC : Indice de masse corporelle
IMG : Interruption médicale de grossesse
IN : Infection nosocomiale
INCa : Institut national du cancer
INCA : Étude individuelle nationale des comportements alimentaires
INED : Institut national des études démographiques
Ineris : Institut national de l'environnement industriel et des risques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation en 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
IPP : Incapacité partielle permanente
IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISO : Infection du site opératoire
IST : Infections sexuellement transmissibles
IVG : Interruption volontaire de grossesse

L

LCSQA : Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air
LH : Lit d'hospitalisation
LSD : Diéthylamide de l'acide lysergique

M

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MDO : Maladie à déclaration obligatoire
MDR : Tuberculose multirésistante
MEDDE : Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie
MFIU : Mort fœtale *in utero*
MFPP : Mort fœtale *per partum*
MSA : Mutualité sociale agricole
MSO : Médicament de substitution aux opiacés
MVTE : Maladie veineuse thrombo-embolique

N

NNIS : National Nosocomial Infections Surveillance

O

Obépi : Enquête nationale sur l'obésité et le surpoids
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OMS : Organisation mondiale de la santé
OFDT : Observatoire français des toxicomanies
ONISR : Observatoire national interministériel sur la sécurité routière
OR : Odds ratio
ORL : Oto-rhino-laryngologie

P

PACA : Provence - Alpes - Côte d'Azur
PCR : Réaction en chaîne par polymérase
PCS : Profession et catégorie sociale
PCV : Vaccin pneumocoque
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRCV : Panel sur les ressources et conditions de vie
Propin : Programme de lutte contre les infections associées aux soins
PTH : Prothèse de hanche

R

Raisin : Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RATB : Résistance bactérienne aux antibiotiques
REIN : Réseau épidémiologie et information en néphrologie
Renachla : Réseau national des chlamydioses
Renago : Réseau national des gonocoques
RIM-P : Recueil d'information médicale en psychiatrie
RNIPP : Répertoire national d'identification des personnes physiques
ROR : Rougeole oreillons rubéole
RR : Risque relatif
RSA : Revenu de solidarité active
RSI : Régime des salariés indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements
SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
SCA : Syndrome coronaire aigu
Secten : Secteurs économiques et énergie
Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise
SISE-Eaux : Système d'information en santé environnement sur les eaux
SLD : Soins de longue durée
SMPG : Santé mentale en population générale
Sniiram : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
SNSPE : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant

SRCV : Statistique sur les ressources et conditions de vie
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SUMER : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

T

TI : Taux d'incidence
TMS : Troubles musculo-squelettiques
TS : Tentative de suicide
TSO : Traitement de substitution aux opiacés
TV : Thrombose veineuse

U

UD : Usager de drogues
UDI : Unité de distribution d'eau potable
UE : Union européenne
UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire
UVB : Ultraviolets B

V

VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Z

ZEAT : Zone d'étude et d'aménagement du territoire
ZEP : Zone d'éducation prioritaire

L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2015

De nombreux indicateurs de santé le montrent : les Français sont globalement en bonne santé et vivent toujours plus longtemps. Leur espérance de vie à 65 ans se classe toujours, en 2014, au premier rang européen, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, corollaires d'une vie plus longue.

Pourtant, des inégalités importantes de santé persistent au sein de la population. L'existence et l'importance des problèmes de santé apparaissent, en effet, étroitement liées à la position sociale et au niveau d'études. De la prématurité à la surcharge pondérale pendant l'enfance, ces disparités s'inscrivent avant même la naissance et se maintiennent tout au long de la vie. Enfin, les structures sociales et démographiques sont déterminantes pour comprendre les inégalités territoriales.

À travers plus de deux cents indicateurs, cet ouvrage dessine un véritable panorama détaillé de la santé des Français, en conjuguant les approches par déterminants, par pathologies et par populations. Il met ainsi au jour les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques.

Coordonné par la DREES, avec l'appui de l'Institut national de veille sanitaire, cet ouvrage a bénéficié de la contribution de l'ensemble des producteurs de données de santé.

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

www.drees.sante.gouv.fr
ISBN : 978-2-11-138978-6
ISSN : 1295-6570