

# L'état de santé de la population en France

Indicateurs associés à la loi relative  
à la politique de santé publique

Rapport 2007



**L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE**  
INDICATEURS ASSOCIÉS À LA LOI RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE  
RAPPORT 2007

Sous la direction de Emmanuelle Salines et de Sandrine Danet  
Directrice de la publication : Anne-Marie Brocas  
Rédactrice en chef : Élisabeth Hini

**Relecture** : Gérard Badeyan, Sarah Netter, Lucile Olier, Gilbert Rotbard, Stéphanie Taro, Hélène Wang.

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

**ADEME** (Direction de l'air du bruit et de l'efficacité énergétique, département de surveillance de la qualité de l'air : Souad Bouallala, Christian Elichegaray), **AFSSA** (Jean-Luc Volatier), **AFSSAPS**, Agence de la biomédecine (Christian Jacquelinet, Cécile Couchoud), **CNAMTS**, **CNRS** (Serge Karsenty), **DARES** (département conditions de travail et santé : Marie-Christine Floury, Nicole Guignon, Sylvie Hamon-Cholet, Jennifer Bué), **DGS-EA**, **InCa** (Pascale Grosclaude, Anne Belanger), **INPES** (François Beck, Hélène Escalon, Jean-Louis Wilquin), **INRETS** (Bernard Laumon), **INSEE**(Stéphane Jugnot, Anne Pla, Lucile Richet-Mastain), **INSERM-CépiDc** (Éric Jougla, Alain Le Toullec, Martine Bovet), **INSERM unité 149** (Béatrice Blondel, Marie-Hélène Bouvier-Colle), **InVS** (département santé environnement : Philippe Bretin, Olivier Catelinois, Agnès Lefranc, Philippe Tuppin ; département des maladies chroniques et traumatismes : Rosemary Ancelle Park, Katia Castetbon, Marie-Christine Delmas, Christine de Peretti, Nicolas Duport, Céline Ermanel, Anne Fagot Campagna, Cécile Ricard, Isabelle Romon, Bertrand Thélot ; département des maladies infectieuses : Christine Campese, Didier Che, Anne Gallay, Jean-Paul Guthmann, Marie Jauffret-Roustide, Florence Lot, Bruno Coignard, Sylvie Maugat), **IRDES** (Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle), **MSA**, **OFDT** (Tiphaine Canarelli, Cristina Diaz-Gomez, Stéphane Legleye, Christophe Palle), **ONISR**, **RSI**, **UFSBD**, **USEN/CNAM** (Katia Castetbon).

**Pour la DREES** : Guillaume Bailleau, Bénédicte Boisguérin, Emmanuelle Cambois, Marie-Émilie Clerc, Nathalie Guignon, Albane Gourdol, François Hada, Brigitte Haury, Thomas Morin, Marie-Claude Mouquet, Annick Vilain.

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

Visuel et maquette : [www.lasouris.org](http://www.lasouris.org)

**C**ET ouvrage fournit en 2007 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue le second rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, après une première édition en 2006.

*Il a vocation à documenter le Haut conseil de la santé publique (HCSP) installé depuis mars 2007 pour préparer l'évaluation de la loi de santé publique du 9 août 2004 qui doit être conduite à l'horizon 2008-2009.*

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

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

*Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, à partir des données disponibles les plus récentes dans les champs couverts, le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 64 objectifs spécifiques. Les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation chiffrée sont ceux pour lesquels les sources de données n'étaient pas disponibles. Il s'agit par exemple de mesure de qualité de vie pour certains états pathologiques, ou d'atteintes de santé dont la mesure est complexe dans des groupes spécifiques.*

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

synthèse



# Synthèse

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

En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou entre catégories sociales, et, dans certains groupes de population. Par ailleurs pour certaines pathologies, on constate encore des situations préoccupantes. Des progrès pourraient être réalisés grâce à la prévention et à des améliorations des prises en charge, et ce à tous les âges de la vie. Dans cette perspective, la loi relative politique de santé publique du 9 août 2004 définit, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies et/ou déterminants), des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques ayant des traits communs, à une échéance pluriannuelle (cinq ans). Le suivi de ces objectifs fournit une palette d'informations très riche, à laquelle s'ajoute un ensemble d'indicateurs transversaux de cadrage et d'appréciation globale de la santé. Les indicateurs classiques de mortalité (mortalité, espérance de vie) et de morbidité (incidence et prévalence des différents problèmes de santé) seront au fur et à mesure enrichis par le développement et la mesure d'indicateurs plus qualitatifs, dont certains sont encore du domaine de la recherche, sur la santé perçue, les limitations fonctionnelles et la qualité de vie.

## ■ L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE APPARAÎT PLUTÔT BON, MAIS LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE DEMEURE PLUS ÉLEVÉE QUE DANS LES AUTRES PAYS EUROPÉENS

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon et a tendance à s'améliorer.

Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (84,0 ans pour les femmes et 77,1 ans pour les hommes en 2006) continue de progresser : en dix ans les hommes ont gagné 3,1 ans et les femmes 2,1 ans d'espérance de vie, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés. En 2005, l'espérance de vie à 65 ans était parmi les plus élevées d'Europe, tant pour les femmes (22 ans, soit 1,4 an de plus qu'il y a dix ans), que pour les hommes (17,7 ans, soit 1,6 an de plus qu'en 1995).

La proportion d'années de vie sans incapacité à 65 ans reste stable (autour de 10 années pour les hommes et 15 années pour les femmes), l'allongement de la durée de vie ne semblant donc pas s'accompagner globalement d'une dégradation de l'état de santé.

Le taux de mortalité globale (taux brut de 8,4 pour 1 000 en 2006) est par ailleurs en France l'un des plus faibles d'Europe. Pour la troisième année consécutive, la mortalité est en dessous de celle qu'on pourrait attendre compte tenu du vieillissement de la population et de la prolongation de la tendance des dernières décennies.

Le taux de mortalité infantile (3,7 pour 1 000 en 2006) qui a diminué de 23 % depuis 10 ans est également l'un des moins élevés du monde, les pays du nord de l'Europe enregistrant toutefois des taux encore plus faibles.

Pour les maladies cardiovasculaires, la France bénéficie également d'une position favorable, par comparaison avec les autres pays de même niveau de vie et l'importance de ces maladies a décliné ces dernières années.

Cette situation apparaît toutefois beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée « évitable » qui est notamment liée aux cancers et aux pathologies provoquées par le tabac et l'alcool, mais aussi aux suicides et aux accidents de transport. En effet, en 2003, parmi les 25 pays de l'Union européenne, c'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé après les nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique, devant le Portugal et le Luxembourg (taux de décès double en France par rapport au Royaume-Uni).

## ■ SURMORTALITÉ DES HOMMES, MOINS BON ÉTAT DE SANTÉ PERÇUE DES FEMMES, ET FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes, avec un paradoxe selon que l'on observe la mortalité ou l'état de santé déclaré. Les écarts d'espérance de vie entre hommes et

femmes, sont en effet plus défavorables aux hommes. Ils restent encore importants même s'ils tendent à se réduire passant, pour l'espérance de vie à la naissance, de 7,9 ans en 1996 à 6,9 ans en 2006, et pour l'espérance de vie à 65 ans, de 4,6 ans en 1995 à 4,3 ans en 2005.

Ce sont plus particulièrement les indicateurs de mortalité prématurée et de mortalité prématurée « évitable » liées à des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses...) qui sont défavorables pour les hommes dans notre pays. Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est ainsi 2,2 fois supérieur à celui des femmes.

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

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

### ■ DES DISPARITÉS SOCIALES IMPORTANTES

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liés à la position sociale et au niveau d'éducation. Tous les indicateurs – que ce soit la déclaration d'état général de santé, 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 et le niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) visent à permettre aux personnes en situation précaire d'accéder à des conditions de soins de droit commun. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. En 2004, 10 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses), ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête, pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes (11,6 %), que chez les hommes (8,2 %). Il est maximal entre 30 et 59 ans, puis diminue avec l'âge. Les renoncements augmentent de manière importante au-dessous d'un revenu de 2500 euros mensuels pour un ménage.

### ■ DES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES IMPORTANTES

Lorsqu'on dispose de données par région ou par département, on constate pour beaucoup de problèmes de santé des différences territoriales sensibles en matière de mortalité comme de morbidité.

Pour la mortalité évitable, par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué chez les hommes, les régions du sud de la France ayant une situation plus favorable. Ces disparités, qui sont en partie liées à des différences territoriales de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés.

### ■ DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ MULTIPLES DONT BEAUCOUP SONT CONNUS

Ces disparités suggèrent que, pour certains groupes de population et certaines pathologies, des gains sont possibles en matière d'état de santé, grâce à une action sur ses déterminants. Ceux-ci sont notamment d'ordre comportemental (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, habitudes alimentaires, prises de risques...), liés à des expositions dans la vie quotidienne et en milieu de travail (environnement chimique [pollution...], physique [bruit, travaux pénibles...], biologique [bactéries, virus...], social [stress...]) ou liés à l'environnement socioculturel des personnes. Ces déterminants, qui sont parfois multiples, sont souvent connus pour les différentes pathologies et accessibles à des actions de prévention qui pourront permettre de diminuer la fréquence d'apparition ou la sévérité des maladies.

L'amélioration des prises en charge peut également permettre d'éviter ou de retarder les incapacités liées aux problèmes de santé, et d'améliorer la qualité des soins et les conditions de vie dont bénéficient les patients.

\*\*\*

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

L'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée.

La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus s'est stabilisée entre 2005 et 2006 après quatre années de baisse. Les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont néanmoins baissé d'un peu plus de 10% entre 1999 et 2006. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. Cependant la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool mais elle ne se situe plus en tête du classement. Ainsi, environ un tiers des personnes de 18 ans et plus ont une consommation d'alcool considérée à risque : risque d'alcoolisation excessive ponctuelle pour les trois quarts d'entre elles (plutôt des hommes entre 18 et 44 ans) et risque d'alcoolisation excessive chronique pour un quart (là encore plutôt des hommes plus âgés, après 44 ans). Ce sont les agriculteurs, les artisans, commerçants et les ouvriers non qualifiés qui sont le plus touchés par le risque d'alcoolisation excessive chronique. Les agriculteurs et les ouvriers sont les moins concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel alors que les autres catégories sont touchées en proportion équivalente. Chez les femmes, ce risque d'alcoolisation est plus fréquent chez les cadres, les professions intermédiaires et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

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

Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, le tabagisme est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment dans leurs localisations pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 30% de la mortalité avant 65 ans (52% chez les hommes). Le développement du tabagisme féminin au cours des quarante dernières années se traduit par un accroissement du taux de décès par cancer du poumon en particulier chez les femmes de moins de 65 ans (+100% entre 1990 et 2004) alors qu'il a diminué dans le même temps chez les hommes (-14%).

Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites...) dont l'impact est considérable, tant pour la qualité de vie des personnes qu'en termes de coût économique.

En 2005, l'usage quotidien de tabac concerne 23% des femmes et 30% des hommes de 15-75 ans : il est globalement en baisse depuis quelques années, mais présente une relative stabilité chez les femmes depuis les années 1980.

L'arrêt du tabagisme apparaît plus fréquent chez les fumeurs consommant de petites quantités de cigarettes car ils sont aussi les moins dépendants. À l'adolescence, les habitudes de consommation des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 40 à 32% entre 2000 et 2005, celui des garçons passant de 42% en 2000 à 34% en 2005. Les hausses des prix ont sans doute participé à cette diminution dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées.

Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac apparaît en légère baisse (passant de 13,8 ans en 2000 à 13,5 ans en 2005 pour les filles, et de 13,6 à 13,3 ans pour les garçons âgés de 17 ans), mais celui du passage à l'usage quotidien est stable depuis 2003 (14,7 ans pour les filles et 14,8 ans pour les garçons). Ce résultat illustre le fait que les jeunes les moins enclins à fumer se détournent de l'expérimentation de la cigarette, de façon analogue au fait que les petits fumeurs profitent davantage des hausses du tabac pour arrêter de fumer.

Environ 2 femmes enceintes sur 10 déclarent fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, cette part est toutefois en baisse depuis 1995. Les femmes jeunes, moins diplômées, ou encore qui résident en métropole qui apparaissent davantage concernées par ce comportement.

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

14 % des établissements, quatre ans auparavant. Par ailleurs, les informations existantes sur l'exposition à la fumée dans les lieux publics apportent d'autres éclairages intéressants sur l'application effective de l'interdit posé par la loi. Mieux classé que les hôpitaux ou les lycées, le milieu professionnel peut être considéré comme le mieux préparé à l'interdiction totale de fumer. La situation dans les lieux de convivialité reste hétérogène selon les types d'établissement. Dans les hôtels, la quasi-totalité des interviewés fréquentant ces lieux se déclarent « rarement » ou « jamais » exposés à la fumée des autres ; la situation est moins favorable dans les établissements de restauration mais toutefois, l'exposition à la fumée n'est pas un phénomène largement répandu : environ deux tiers des personnes interviewées se déclarent « rarement » ou « jamais » exposées. En revanche, dans les cafés, bars et pubs, la fumée reste problématique et elle domine largement l'air ambiant dans les discothèques.

### ■ LE DÉVELOPPEMENT DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ APPELLE DES ÉVOLUTIONS EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ET D'EXERCICE PHYSIQUE

L'excès de poids et la sédentarité, souvent associés, sont des facteurs de risque importants de maladies chroniques, diabète et maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde...).

La prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale et plus spécifiquement le nombre d'obèses, a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte. Les évolutions des années 2000 ne montrent pas d'infléchissement mais plutôt une augmentation de l'obésité en particulier chez les femmes. Actuellement, l'obésité concerne 11 % des hommes comme des femmes adultes, le surpoids un peu plus d'un tiers des hommes et 23 % des femmes. La surcharge pondérale concerne de 14 à 20 % d'enfants dont 4 % seraient obèses. Les chiffres diffèrent peu entre garçons et filles. Chez les adultes comme chez les enfants, les prévalences de surcharge pondérale varient de façon importante selon le milieu socio-économique et elles sont les plus élevées dans les milieux les plus modestes.

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

En 2002, 81 % des hommes et 71 % des femmes avaient une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour alors que les recommandations préconisent une consommation de 5 fruits et légumes par jour. Cette faible consommation concerne tout particulièrement les hommes et les jeunes ainsi que les régions du nord de la France. Les données de consommations apparentes (achats) de fruits par personne ont cependant augmenté entre 2000 et 2005.

La consommation moyenne de sel en France était de l'ordre de 9 à 10 g/j en 2000 pour un objectif fixé par la loi relative à la politique de santé publique de 8 g/j. En 2005, plus des trois-quarts des 15-74 ans réalisent l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique modérée au moins cinq fois par semaine.

Le programme national nutrition santé (PNNS) de septembre 2006 a relancé à partir de ces constats un ensemble de mesures susceptibles d'améliorer ces indicateurs nutritionnels. Les indicateurs liés aux objectifs prioritaires du PNNS ont été évalués au niveau national en 2006-2007. Les résultats des études seront connus le 12 décembre 2007 lors du colloque PNNS.

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

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

En 2005, 556 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : accidents de trajet dans trois quarts des cas et accidents de travail à proprement parler une fois sur quatre. Sur la période 2002-2005, les évolutions constatées (-45,6 % pour les décès par accidents de mission et -55,9 % pour les accidents de trajet) sont plus favorables que celles relevées sur la même période par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) pour l'ensemble des accidents de la route (diminution de 31,8 % entre 2002 et 2005).

Les contraintes articulaires en milieu de travail sont potentiellement responsables d'une grande

## Synthèse

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

L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut être responsable de surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires. En 2003, plus d'un salarié sur quatre soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB pendant plus de 20 heures par semaine n'avait pas à sa disposition de protection auditive. 700 000 salariés soit 3,3 % des salariés déclarent ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole, ces chiffres restant stables depuis 1998.

Les hommes sont plus exposés que les femmes à des niveaux de bruit importants, mais les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protections auditives. Ce sont le secteur industriel et l'agriculture qui soumettent le plus leurs salariés aux nuisances sonores intenses.

En 2003, 1,1 million de salariés étaient en outre exposés à des produits cancérigènes classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne. Ce sont des produits répandus principalement dans l'industrie et la construction, auxquels sont surtout exposés les hommes ouvriers. De 30 à 46 % d'entre eux ne bénéficient d'aucune protection ni collective ni individuelle.

Ces indicateurs témoignent donc de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail, de l'inégalité entre secteurs d'activité et de la nécessité du développement ou du respect de mesures de prévention pour diminuer l'incidence de pathologies fréquentes.

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

L'environnement influe sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Ainsi, 8 objectifs de la loi de santé publique sont consacrés à la surveillance de facteurs environnementaux et à leur impact sur la santé de la population. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances.

La qualité de l'air a été assez récemment reconnue comme un enjeu de santé publique majeur, tant pour l'air extérieur que pour celui des locaux d'habitation et de travail. En 2000, en France, on estimait à 32 000 le nombre de décès annuels attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine. Plus de la moitié de ces cas seraient causés par la pollution automobile. En terme de morbidité, entre 60 000 et 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à ce facteur. De nombreuses études épidémiologiques récentes ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé. Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>), les fumées noires ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre (PM<sub>10</sub>), le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) et l'ozone (O<sub>3</sub>). Si des progrès ont été enregistrés entre 2000 et 2006 pour les trois premiers de ces polluants, l'évolution du niveau d'ozone enregistre au contraire une augmentation régulière entre 2000 et 2006.

La surveillance de la qualité de l'air intérieur débute et on ne dispose pas d'indicateur global. Deux gaz toxiques sont cependant bien identifiés et surveillés : le radon et le monoxyde de carbone (CO).

Le radon est un gaz radioactif présent à l'état naturel dans certaines zones géologiques et qui peut être à l'origine de cancers du poumon. On estime que 13 % de la mortalité par cancer du poumon pourrait être consécutive à cette exposition. Il se concentre dans les locaux d'où il peut être évacué par une ventilation efficace. Le contrôle des niveaux de radon dans les établissements d'enseignement et les établissements sanitaires est en cours de généralisation dans les départements considérés comme prioritaires.

Les décès par intoxication au monoxyde de carbone (CO) constituent la première cause de morta-

lité par inhalation toxique en France. Cette intoxication est due à des appareils de chauffage mal réglés et à une mauvaise ventilation des locaux.

Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) est passé de près de 300 cas à la fin des années 1970 à une centaine de cas entre 2000 et 2004, correspondant à une diminution des taux de mortalité annuels de plus de 75 % en 20 ans. En 2004, le taux brut de mortalité était de 0,13 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine. La mortalité par intoxication au CO reste plus élevée chez les hommes que chez les femmes sur la période 1990 à 2004 ; elle augmente également avec la classe d'âge. Par ailleurs, en 2001 on dénombrait environ 2 500 hospitalisations pour une telle intoxication dont 27 % d'enfants de moins de 14 ans, particulièrement sensibles à ce toxique qui perturbe leur développement cérébral. Les données disponibles montrent que le nombre d'intoxications au CO ne diminue pas et qu'il est inégalement réparti sur le territoire (70 % des cas au nord de la Loire).

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 par les DDASS. La qualité de l'eau de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces normes mais elle doit être améliorée dans les réseaux de petite taille. Par ailleurs, on constate une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques). Le Plan national santé environnement de 2004 a à cet égard retenu l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants comme un axe prioritaire. La proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme en permanence en matière microbiologique a diminué de 50 % entre 2000 (8,8 %) et 2006 (4,4 %). S'agissant des pesticides, la population alimentée par une eau au moins une fois non conforme a diminué de 43 % entre 2003 et 2006. La proportion de personnes concernées en 2003 était de 9 % contre 5,1 % en 2006.

L'intoxication par le plomb, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main bouche). L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique.

En 1995, la proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant un niveau de plombémie correspondant à la définition du cas de saturnisme, a été estimée à 2 % soit 85 000 enfants. Une nouvelle enquête de prévalence sera réalisée par l'InVS en 2008. Il est toutefois intéressant de noter la diminution du rendement des actions de dépistage du saturnisme, ce qui témoigne probablement d'une imprégnation moindre de la population, consécutive aux mesures de prévention environnementales.

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

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

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

L'un des déterminants de la santé le mieux et le plus anciennement connu est l'exposition aux agents infectieux. Les bactéries et virus sont transmis par l'eau ou l'alimentation (eaux de boisson ou de baignade), l'air (notamment dans les transmissions interhumaines), de façon mixte (aérosols pour la légionellose), ou via d'autres supports (contacts en milieu hospitalier). Les maladies infectieuses

## Synthèse

sont encore responsables d'une grande partie de la morbidité : le plus souvent banales notamment chez l'enfant, elles peuvent prendre un caractère plus dramatique pour certaines personnes fragilisées (personnes âgées, atteintes de maladies chroniques...) ou pour certains agents infectieux.

La loi relative à la politique de santé publique a prévu, à côté du suivi de la couverture vaccinale de la population, celui de quatre maladies infectieuses : la légionellose, la tuberculose, le sida et le groupe des infections sexuellement transmissibles. Elle témoigne aussi de la préoccupation concernant l'importance grandissante des résistances bactériennes aux antibiotiques.

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

On enregistre depuis 1997 une augmentation du nombre de cas de légionellose qui étaient de 1 443 en 2006, soit 2,3 cas pour 100 000 habitants. Ce phénomène peut être dû à l'amélioration de la surveillance et au diagnostic, à une augmentation réelle des expositions aux légionelles, ou à une combinaison des deux. De même, cette incidence qui apparaît élevée en comparaison avec la moyenne européenne (1 pour 100 000) peut être mise au compte d'une bonne performance du système de déclaration. Le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

**La tuberculose** fait partie des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer dans la dernière décennie passant de 11,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1997 à 8,9/100 000 en 2005. La situation épidémiologique est comparable à celle d'autres pays de l'Europe occidentale. Elle se caractérise par une stabilisation de l'incidence dans la population d'origine étrangère sur les dernières années, une diminution dans la population de nationalité française ou née en France, et par une concentration des cas dans les zones urbaines. Cependant, les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes en 2005 : incidence 8 fois plus élevée pour les personnes nées à l'étranger, concentration des cas en Île-de-France (40 %) et dans les zones urbaines.

**Le sida**, maladie due à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH apparu dans les années 1980, est responsable d'une pandémie majeure. La mise sur le marché de traitements efficaces permet désormais de retarder l'apparition des symptômes et de contrôler l'évolution de la maladie. Le sida est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. La procédure de déclaration obligatoire du sida existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH depuis mars 2003. L'incidence du sida a diminué de façon très marquée en 1996-1997, puis de façon plus faible ensuite. L'incidence des découvertes de séropositivité VIH a augmenté chez les homosexuels entre 2003 et 2005 tandis qu'elle a diminué chez les femmes étrangères contaminées par rapports hétérosexuels. Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique et l'Île-de-France. La France, avec un taux d'incidence du sida de 2,4 pour 100 000 en 2005, reste un des pays du sud de l'Europe occidentale le plus touché, derrière le Portugal, l'Espagne, l'Italie et la Suisse.

Pour ce qui est des **maladies sexuellement transmissibles** plus anciennement connues, le nombre de cas déclarés de syphilis diminue en 2004 et en 2005 en Île-de-France et reste stable dans les autres régions.

Les infections à gonocoque et à chlamydiae déclarées sont en augmentation pour ces deux années par rapport à 2003. Ces tendances seront à confirmer dans les années à venir.

Un programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles est actuellement mis en œuvre et a été décliné dans cinq domaines d'intervention et notamment en termes de prévention, de dépistage et de suivi, et de prise en charge thérapeutique.

L'obtention et le maintien d'une bonne **couverture vaccinale** constituent des éléments clefs dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats des programmes de vaccination s'évaluent notamment par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population.

Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie...), ce suivi doit permettre d'identi-

fier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, rendent indispensable le suivi de la couverture des adultes.

En ce qui concerne les enfants, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour certaines maladies (diphtérie, tétanos polio, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée en particulier pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement moins bien réalisée que les autres. Pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et à 95 % à 6 ans est incompatible avec l'atteinte de l'objectif, auquel la France a souscrit d'ici à 2010, d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devra être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B et des adultes pour celle du tétanos.

La vaccination antigrippale fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière. Maladie infectieuse fréquente et généralement banale, la grippe est responsable de complications graves voire mortelles chez les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections chroniques ou susceptibles d'être aggravées par le virus. Les recommandations vaccinales concernent ainsi les personnes de 65 ans et plus, et celles atteintes de l'une des 9 affections de longue durée pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe.

En 2005-2006, les taux de vaccination contre la grippe de l'ensemble des personnes à risque ne sont que de 62 % : 63 % pour les plus de 65 ans et 54 % pour les moins de 65 ans ayant une pathologie susceptible d'être aggravée par la grippe. Globalement ces taux sont stables, mais ont légèrement augmenté entre l'hiver 2004 et l'hiver 2005 chez les personnes âgées de 65 à 69 ans et chez les moins de 65 ans en ALD exonérantes. Le taux de vaccination des professionnels, susceptibles de transmettre la maladie à des personnes fragilisées, reste par ailleurs insuffisant : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite en 2004-2005.

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

Les **staphylocoques dorés** et les **pneumocoques** illustrent ces problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. En 2005, la proportion de pneumocoques retrouvés en cas d'infections invasives graves (méningites, septicémies), et dont la sensibilité à la pénicilline est diminuée, est de 34 % (contre 43 % en 2003 et 47 % en 2001). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de méningites chez l'enfant (34 % en 2005 contre 61 % en 2001). Ces proportions témoignent donc d'une évolution récente favorable mais restent encore préoccupantes.

Les staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) sont quant à eux surtout retrouvés en milieu hospitalier. Les enquêtes de prévalence réalisées un jour donné (en 2001 et 2006) montrent une diminution importante de la prévalence des patients infectés à SARM (-41 %).

La limitation du recours aux antibiotiques est par ailleurs recherchée pour la maîtrise des phénomènes de résistance. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme indicateurs dans la loi relative à la politique de santé publique. La France reste parmi les pays européens les plus grands consommateurs d'antibiotiques. Les données recueillies depuis 1997 révèlent cependant que la consommation d'antibiotiques a diminué en ville depuis 1999 (-15 %) et à l'hôpital depuis 2001 (-19 %).

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

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, si elle témoigne d'une meilleure efficacité du système de santé, pose des problèmes importants notamment en terme de qualité de vie. Pour ces pathologies tout particulièrement, les problématiques d'accès aux soins (proximité géographique mais aussi accès économique) et de qualité des soins sont au premier plan.

Le suivi de l'état de santé tel qu'il est prévu notamment dans la loi relative à la politique de santé publi-

## Synthèse

que fait la part de la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence) mais également de leur prise en charge (indicateurs de qualité du suivi) et de leurs répercussions (qualité de vie). Pour ces derniers indicateurs, les mesures chiffrées sont encore pour partie du domaine de la recherche.

**Les cancers** constituent un problème majeur de santé publique pour les adultes, d'abord pour la mortalité qui leur est attribuable. En effet, les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, comptant pour près d'un tiers de l'ensemble des décès et 4 décès prématurés sur 10. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'affection de longue durée après les maladies cardiovasculaires et, après 45 ans, l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles qui sont spécifiquement féminines (sein, utérus et ovaire), les taux de décès sont plus élevés chez les hommes. Ils sont également au sein de l'Europe dans une position plus défavorable que la moyenne des autres pays, alors que les femmes françaises ont des taux de décès par cancers inférieurs. On retrouve ici l'influence de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels. La survie relative est le rapport du taux de survie observé pour chaque localisation parmi les personnes atteintes au taux de survie estimé dans la population générale de même âge et de même sexe. En France la survie relative dépasse 50 % à 5 ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global recouvre des disparités considérables entre les différents cancers. Elle est de plus sensiblement plus élevée pour les femmes, 63 %, que pour les hommes, 44 % qui ont généralement des cancers plus graves. La survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques utilisées moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. A l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration de la survie, due non seulement aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic.

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

Le cancer du sein est le premier cancer chez les femmes en termes de mortalité (avec en 2004 un taux de 26 décès pour 100 000, en diminution de 4 % par rapport à l'année 2000) ainsi que de mortalité prématurée (16 pour 100 000 en diminution de 6 % par rapport à l'année 2000). Son incidence est en augmentation mais la France se situe dans la moyenne européenne pour la mortalité due à cette cause.

Le programme national de dépistage du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation. Il a progressé de presque 5 % par an entre 2004 et 2006 où il a dépassé 49 %.

En 2005, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie est très élevée (96 %). Elle est plus faible pour les mammographies récentes (moins de 2 ans) mais en augmentation. Il existe cependant des disparités en fonction de l'âge, les plus âgées ayant moins bénéficié de ce dépistage, et de la catégorie socioprofessionnelle. Les classes sociales les moins favorisées ont un taux de couverture plus faible mais les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement. Cependant les femmes n'ayant pas de couverture santé complémentaire ont un taux de couverture faible.

Entre 1980 et 2000, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9 %. Avec 11 cas pour 100 000 femmes en 2000, l'incidence du cancer du col de l'utérus est relativement faible dans notre pays au sein de l'Union européenne. Cette situation semble attribuable pour une grande partie au dépistage par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France.

Néanmoins, une meilleure couverture de ce dépistage pourrait permettre de diminuer encore l'incidence du cancer du col de l'utérus. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge des femmes, avec une diminution nette après l'âge de 50 ans, leur catégorie socio-professionnelle, les exploitantes agricoles étant celles qui le réalisent le moins souvent, leur niveau d'étude et de revenu.

Le mélanome est la plus grave des tumeurs malignes cutanées. Entre 1980 et 2000, l'incidence du mélanome a augmenté régulièrement, avec un taux d'accroissement annuel de 6 % chez l'homme et

4 % chez la femme. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément (en 2000 on comptait 7 231 nouveaux cas de mélanome et 1 364 décès). Cette différence d'évolution entre incidence croissante et mortalité modérée témoigne de la part croissante des formes de mélanomes à extension superficielle accessibles à la détection précoce avant une dissémination dont le pronostic est sombre.

La loi relative à la politique de santé publique préconise d'améliorer les conditions de la survie des patients atteints de tumeurs malignes, en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour tous les patients. Cette prise en charge est matérialisée dans le plan cancer par la présentation du dossier du patient lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, formalisée par un compte rendu. Des centres de coordination en cancérologie se mettent en place au sein des établissements chargés de la prise en charge du cancer. Ils visent à assurer la concertation et la pluridisciplinarité et plus particulièrement l'organisation et le fonctionnement de ces réunions de concertation pluridisciplinaire en articulation avec les réseaux régionaux de cancérologie.

**Le diabète** constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence (étroitement liée aux comportements alimentaires et à la sédentarité), de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'amputation d'un membre inférieur, le mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation).

En 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à 3,8 % en France, soit près de 2,4 millions de personnes. Cette prévalence est au moins deux fois plus élevée dans les départements d'outre-mer qu'en métropole. L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2005 est de 5,7 % par an parmi les assurés du régime général de l'Assurance maladie.

L'adéquation de la surveillance des personnes diabétiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisante. En 2005, selon les types d'examen de surveillance, de 25 à 75 % des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80 % en 2008 pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restent le dosage de l'albuminurie (25 %), les 3 dosages annuels d'hémoglobine glyquée (36 %) ainsi que l'électrocardiogramme (33 %).

Par ailleurs plusieurs indicateurs, biologiques (niveau d'HbA1c et du LDL cholestérol) et clinique (niveau de pression artérielle moyen), mesurés en 2005, témoignent du niveau de risque vasculaire toujours élevé des personnes diabétiques.

Les complications du diabète sont par ailleurs pour certaines d'entre elles préoccupantes. Sur les 2 millions de personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2001, environ 152 000 auraient subi un infarctus du myocarde, 28 000 seraient aveugles, 10 000 greffées ou dialysées et 22 000 amputées d'un membre inférieur. Entre 32 000 et 120 000 auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé et entre 90 000 et 290 000 auraient bénéficié d'un traitement par laser ophtalmologique. Par ailleurs, en 2005 d'après les données des registres, extrapolées à l'ensemble de la France, 2 670 personnes diabétiques auraient été nouvellement traitées par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale terminale.

En 2004, le diabète est mentionné sur plus de 30 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France. Il existe des disparités géographiques similaires à celles de la prévalence du diabète : les taux de mortalité sont très élevés en outre-mer, et élevés dans le nord et l'est de la métropole. Les taux de mortalité sont stables entre 2001 et 2004, mais la part du diabète dans la mortalité générale augmente légèrement. Une surmortalité masculine importante est observée en métropole, mais pas en outre-mer. L'âge moyen au décès est de 78 ans, et est plus faible dans les départements d'outre-mer (70 à 77 ans).

Le taux d'incidence annuel moyen standardisé et par million d'habitants de l'**insuffisance rénale chronique terminale** traitée dans les régions contribuant au réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) est passé de 128,2 en 2002 (4 régions) à 139 en 2005 (13 régions). Dans les 7 régions pour lesquelles des données sur les trois années consécutives ont été recueillies, l'incidence standardisée ne varie pas de manière significative. Ces résultats suggèrent une stabilisation de l'incidence, comme cela est constaté dans d'autres pays européens. Cette tendance reste à confirmer dans les années à venir avec une couverture nationale plus large du registre.

Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, les contraintes associées à la dialyse

## Synthèse

sont particulièrement lourdes. Leur qualité de vie donc est importante à prendre en compte. Des questionnaires de santé perçue permettent d'approcher cette notion. Ainsi la qualité de vie des patients dialysés apparaît très altérée par rapport à celle de la population générale. Certains facteurs ont une influence positive sur la qualité de vie et notamment l'absence de comorbidités cardiovasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente et les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients. L'accès aux soins est un élément déterminant. Dans les régions pour lesquelles on dispose de données, la durée du trajet pour les malades se rendant en hémodialyse est en moyenne de 26 minutes. Pour 11 % des patients, la durée de trajet est supérieure à 45 minutes. La durée médiane d'attente avant greffe pour les cohortes de malades inscrits entre 1999 et 2005 était de 16,1 mois, cette durée variant en fonction du groupe sanguin, de l'interrégion d'inscription et de l'équipe de greffe. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, un accroissement significatif de cette durée d'attente avant greffe a été observé : celle-ci est passée de 13,4 mois pour la cohorte des malades inscrits entre 1993 et 1995 à 16,6 mois pour la cohorte 2002-2005. Ces constats ont conduit l'Agence de la Biomédecine à promouvoir une modernisation de l'ensemble du système de répartition des greffons. Un renforcement significatif des moyens du prélèvement est en cours.

**Les maladies cardio-vasculaires** constituent la deuxième cause en terme de fréquence de décès en France après les cancers. Parmi elles, les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) ont représenté à elles seules, en 2004, 27,6 % des décès cardio-vasculaires. Pour la période comprise entre 2000 et 2004, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 15,8 % alors que le taux standardisé des hospitalisations pour cette maladie a peu évolué. La tendance à la baisse des décès par cardiopathies ischémiques s'inscrit dans une tendance plus ancienne, ayant débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années 1980 pour les plus âgés. Ces évolutions sont attribuées aux améliorations progressives tant de la prévention primaire, individuelle mais aussi collective, que de la prise en charge des malades à la phase aiguë et de la prévention secondaire.

Les **thromboses veineuses et les embolies pulmonaires** ont été responsables d'environ 5 300 décès en cause initiale en 2004. Les taux standardisés de décès ont fluctué entre 1990 et 2004, mais le niveau atteint en 2004 était identique à celui de 1990.

**Les maladies cérébro-vasculaires** constituent également une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Les AVC ont motivé près de 100 500 séjours hospitaliers en 2004 contre environ 121 000 en 2003. Ils ont été la cause initiale de 33 487 décès en 2004, soit 7 % de l'ensemble des décès. Les données recueillies par le registre français des accidents vasculaires cérébraux indiquent que les taux standardisés d'incidence n'ont pas diminué entre 1985 et 2004, en partie en lien avec la plus grande sensibilité des moyens diagnostiques et, pour les dernières années, l'élargissement de la définition des AVC. Les bases médico-administratives montrent toutefois une diminution continue – et ancienne – des taux standardisés de décès pour maladies cérébrovasculaires (réduction de 41 % des taux standardisés de décès entre 1990 et 2004 et de 17 % entre 2000 et 2004) et, à un moindre degré, des taux standardisés d'hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (-5,6 %).

Les disparités géographiques sont importantes ; les taux de décès par maladies cérébrovasculaires sont particulièrement élevés dans les départements d'outre-mer (particulièrement à la Réunion et en Guyane), puis dans le Nord-Pas-de-Calais, en Bretagne, en Alsace et en Lorraine.

Un premier examen des données des bases médico-administratives relatives à l'insuffisance cardiaque montre que le nombre de décès pour lesquels l'**insuffisance cardiaque** était notifiée en cause initiale sur les certificats de décès s'élevait à 20 764 en 2004, dont la quasi-totalité (96,4 %) concernait des personnes de 65 ans ou plus.

Entre 2000 et 2004, le nombre de décès pour insuffisance cardiaque a diminué de -13,1 %, tout comme le taux standardisé. Sur la même période, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a augmenté de 6,8 % et le taux standardisé d'hospitalisation est resté relativement stable témoignant de progrès dans les traitements.

On relève également pour cette pathologie des disparités régionales. Les taux standardisés de décès sont particulièrement élevés dans les régions Corse, Nord-Pas-de-Calais et Aquitaine. Concernant les séjours hospitaliers en MCO, on note que la Réunion, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais ont enregistré en 2004, comme en 2003, des taux standardisés d'hospitalisation très supérieurs à la moyenne nationale.

**L'asthme** est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. Les degrés de sévérité de cette affection sont très variables. Sa prévalence est élevée, et elle augmente en France ainsi que dans les pays de niveau de vie comparables.

Sa prévention ne fait pas encore l'objet de recommandations précises mais il est avéré qu'une meilleure prise en charge de l'asthme évite les hospitalisations et est susceptible de réduire la mortalité.

Globalement, on observe une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme entre 1998 et 2004. Ces taux sont toutefois restés stables chez le jeune enfant. Chez les adultes, la diminution est d'autant plus importante que les sujets sont âgés.

La mortalité par asthme a diminué entre 1990 et 2004. Cette diminution s'observe également chez les enfants et les adultes de moins de 45 ans.

**Les maladies psychiques** recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que sur une période limitée de la vie (dépression légère, trouble du comportement passager...) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Ils sont également à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Première cause de reconnaissance d'affection de longue durée chez l'adulte, leur répercussion économique est considérable, tant par le poids de ces pathologies au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. 1,2 million de personnes vivant à domicile déclaraient à cet égard consulter régulièrement pour ces troubles en 1998, et le nombre de personnes hospitalisées était de l'ordre de 60 000. Si, là encore, le développement des maladies est dans la plupart des cas la résultante de facteurs combinés (susceptibilité individuelle alliée aux conditions de vie), des mesures de prévention efficaces sont possibles mais le champ en est vaste : actions favorisant le bon développement de l'enfant, dépistage et prise en charge précoce des troubles notamment à l'adolescence, accès aux soins de santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, soutien de familles de malades mentaux, prévention en milieu de travail... Les acteurs sollicités sont à la fois des professionnels de la santé et de l'action sociale.

Parmi ces maladies, les troubles anxieux et dépressifs et les démences ont un poids tout particulier en santé publique du fait de l'importance de leur prévalence de l'ordre de 9% pour les troubles anxieux caractérisés, de 6% pour les épisodes dépressifs majeurs et de 7,5%, soit 370 000 malades, pour les démences sévères après 75 ans.

Les objectifs spécifiques aux maladies psychiques retenus dans la loi relative à la santé publique restent difficiles à évaluer dans l'état actuel de notre système d'information. Cependant, deux enquêtes récentes en population générale, mettent en évidence la proportion élevée de personnes pour lesquelles des troubles dépressifs ont été repérés par le questionnaire mais qui ne se sont pas rendues dans une structure de soin, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ni suivi une psychothérapie : elles seraient entre 40 et 60%. Ici encore, les comportements sont différenciés : les hommes, les plus jeunes (18 à 24 ans), les ouvriers et les étudiants recourent moins aux soins pour des troubles comparables. Une comparaison de la situation de la France avec celle de quelques pays européens portant sur l'utilisation des structures de soins de santé mentale par les personnes qui le nécessitent place cependant notre pays dans une position moyenne.

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

Les personnes ayant recours aux produits psychotropes notamment par voie injectable constituent un groupe à risque bien identifié. Les conséquences sociales de ces pratiques posent des problèmes spécifiques, mais c'est également sur leur état de santé que la loi relative à la politique de santé publique fait porter les efforts : accès aux traitements de substitution et suivi des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida.

Le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées ou de cocaïne était compris entre 150 000 et 180 000 personnes en 1999 selon l'OFDT. Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone, dont la prescription ne peut être initiée actuellement que dans les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la Buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins. En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution concluait notamment qu'une amélioration de l'accès à ces traitements était nécessaire et qu'il fallait en particulier faciliter l'accès à la Méthadone.

## Synthèse

En 2005, entre 75 000 et 88 000 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® (ils étaient entre 71 800 et 84 500 en 2003) et entre 14 100 et 20 200 sous méthadone (entre 11 200 et 16 900 en 2003). Ainsi, selon la source de données utilisée, la méthadone serait utilisée dans 15 à 20 % des traitements de substitution aux opiacés (contre 20 ou 25 % en 2003). En 2004, les traitements de substitution par Méthadone étaient en outre disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, le taux de prévalence du virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du virus de l'immunodéficience humaine. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence : un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé (de l'ordre de 10 fois plus), une opportunité de contact beaucoup plus importante lors d'un partage de matériel d'injection ou de préparation, et une plus grande résistance du VHC dans le milieu extérieur.

Ainsi le nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les usagers de drogues est estimé entre 120 et 140 chaque année (2003-2005) soit 2 % de l'ensemble des découvertes. Le nombre annuel de cas de sida chez les usagers de drogues continue à diminuer. La prévalence du VIH a aussi diminué notamment chez les plus jeunes. L'ensemble de ces données tend à montrer que la réduction de la transmission du VIH chez les usagers de drogues se poursuit.

Selon les données biologiques de l'enquête Coquelicot en 2004, le pourcentage d'usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie et ayant une sérologie VHC positive est de 10,2 %.

Les seules données permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC chez les moins de 25 ans sont aujourd'hui déclaratives. Elles semblent indiquer une tendance à la baisse au début des années 2000. En raison des limites inhérentes aux données déclaratives, aux faibles effectifs des personnes de moins de 25 ans dans ces enquêtes, et aux possibles fluctuations dans la composition de la population interrogée, il faut toutefois rester prudent dans l'interprétation des données et sur la réalité de cette évolution. Seules les enquêtes dont les résultats reposent sur des tests biologiques permettront de confirmer cette tendance à la baisse.

### ■ LES SUICIDES ET LES TRAUMATISMES SONT FRÉQUENTS CHEZ LES HOMMES ET CHEZ LES JEUNES ET RESPONSABLES D'UNE GRANDE PARTIE DE LA MORBIDITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Le **suicide** est un problème important de santé publique. Au sein de l'Europe des 25, la France se situe en effet dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide. En 2004, on a enregistré, 10 803 décès par suicide en France. Ils constituent la première cause de mortalité chez les hommes de 25 à 44 ans. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 20 %, ce nombre serait après correction de 12 900 décès environ. Ils représentent la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes (22 décès pour 100 000) comme pour les femmes (8 pour 100 000). Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus importants dans la moitié nord de la France.

Entre 2000-2002 et 2004, les taux de décès ont tendance à stagner, sauf pour les personnes les plus âgées (diminution d'environ 20 % chez les plus de 75 ans). Très liés à la dépression, les suicides peuvent être prévenus en partie par des actions de prévention notamment par la formation des professionnels de soins au repérage et au traitement des états dépressifs.

L'objectif de réduction du nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par **accident de la circulation** bénéficie des actions conduites par les pouvoirs publics en ce domaine depuis plusieurs années.

En 2006, 4 709 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 233 dans les départements d'Outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). Ce nombre diminue pour la cinquième année consécutive mais avec un ralentissement après les baisses exceptionnelles de 2003 (20,9 %) et de 2004 (8,7 %). C'est la classe d'âge des 15-24 ans, en particulier chez les hommes, qui reste la plus exposée. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux avec 16,3 % des tués, et ce sont les routes de campagne (nationales ou départementales) qui sont les plus dangereuses. Les régions à forte caractéristiques urbaines enregistrent les meilleurs résultats et, en matière de comparaisons internationales, la France se situe au 7<sup>e</sup> rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route.

La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés pour une durée d'au moins 6 jours, atteint 16 % des blessés en 2004. Elle est plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans

(24 %) et les motocyclistes (19 %). Elle tend à diminuer dans le temps. Enfin, on estime que 1,2 % des victimes d'accidents de la route décèdent et 0,8 % gardent des séquelles graves un an après l'accident.

**Les accidents de la vie courante touchant les enfants** de moins de 15 ans sont à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu, et autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). En 2004, avec un taux de mortalité de 2,5/100 000, ces risques continuent à représenter un problème important de santé publique, surtout chez les garçons, plus touchés que les filles (sex-ratio de 1,6) ainsi que chez les plus jeunes. On compte en effet 7,2 décès pour 100 000 chez les moins de 1 an ; 4,3 de 1 à 4 ans ; 1,2 de 5 à 14 ans. Les suffocations représentent plus de la moitié des décès chez les enfants de moins de un an et les noyades en moyenne 40 % chez les enfants de 1 à 4 ans.

Le taux de mortalité par accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans a diminué de près d'un quart entre 2000 et 2004 (-23 %). Cette diminution coïncide avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques. Cependant, la variation des taux a été différente selon le type d'accident : baisse importante pour les décès par noyade (-32 %) et pour les décès par le feu (-20 %), mais augmentation des décès par chute (+42 %). La diminution a également été près de deux fois plus importante chez les filles (-31 %) que chez les garçons (-17 %). Elle a été plus forte pour les 5-14 ans (-34 %) et plus faible chez les 1-4 ans (-15 %).

Chez les **personnes de 65 ans et plus, les chutes** constituent une part très importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante. Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs liés à la personne (instabilité), et les facteurs liés à l'environnement (escaliers, tapis).

L'épidémiologie des chutes est mal connue, peu d'enquêtes permettent d'en rendre compte. Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les personnes de 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées globalement pour la première fois à partir des données 2002 de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Les chutes accidentelles y apparaissent très nombreuses.

En France métropolitaine, en 2005, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient en effet être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2004, en France métropolitaine, on estimait à 450 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,5 %.

Toujours en France métropolitaine, il y a eu 4 385 décès à la suite d'une chute, en 2004, chez les personnes de 65 ans et plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,5 pour 100 000. Ces chiffres témoignent d'une légère évolution à la baisse depuis 2002.

### ■ CONTRACEPTION, GROSSESSES, ACCOUCHEMENTS DONNENT ENCORE LIEU À DE POSSIBLES AMÉLIORATIONS DE PRISE EN CHARGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES

Certains problèmes de santé concernent spécifiquement des groupes de population par exemple la mère et l'enfant (pour la mortalité périnatale ou la mortalité maternelle) ou les femmes d'âge fécond pour les grossesses extra-utérines, les IVG et la contraception.

En France, **le taux de mortalité maternelle** est resté stable au cours des années 1999 à 2004 et s'est établi à 7 pour 100 000 naissances en 2003-2004 ce qui correspond à une soixantaine de décès annuels. Parmi ceux-ci, environ 50 % sont jugés évitables, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum. Par ailleurs, l'augmentation de l'âge moyen des mères à la maternité est un facteur à prendre en compte dans le suivi de cet indicateur car au-delà de 35 ans le risque vital maternel est nettement augmenté.

**Le taux de mortalité périnatale** se définit quant à lui comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie.

L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, il est également nécessaire de prendre en compte l'ensemble de la mortalité néonatale (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile (nom-

## Synthèse

bre de décès avant 1 an d'enfants nés vivants rapporté à l'ensemble des naissances vivantes).

Après une longue période de diminution, le taux de mortalité périnatale se situait depuis 2000 sur une pente croissante. En 2005, il enregistre de nouveau une baisse avec un taux égal à 10,4 pour 1 000 en France métropolitaine. La mortalité néonatale a peu évolué ces dernières années mais connaît une baisse significative en 2005 alors que la baisse de la mortalité infantile se poursuit.

La survenue de **grossesses extra-utérines (GEU)** peut avoir un impact sur la fertilité ultérieure. Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002 qui recouvre toutefois des évolutions différentielles : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, alors que celles correspondant à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. En 2005, les grossesses extra-utérines ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers.

Le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est globalement de 1,6. Il est légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans et les 35-39 ans et atteint 2,5 à partir de 40 ans. Les régions Corse, Martinique et Guadeloupe enregistrent des ratios supérieurs à 2. Ces données sont semblables à celles enregistrées en 2002.

La GEU est traitée par une intervention réalisée sous cœlioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais, entre 1997 et 2005, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue.

L'utilisation de **moyens contraceptifs** mérite d'être observée notamment en lien avec le suivi du recours à l'**interruption volontaire de grossesse (IVG)**. La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives, ne souhaitant pas avoir d'enfant et qui n'utilisent aucune méthode contraceptive demeure de l'ordre de 5 %. Par ailleurs, les taux d'IVG sont stables depuis 2002 après avoir augmenté régulièrement à partir de 1995 où le taux était de 1,2 % femmes de 15 à 49 ans. En 2005, ce taux était de 1,4 %.

La question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes se pose alors. L'ANAES, associée à l'INPES et à l'AFSSAPS, a publié en décembre 2004 des recommandations dans ce sens, dans le but de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives.

Parmi les femmes qui utilisent un moyen contraceptif, la pilule (58,7 %), le stérilet (24,2 %) et le préservatif masculin (11,5 %), représentent 94,4 % des méthodes employées. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2006, notamment chez les plus jeunes.

Les IVG sont plus fréquentes dans le Sud de la France et dans les DOM. Les délais de rendez-vous pour la réalisation d'une IVG dans un établissement de soin sont stables avec une médiane à 10 jours depuis 2002.

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

Des objectifs à atteindre concernant plus particulièrement les personnes âgées ont été identifiés par la loi relative à la politique de santé publique : les atteintes sensorielles (non spécifiques mais dont la prévalence augmente fortement avec le grand âge), l'incontinence urinaire, l'ostéoporose...

**Les atteintes sensorielles** méritent en effet d'être prises en compte à cause de leur grande fréquence chez les personnes âgées et de leur caractère potentiellement évitable.

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

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

Une personne de 18 ans et plus sur deux déclare avoir un trouble de la vision de près mais c'est le cas pour 85 % des personnes de 65 ans et plus. 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge puisque

11 % de gêne résiduelle sont mentionnées par les personnes de 65 à 84 ans et 26 % à partir de 85 ans.

Les difficultés pour voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées (16 % chez les personnes de 18 ans et plus, mais 25 % entre 65 et 84 ans et 39 % à partir de 85 ans). Les taux de correction sont élevés (95 %) mais l'efficacité en est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % versus 92 %), notamment pour les personnes âgées de 65 à 84 ans (efficacité de la correction pour 84 % des personnes de cette classe d'âge) et de 85 ans et plus (seulement 61 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe identique, les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction.

Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %) y compris avant 45 ans. Entre 65 et 84 ans, ces gênes sont déclarées par 28 % des personnes et à partir de 85 ans par 52 % d'entre elles. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne (moins de 60 % d'efficacité). Les femmes ont moins de gêne pour entendre que les hommes et, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gêne résiduelle. Le niveau d'éducation intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

En France, 25 % des femmes de 65 ans et 50 % des femmes de 80 ans seraient atteintes d'**ostéoporose**. On ne dispose pas d'estimation pour la population masculine. L'ostéoporose étant une maladie qui ne donne pas lieu en tant que telle à des manifestations visibles. Ce sont les fractures d'origine ostéoporotique qui sont analysées car elles constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités, surtout dans les populations âgées. Près de 90 % des femmes et 70 % des hommes qui présentent une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) sont âgés de plus de 69 ans lors de la fracture. Plus de 10 % des sujets victimes d'une FESF décèderaient de leurs complications et 50 % conserveraient un handicap chronique. L'impact sur la mortalité de la FESF est donc important chez les personnes âgées alors qu'il est minime avant 65 ans. Des disparités géographiques semblent exister pour cette pathologie, les Antilles enregistrant des taux standardisés d'hospitalisation pour fractures du col du fémur très inférieurs à la moyenne nationale. À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs.

Le retentissement sur la qualité de vie des femmes de l'**incontinence urinaire** est enfin avéré quoique variable selon l'intensité du trouble. Des stratégies de prévention existent (rééducation périnéale et sphinctérienne) dans les suites d'accouchement ou après dépistage de troubles de la statique pelvienne chez les femmes ménopausées.

En 2004, 4,8 % des femmes déclarent des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge concernant plus de 10 % des femmes après 65 ans. Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, ce trouble étant probablement sous-déclaré.

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

La **iatrogénie** est la survenue d'événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Elle est souvent due aux effets indésirables des médicaments ou aux infections acquises en milieu hospitalier encore appelées infections nosocomiales.

La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) a été réalisée en 2004 dans les unités de court séjour à l'exception des services d'obstétrique. Elle a permis d'estimer à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation le nombre d'événements indésirables graves (EIG) survenus en cours d'hospitalisation soit 350 000 à 450 000 EIG annuels.

La iatrogénie due aux médicaments en particulier, peut être suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Une étude réalisée en 1998 a permis d'estimer à 3,2 % la proportion des séjours hospitaliers motivés pour effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des établissements publics. L'étude ENEIS réalisée en 2004 sur l'ensemble des établissements de santé et selon un protocole différent évalué à 2,8 % la proportion de séjours motivés par des événements indésirables graves médicamenteux dans ces services et à 1,6 % la proportion globale pour l'ensemble des services de médecine et chirurgie publics et privés.

Pour les infections nosocomiales, les données de surveillance sont en faveur d'une diminution globale (-12 %) de la prévalence des patients infectés entre 2001 et 2006. Chez les patients à faible risque infectieux et pour les interventions chirurgicales les plus fréquentes, l'incidence des infections du site opératoire a diminué entre 1999 et 2005. Ces résultats suggèrent un impact positif du programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

## Synthèse

**Les douleurs chroniques rebelles** sont sources d'incapacités et de handicaps ainsi que d'altération majeure de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante et de nombreux arrêts de travail. Elles sont fréquemment associées à des troubles psycho-sociaux. En 2003, d'après l'enquête Santé de l'INSEE, 30% des personnes de 15 ans et plus déclarent des douleurs physiques d'une intensité importante. Elles sont plus de 60% chez les personnes très âgées.

Par ailleurs, 2 personnes sur 10 déclarent que ces douleurs physiques ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. Les femmes déclarent un peu plus que les hommes de telles répercussions. Selon les enquêtes Santé Protection Sociale de IRDES de 1998 et 2000, la proportion de femmes de plus de 65 ans déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes a diminué de 5 points en deux ans. Cette proportion est restée stable chez les hommes et les femmes les plus jeunes.

**La douleur aiguë** apparaît, quant à elle, mieux reconnue et traitée. Un exemple de ce constat est fourni par l'utilisation de péridurales ou de rachianesthésies lors de l'accouchement. Si 6 femmes sur 10 ont bénéficié d'une péridurale pour leur accouchement en 2003, cette proportion reste variable selon le milieu social. Un peu plus d'une femme sans profession sur deux a bénéficié d'une anesthésie péridurale pour son accouchement en 2003 contre près de 3 sur 4 parmi les cadres. La pratique de la péridurale est beaucoup plus fréquente lors du premier accouchement (73% contre 45% pour un quatrième enfant). Par ailleurs, les personnes interrogées sur la prise en charge de douleurs au cours des 12 derniers mois, se déclarent dans leur ensemble satisfaites à plus de 80%. Enfin, entre 2002 et 2003, les médicaments de la douleur sont davantage prescrits dans leur ensemble et notamment les antalgiques opioïdes et les antalgiques antipyrétiques (en dehors de l'aspirine).

### Approches de la prévention

*Définir la prévention n'est pas aisé : la littérature médicale fournit en effet de nombreuses définitions dont la traduction en classifications opérationnelles n'est pas toujours immédiate. Un certain consensus peut toutefois être trouvé autour des définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui distingue prévention primaire, secondaire et tertiaire.*

*Selon l'OMS, la prévention médicale regroupe l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident.*

- *La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue. C'est par exemple la prévention de l'infection par la vaccination.*
- *La prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques. Ce sont par exemple les dépistages des cancers du col de l'utérus ou des mélanomes.*
- *La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les récidives, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et s'attache à limiter la gravité des conséquences de la pathologie. La prévention des récidives d'infarctus du myocarde est un exemple de prévention tertiaire.*