

état *de* *santé*
de la population en France
rapport 2007

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



L'état de santé de la population en France

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

Rapport 2007



« En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 4), et du code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction totale ou partielle à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »

© La Documentation française - Paris 2007

ISBN : 978-2-11-006983-2

DF : 5HC09960

N° de DICOM : 07 107

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), Assurance maladie, 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), 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, UFSBD, USEN/CNAM (Katia Castetbon).

Pour la DREES: Guillaume Bailleau, Bénédicte Boisguérin, Emmanuelle Cambois, Marie-Émilie Clerc, Nathalie Guignon, Albane Gourdol, François Hada, Brigitte Hauray, 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

CET 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.

sommaire



Sommaire

SYNTHÈSE	13
-----------------	-----------

INDICATEURS DE SANTÉ TRANSVERSAUX	31
--	-----------

Cadrement démographique et social	33
Données synthétiques de mortalité	41
Indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée	48
Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population	54
Inégalités sociales de santé	64

OBJECTIFS	69
------------------	-----------

ALCOOL	
Objectif 1	Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant
Objectif 2	Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool
TABAC	
Objectif 3	Prévalence du tabagisme quotidien
Objectif 4	Tabagisme passif
NUTRITION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE	
Objectif 5	Surpoids et obésité chez l'adulte
Objectif 8	Rachitisme carentiel, carence en vitamine D
Objectif 9	Sédentarité et inactivité physique
Objectif 10	Consommation de fruits et légumes
Objectif 11	Sel dans l'alimentation
Objectif 12	Surpoids et obésité chez l'enfant
SANTÉ ET TRAVAIL	
Objectif 14	Accidents routiers mortels liés au travail
Objectif 15	Exposition des travailleurs soumis à des contraintes articulaires
Objectif 16	Exposition des travailleurs au bruit
Objectif 17	Exposition aux agents cancérigènes en milieu professionnel
SANTÉ ET ENVIRONNEMENT	
Objectif 18	Exposition des enfants au plomb
Objectif 19	Exposition au radon dans les bâtiments publics
Objectif 20	Exposition de la population aux polluants atmosphériques
Objectif 22	Qualité de l'eau
Objectif 23	Intoxication au CO
Objectif 25	Incidence de la légionellose
IATROGÉNIE	
Objectif 26	Séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène
Objectif 27	Événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation
Objectif 28	Événements iatrogènes « évitables »
RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES	
Objectif 30	Résistance aux antibiotiques
DOULEUR	
Objectif 31	Prévention de la douleur
Objectif 32	Douleurs chroniques
PRÉCARITÉ ET INÉGALITÉS	
Objectif 33	Accès aux soins
MALADIES INFECTIEUSES	
Objectif 36	Infection VIH-Sida
Objectif 38	Incidence de la tuberculose
Objectif 39	Vaccination contre la grippe des groupes à risque
Objectif 40	Maladies diarrhéiques
Objectif 41	Infections sexuellement transmissibles
Objectif 42	Couverture vaccinale de la population
SANTÉ MATERNELLE ET PÉRINATALE	
Objectif 44	Mortalité maternelle
Objectif 45	Mortalité périnatale

Objectif 46	Grossesses extra-utérines	164
Objectif 47	Situations périnatales à l'origine de handicaps	166
	TUMEURS MALIGNES	
Objectif 48	Dépistage du cancer du col de l'utérus	168
Objectif 49	Survie des patients atteints de cancers	170
Objectif 50	Dépistage du cancer du sein	172
Objectif 51	Cancer de la peau, mélanome	176
	PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES	
Objectif 54	Surveillance des personnes diabétiques	178
Objectif 55	Complications du diabète	182
	TOXICOMANIES	
Objectif 56	Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables	186
Objectif 58	Prise en charge des toxicomanes	190
	AFFECTIONS NEUROPSYCHIATRIQUES - RECOURS AUX SOINS	
Objectif 59	Personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins	192
	MALADIES DES ORGANES DES SENS	
Objectif 68	Atteintes sensorielles chez l'adulte	196
	MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	
Objectif 69	Maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes	200
Objectif 72	Accidents vasculaires cérébraux	204
Objectif 73	Insuffisance cardiaque	208
	AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES	
Objectif 74	Asthme	212
	MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN	
Objectif 76	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	214
	PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES	
Objectif 78	Incontinence urinaire	216
	INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE	
Objectif 80	Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale	218
Objectif 81	Insuffisance rénale chronique et qualité de vie	220
	TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES	
Objectif 82	Ostéoporose	224
	AFFECTIONS BUCCODENTAIRES - SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS	
Objectif 91	Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans	226
	TRAUMATISMES	
Objectif 92	Suicides	228
Objectif 93	Accidents de la vie courante chez les enfants et les adolescents	230
Objectif 94	Traumatismes liés à la violence routière	232
	PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES À DES GROUPES DE POPULATION	
Objectif 97	Contraception	236
Objectif 99	Chutes des personnes âgées	238

RÉPERTOIRE DES SIGLES

241

Note : Les objectifs 34 et 36 sont traités respectivement au chapitre « inégalités sociales de santé » des indicateurs de santé transversaux et avec l'objectif 54.

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 des 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

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 (SO₂), les fumées noires ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre (PM₁₀), le dioxyde d'azote (NO₂) et l'ozone (O₃). 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

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-

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 socioprofessionnelle, 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'examens 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

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.

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^e 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'établit 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-

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 coelioscopie 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 évalue 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.

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 récurrences, 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 récurrences d'infarctus du myocarde est un exemple de prévention tertiaire.*

indicateurs de santé transversaux



Cadrage démographique et social

■ CADRAGE DÉMOGRAPHIQUE

Évolution de la population: 63,4 millions d'habitants en 2007

Au 1^{er} janvier 2007, la population française est estimée à 63,4 millions d'habitants (tableau 1) dont 61,5 millions sur le territoire métropolitain et 1,9 million dans les départements d'outre-mer (DOM). Dix ans plus tôt, 59,7 millions de personnes habitaient en France. Depuis 1995, la population française s'accroît en moyenne de 320 000 personnes par an. L'excédent naturel explique les trois quarts de l'accroissement total de la population¹. La France représente 13,7 % de la population de l'Europe des vingt-cinq. Elle se classe au deuxième rang derrière l'Allemagne (82,4 millions au 1^{er} janvier 2006) et juste devant le Royaume-Uni (60,4 millions) et l'Italie (58,8 millions).

Le sex-ratio par classe d'âge montre une prédominance masculine avant 65 ans et féminine au-delà.

En 2005, la densité de population varie selon les départements, de 2 hab/km² en Guyane et 15 hab/km² en Lozère pour les moins peuplés à 8 636 hab/km² dans les Hauts-de-Seine et jusqu'à 20 433 hab/km² à Paris (carte 1).

Répartition par âge de la population:

25 % de moins de 20 ans et 16 % de plus de 65 ans

Le vieillissement de la population de la France se poursuit. Au 1^{er} janvier 2007, 16,2 % des habitants ont 65 ans ou plus, soit 0,9 point de plus que dix ans plus tôt. La France se situe ainsi dans la moyenne des pays européens. Dans le même temps, la part des jeunes de moins de 20 ans est passée de 26,2 % à 25,0 %. La part des personnes âgées de 20 à 64 ans n'a pratiquement pas changé.

La part de la population âgée de 65 ans et plus parmi l'ensemble de la population varie suivant les départements. Les départements les « moins âgés » sont en 2005 la Guyane et la Réunion (avec respectivement 4 % et 7 % de personnes âgées de 65 ans ou plus), et à l'opposé le département de la Creuse compte le taux de personnes âgées de 65 ans et plus le plus élevé (27 %) (carte 2).

Tableau 1 • Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2007*

Âge	Ensemble		Hommes		Femmes	
	effectifs	pourcentage	effectifs	pourcentage	effectifs	pourcentage
0-14 ans	11 763 372	18,6	6 018 382	19,5	5 744 990	17,6
15-24 ans	8 131 573	12,8	4 124 222	13,4	4 007 351	12,3
25-44 ans	17 269 046	27,2	8 608 999	27,9	8 660 047	26,6
45-64 ans	15 950 776	25,2	7 817 607	25,4	8 133 169	25,0
65-84 ans	8 947 392	14,1	3 849 212	12,5	5 098 180	15,6
85 ans ou plus	1 329 981	2,1	385 739	1,3	944 242	2,9
Total	63 392 140	100,0	30 804 161	100,0	32 587 979	100,0

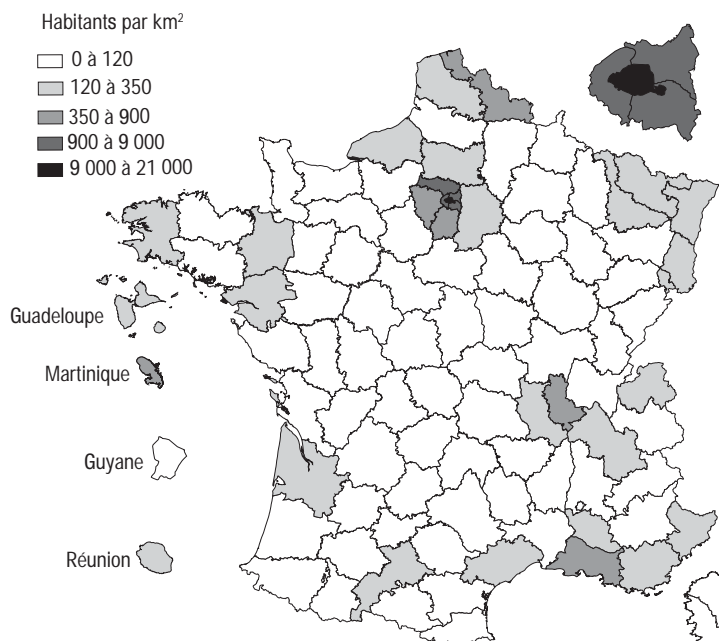
* Évaluation provisoire basée sur les résultats des recensements de 2004, 2005 et 2006.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : INSEE, état civil et recensements.

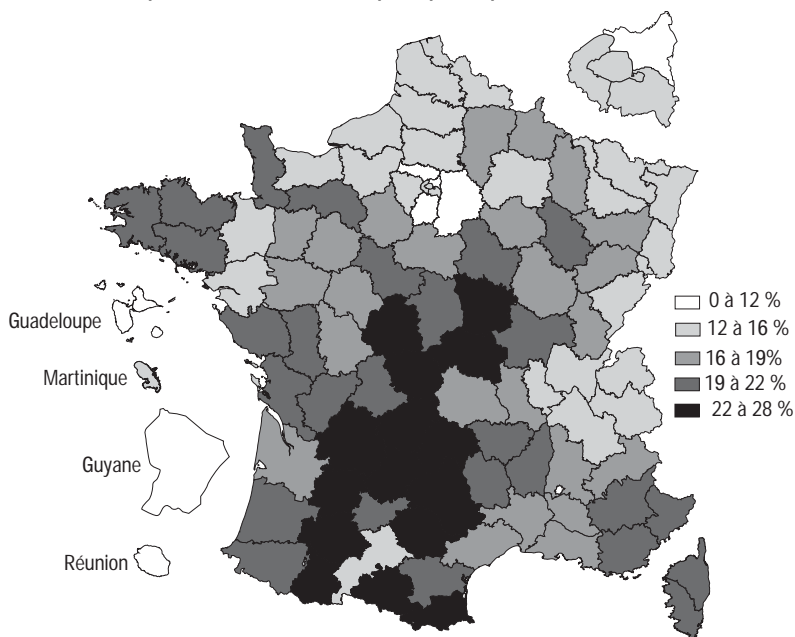
1. Accroissement naturel ou solde naturel ou encore excédent naturel : différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période. Le taux d'accroissement naturel rapporte cette différence à la population moyenne au cours de la période.

Carte 1 • Densité de population, par département, en 2005



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

Carte 2 • Part des personnes de 65 ans et plus, par département, en 2005



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

Natalité : 830 900 naissances en 2006

Après une baisse continue au cours de la décennie précédente, le minimum étant atteint en 1994 avec 741 500 naissances, le nombre de naissances est reparti à la hausse depuis 1995. À partir de 2000, il est même relativement élevé : plus de 800 000 naissances en 2000, le maximum étant atteint en 2006 avec 830 900 naissances en France ce qui correspond au niveau le plus élevé depuis 1981. Le taux de natalité, rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année, s'élève pour 2006 à 13,1 pour 1 000. Il est relativement stable depuis dix ans (tableau 2).

Le nombre des naissances multiples (jumeaux, triplés...) est par ailleurs en augmentation continue depuis une vingtaine d'années. En 2005, 16 accouchements sur 1 000 ont donné naissance à plus

d'un enfant ; en 1995, c'était le cas de 13 accouchements sur 1 000. Cette évolution est due à l'augmentation de l'âge moyen à la maternité. Les maternités tardives donnent plus souvent lieu à des naissances multiples. Le recours plus fréquent aux techniques d'aide à la procréation a amplifié ce phénomène.

Tableau 2 • Évolution du taux de natalité pour 1 000 habitants en France depuis 1980

Année	Naissances vivantes	Taux de natalité pour 1 000 habitants
1980	826 403	nd
1985	796 540	14,1
1990	793 896	13,6
1995	759 694	12,8
1999	776 548	12,9
2000	808 249	13,3
2001	804 052	13,2
2002	793 606	12,9
2003	793 893	12,8
2004	800 240	12,8
2005	807 787	12,9
2006 (p)	830 900	13,1

(p) Résultats provisoires.

nd : Non disponible.

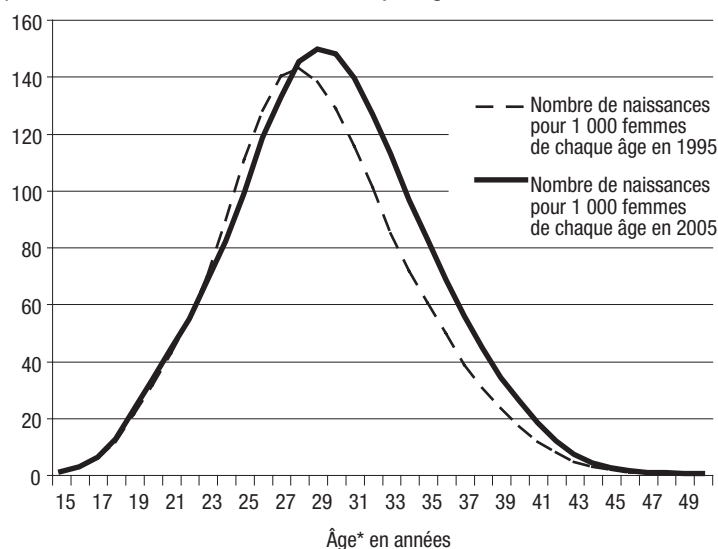
Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : INSEE.

Fécondité : un indicateur de 2 enfants par femme en 2006

Le **taux de fécondité** est défini par le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population féminine d'âge fécond (15-49 ans) moyenne de l'année. Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge. Entre 1994 et 2006, on constate une diminution des taux de fécondité pour les femmes les plus jeunes mais une forte augmentation de ces taux après 30 ans (tableau 3 et graphique 1).

Graphique 1 • Évolution des taux de fécondité par âge entre 1994 et 2005



* Âge atteint dans l'année.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : INSEE, état civil.

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge observés sur une année donnée. Cet indicateur donne le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés une année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

L'**indicateur conjoncturel de fécondité** est plus adapté que le taux de fécondité aux comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations. L'indicateur conjoncturel de fécondité est en constante augmentation depuis dix ans : en 2006, il est de 2,005 par femme contre 1,75 en 1996 (tableau 3).

La France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue : en 2005, elle est devenue, devant l'Irlande, le pays le plus fécond d'Europe. Ces deux pays se situent largement en tête devant la moyenne européenne (1,52 en 2005). Les pays qui connaissent les niveaux de fécondité les plus bas sont les pays situés à l'Est : Slovaquie, Slovénie, Pologne, Lituanie, Grèce et République tchèque (avec moins de 1,30 enfants par femme). L'Allemagne, l'Espagne et l'Italie ont également un indicateur très bas (1,34).

En France métropolitaine, les femmes françaises qui ont atteint aujourd'hui la fin de leur vie féconde ont eu en moyenne plus de deux enfants : la descendance finale² des femmes nées en 1956 s'établit à 2,14 enfants par femme et est donc au-dessus du seuil de remplacement (ce seuil est de 2,1 car il tient compte du nombre plus élevé de naissances de garçons que de naissances de filles et des filles qui décèdent avant l'âge de la maternité³). À 35 ans, ces femmes avaient déjà eu 1,96 enfant. Les femmes nées dix ans plus tard n'avaient que 1,76 enfant à 35 ans mais ont ensuite rattrapé une partie de leur retard : elles avaient 1,97 enfants à 40 ans (contre 2,11 enfants pour la génération 1956). Actuellement, les femmes de 35 ans ont déjà eu en moyenne 1,69 enfant : le retard s'est légèrement accentué mais permet d'envisager une descendance finale au moins égale à 1,95 enfant par femme.

Tableau 3 • Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF)
et taux de fécondité par tranches d'âge depuis 1994

Années	Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF)	Taux de fécondité par tranche d'âge				Âge moyen des mères à la maternité*
		15 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 et plus	
1994	1,683	0,337	0,645	0,469	0,232	28,8
1996	1,750	0,320	0,655	0,519	0,257	29,0
1998	1,779	0,310	0,646	0,543	0,279	29,3
2000	1,893	0,334	0,666	0,584	0,310	29,3
2001	1,895	0,340	0,655	0,582	0,317	29,3
2002	1,880	0,330	0,649	0,581	0,321	29,4
2003	1,891	0,325	0,646	0,593	0,328	29,5
2004	1,916	0,327	0,647	0,604	0,338	29,5
2005	1,942	0,321	0,643	0,621	0,353	29,7
2006 (p)	2,005	0,326	0,653	0,649	0,376	29,8

* Âge moyen des femmes ayant un enfant dans l'année.

(p) Résultats provisoires.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : INSEE, état civil.

Les données de mortalité, particulièrement importantes pour le suivi de l'état de santé de la population sont détaillées dans un chapitre spécifique (chapitre II page 51) ainsi qu'au chapitre IV (page 54) pour la mortalité par causes.

■ DÉTERMINANTS SOCIAUX DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Distribution de la population adulte selon le niveau d'étude : 66 % des femmes et 57 % des hommes de 25 à 34 ans ont obtenu le baccalauréat

La part des diplômés au sein d'une tranche d'âge donnée augmente de façon très sensible au fil des générations. Ce constat se vérifie à la fois pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, la proportion des femmes qui, en 2005, déclarent avoir obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur s'établit à 25,6 % de celles âgées de 55 à 64 ans et atteint 65,8 % de celles âgées de 25 à 34 ans. De la même façon, la part des hommes qui ont obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur passe de 28,5 % pour ceux âgés de 55 à 64 ans à 56,8 % pour ceux qui ont entre 25 et 34 ans (tableau 4).

Le tableau 4 appelle un second commentaire. Si la proportion des hommes diplômés de l'enseignement supérieur apparaît plus forte que celle des femmes pour la génération des individus âgés de 55 à 64 ans, le résultat est inverse pour les autres générations et cette tendance s'intensifie nettement pour les individus de la génération des 25-34 ans.

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

3. Pour plus de détails, voir encadré 1 dans Wilson C., Pinson G., 2004 : « La majorité de l'humanité vit dans un pays où la fécondité est basse », *Population et Sociétés*, INED, n° 405, octobre.

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

En 2005	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	F	H	F	H	F	H	F	H
Aucun diplôme ou CEP	12,7	14,4	21,3	21,7	32,1	28,6	44,4	37,7
BEPC seul	4,3	6,5	8,3	6,4	10,8	7,7	9,0	5,8
CAP, BEP ou équivalent	17,2	23,3	27,4	36,3	23,3	34,6	21,0	28,0
Bac ou brevet professionnel	21,9	21,4	16,9	11,8	14,4	11,6	11,0	11,5
Bac + 2	20,6	16,8	13,2	10,4	10,4	7,2	7,2	5,5
Diplôme supérieur	23,3	18,6	12,9	13,5	8,9	10,3	7,4	11,5
Bacheliers ou plus	65,8	56,8	43,0	35,7	33,7	29,1	25,6	28,5

Champ : France métropolitaine, individus de 25 à 64 ans.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi.

Distribution de la population adulte selon la profession et la catégorie sociale : en 2005, 24 % d'ouvriers et 15 % de cadres

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

Tableau 5 • Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge, en 2005

En 2005	Femmes	Hommes
15-24 ans	29,9	37,3
25-49 ans	81,1	94,4
50 ans et plus	54,6	63,6
Ensemble	63,8	74,5

Champ : personnes de 15 à 64 ans.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi.

Le tableau 6, qui présente la répartition des actifs ayant un emploi par âge et selon la catégorie sociale, met en lumière un net recul de la part des emplois agricoles : en 2005, la part des personnes de 50 ans et plus qui se déclarent agriculteurs exploitants s'établit à 4,6 % ; cette proportion passe à 0,7 % pour les personnes âgées de 15 à 29 ans. De la même façon, la part des artisans, commerçants et chefs d'entreprises apparaît en retrait : elle évolue de 9,4 % pour la génération des actifs de 50 ans et plus à 1,6 % de ceux âgés de 15 à 29 ans. À l'inverse, parmi les ouvriers de type industriel, la part des ouvriers non qualifiés diminue avec l'âge.

La part des employés est sensiblement plus importante dans les nouvelles générations, passant de 27,1 % pour les actifs âgés de 50 ans et plus à 33,4 % pour les actifs âgés de 15 à 29 ans. Une constatation similaire peut être faite pour les professions intermédiaires (leur part passe de 21,0 % pour les actifs âgés de 50 ans et plus à 23,7 % pour les actifs âgés de 15 à 29 ans).

Tableau 6 • Répartition des actifs ayant un emploi par âge et selon la profession et catégorie sociale (PCS) en 2005

Catégorie socioprofessionnelle	15 à 29 ans	30 à 49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Agriculteurs exploitants	0,7	2,3	4,6	2,7
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,6	6,1	9,4	6,0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9,1	15,3	17,7	14,7
Professions intermédiaires	23,7	23,8	21	23,2
dont : Instituteurs et assimilés	3,7	3,2	3,1	3,3
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	5,2	4,4	4	4,5
Prof. intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	7,8	7,2	5,6	6,9
Techniciens	5,0	4,4	3,3	4,3
Employés	33,4	28,2	27,1	29,1
dont : Employés civils et agents de service de la fonction publique	5,9	9,3	9,3	8,7
Policiers et militaires	3,2	1,9	1,2	2,0
Employés administratifs d'entreprises	8,8	6,8	5,8	7,0
Employés de commerce	8,5	3,8	2,2	4,3
Personnels des services directs aux particuliers	7,0	6,4	8,6	7,0
Ouvriers	30,7	23,6	19,4	23,9
dont : Ouvriers qualifiés de type industriel	5,3	5,8	5,1	5,5
Ouvriers qualifiés de type artisanal	7,2	5,7	4,6	5,7
Chauffeurs	1,7	2,8	2,4	2,5
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	1,9	2,0	1,6	1,9
Ouvriers non qualifiés de type industriel	7,3	4,3	2,8	4,5
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	5,9	2,2	2,1	2,9
Catégorie socioprofessionnelle indéterminée	0,6	0,6	0,8	0,6
Ensemble	100	100	100	100

Note : résultats en moyenne annuelle.

Champ : France métropolitaine, actifs occupés de 15 ans ou plus.

Sources : INSEE, enquête Emploi de 2005.

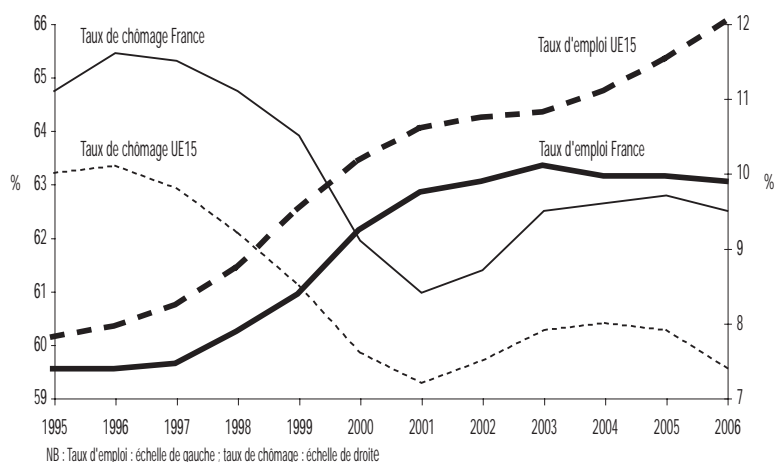
4. Définition taux chômage BIT (Bureau International du Travail)/Eurostat : Le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs par rapport à l'ensemble des forces de travail. Les forces de travail sont composées des personnes occupées et des chômeurs. Les chômeurs sont les personnes âgées de 15 à 74 ans qui étaient : (a) sans travail pendant la semaine de référence ; (b) disponibles pour travailler, c'est-à-dire pour commencer une activité en tant que salarié ou non-salarié dans un délai de deux semaines suivant la semaine de référence ; (c) à la recherche active d'un travail, c'est-à-dire qui avaient entrepris des démarches spécifiques en vue de trouver un emploi salarié ou non salarié pendant une période de quatre semaines se terminant à la fin de la semaine de référence, ou qui avaient trouvé un travail à commencer plus tard, c'est-à-dire dans une période maximale de trois mois.

5. Définition taux d'emploi Eurostat : Le taux d'emploi est obtenu en divisant le nombre de personnes occupées âgées de 15 à 64 ans par la population totale de la même tranche d'âge. Cet indicateur est dérivé de l'enquête communautaire sur les forces de travail (EFT), qui couvre l'ensemble de la population vivant dans des ménages privés. Elle exclut les personnes vivant dans des ménages collectifs (pensions, cités universitaires, établissements hospitaliers). La population occupée comprend les personnes qui, durant la semaine de référence et pendant une heure au moins, ont accompli un travail pour une rémunération ou un profit ou qui, n'ayant pas travaillé, avaient néanmoins un emploi dont elles étaient temporairement absentes.

Taux de chômage : 8 % en juin 2007

Le taux de chômage (définition BIT/Eurostat⁴) n'a cessé de croître en France comme dans l'ensemble des pays de l'Europe des quinze depuis 2001. Ce taux amorce depuis 2004-2005 une décroissance, moins nette dans notre pays. L'évolution des taux d'emploi⁵ est à la hausse depuis la fin des années 90 dans les pays de l'Europe des quinze mais semble enregistrer en France une stagnation depuis 2003 (graphique 2).

Graphique 2 • Évolution du taux de chômage et du taux d'emploi en France et dans l'Europe des quinze - 1995-2006



Champ pour la France : France entière.

Sources : Eurostat.

Le taux de chômage s'établit à 8,0% en juin 2007⁶. Mais ce taux global dissimule de profondes disparités selon le sexe, l'âge ou la catégorie socioprofessionnelle.

Les femmes enregistrent un taux de chômage beaucoup plus fort que celui des hommes, et ce, quelle que soit la période considérée. Ainsi, en 2005, le taux de chômage des femmes s'établit à 10,8% lorsque celui des hommes est de 9%. Cela étant, l'écart de taux de chômage entre les sexes tend à se réduire.

Le taux de chômage varie également fortement selon l'âge ; il est élevé pour les jeunes (17,3% pour les personnes âgées de 15 à 29 ans) et il tend à se réduire pour les classes de personnes plus âgées (respectivement 8,3% et 6,7% pour les personnes âgées de 30 à 49 ans et pour les personnes âgées de cinquante ans et plus).

Enfin, le taux de chômage est plus fort pour les ouvriers (12,5%) que pour les employés (10,3%) tandis que le taux de chômage des cadres et des professions intellectuelles supérieures (4,9%) apparaît faible.

Le chômage de longue durée, c'est-à-dire la recherche d'un emploi depuis plus d'un an, s'établit à un niveau élevé (42,5% du nombre total des chômeurs) (tableau 7).

Tableau 7 • Nombre de chômeurs et taux de chômage (au sens du BIT), en moyenne annuelle - Évolution de 2002 à juin 2007

	2002	2003	2004	2005	2006*	Juin 2007
Nombre de chômeurs (en milliers)	2 396	2 682	2 734	2 717	2 475	2 206
dont : hommes	1 149	1 300	1 330	1 328	1 212	1 086
femmes	1 247	1 383	1 404	1 389	1 263	1 120
Taux de chômage (%)	8,8	9,8	9,9	9,8	8,9	8,0
Hommes	7,8	8,8	9,0	9,0	8,2	7,4
Femmes	10,1	11,0	11,0	10,8	9,7	8,7
15-29 ans	14,7	16,7	17,4	17,3	-	-
30-49 ans	7,5	8,2	8,3	8,3	-	-
50 ans ou plus	6,5	7,2	7,1	6,7	-	-
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3,6	4,1	4,8	4,9	-	-
Professions intermédiaires	4,3	5,0	5,9	5,5	-	-
Employés	8,8	9,1	10,2	10,3	-	-
Ouvriers	9,9	10,9	12,3	12,5	-	-

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

Sources : INSEE, enquêtes Emploi.

* Report de la publication des données INSEE complètes à l'automne.

Les bénéficiaires de la CMUC : 4,7 millions fin 2005

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) constitue l'un des dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées.

Le tableau suivant (tableau 8) indique que le nombre de bénéficiaires s'est rapidement stabilisé après la mise en œuvre du dispositif.

Tableau 8 • Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMUC de 2000 à 2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
En millions	5	4,7	4,5	4,6	4,6	4,7

Sources : DREES.

Durant l'année 2005, le nombre de bénéficiaires de la CMUC a progressé de 2%, soit une augmentation de 70 000. Cette hausse est inférieure à celle de la population couverte par le RMI (les allocataires et leurs ayants droit, conjoints et enfants), laquelle a augmenté de 4% (+95 000 bénéficiaires).

Ce décalage, déjà observé en 2003 et 2004, peut s'expliquer par le fait qu'une partie des nouveaux entrants au RMI aient déjà pu disposer auparavant d'une couverture complémentaire ou de la CMUC.

De plus, il est vraisemblable que, parmi les nouveaux « rmistes » sans couverture complémentaire, une partie n'ait pas encore fait valoir ses droits à la CMUC en choisissant un organisme, en l'absence de besoin de soins ressentis.

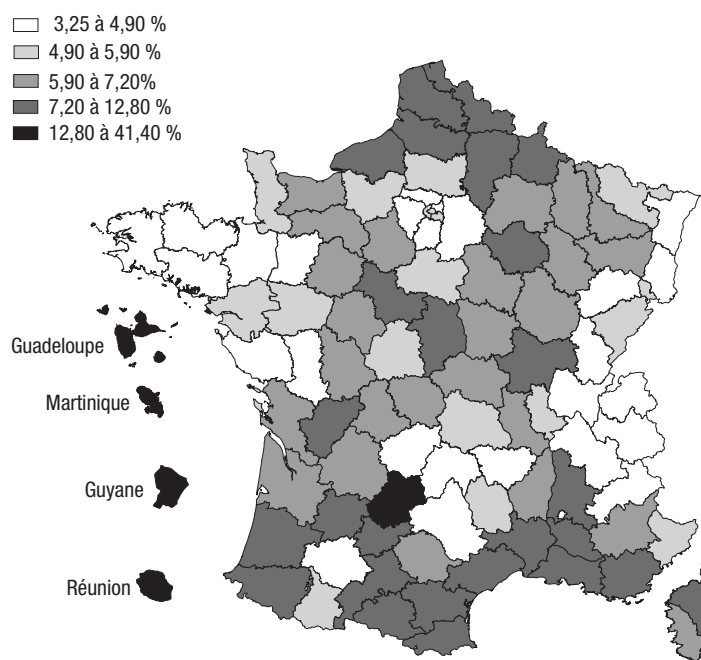
La CMU a permis de faire passer le taux de non bénéficiaires d'une complémentaire de 16% à 8% ; il apparaît que la majeure partie de ceux qui ne disposent pas aujourd'hui d'une complémentaire le fait volontairement, notamment parce que leur état de santé ne leur paraît pas justifier cette dépense.

La part de la population couverte par la CMUC présente de très fortes disparités départementales

6. Du fait du report à l'automne 2007 du calage annuel sur les résultats de l'enquête Emploi, la série mensuelle du chômage au sens du BIT publiée par l'INSEE reste provisoire. Par ailleurs, Eurostat publie sa propre estimation du taux de chômage au sens du BIT, à partir d'une définition harmonisée au niveau européen et d'une méthodologie différente. Cette estimation, qui s'appuie pour sa part en partie sur les résultats non labellisés de l'enquête Emploi pour 2006, est également provisoire et susceptible d'être révisée en cours d'année.

(carte 3). Fin 2005, elle demeure nettement plus élevée dans les DOM que dans les départements métropolitains (respectivement 35 % contre 7 %). En métropole, les taux de couverture se situent toujours dans un rapport d'un à quatre d'un département à l'autre : ils varient ainsi de 3,3 % en Haute Savoie à 12,7 % en Seine-Saint-Denis. Comme les années précédentes, c'est dans un croissant sud/sud-est et au nord de la France que l'on enregistre les taux de couverture les plus élevés et dans l'ouest, le massif central et le nord des Alpes que ces taux sont les plus faibles. Entre le 31 décembre 2002 et le 31 décembre 2005, le nombre de départements dont le taux de couverture de la CMUC était supérieur à 5 % est passé de 64 à 71. Par ailleurs, les liens entre le nombre de bénéficiaires de la CMUC et du RMI dans chaque département sont devenus plus étroits : le coefficient de corrélation entre les taux de couverture de la population par ces deux dispositifs est ainsi passé de 0,82 en 2000 à 0,92 en 2002 et 0,94 en 2005⁷.

Carte 3 • Pourcentage de bénéficiaires de la CMU complémentaire au 31 décembre 2005 par département



7. Boisguérin B., 2006, « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 » *Études et Résultats*, DREES, n° 512, août.

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

Données synthétiques de mortalité

Espérance de vie :

un indicateur synthétique à la naissance et à 65 ans

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

L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans, qui reflète la mortalité aux âges élevés, sont des indicateurs très utilisés au niveau international.

Cet indicateur permet également de comparer la mortalité entre régions au cours d'une période donnée. Toutefois, l'espérance de vie à la naissance mesure la durée de vie moyenne des individus domiciliés dans une région au moment de leur décès, et 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 régionales¹.

L'espérance de vie à la naissance est en hausse, elle franchit le seuil des 77 ans pour les hommes et atteint 84 ans pour les femmes

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance a franchi en 2006 la barre des 84 ans pour les femmes et de 77 ans pour les hommes (tableau 9). En un an, les femmes ont gagné 3 mois et demi et les hommes presque 5 mois. L'écart entre eux continue donc de se réduire. Il est de 6,9 ans en 2006, soit juste un an de moins qu'il y a dix ans : en dix ans, les hommes ont gagné 3,1 ans et les femmes 2,1 ans (tableau 9).

En 2005, en Europe (25 pays), l'espérance de vie moyenne des hommes est de 75,8 ans et celle des femmes de 81,9 ans. Les hommes français se situaient au 9^e rang après notamment la Suède (78,4 ans), l'Italie, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. L'espérance de vie la plus basse était observée en Lituanie (65,4 ans). Les femmes françaises vivent quant à elles, quasiment 2 ans de plus que la moyenne européenne (81,9 ans) ce qui situait la France en 2005 au 2^e rang après l'Espagne. L'espérance de vie la plus basse était observée en Hongrie (76,9 ans).

En 2004, il existait des disparités régionales avec un gradient nord-sud. Ce gradient était plus marqué pour les hommes dont l'espérance de vie variait en 2004 entre 73,6 ans dans le Nord-Pas-de-Calais et 78,4 ans en Île-de-France, juste avant les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et PACA. Il est moins net pour les femmes et l'amplitude des variations était également moindre : de 81,8 ans dans le Nord-Pas-de-Calais à 84,5 ans en Rhône-Alpes et en Île-de-France.

Espérance de vie à 65 ans : 17,7 ans pour les hommes et 22,0 ans pour les femmes

L'espérance de vie à 65 ans a également progressé. Elle était en 2005 de 22,0 ans pour les femmes, soit 1,4 an de plus qu'il y a dix ans, et de 17,7 ans pour les hommes, soit 1,6 an de plus qu'en 1995 (tableau 9).

1. Daguet F., 2006, « Dans quelles régions françaises meurt-on le plus tard au début du xx^e siècle ? », *Insee Première*, INSEE, n° 1114, décembre.

Tableau 9 • Espérances de vie* à la naissance et à 65 ans, par sexe

Années	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1994	73,6	81,8	16,2	20,7
1996	74,1	82,0	16,1	20,7
1998	74,7	82,4	16,4	20,9
2000	75,3	82,8	16,7	21,2
2001	75,4	82,9	16,9	21,4
2002	75,7	83,0	17,1	21,4
2003	75,8	82,9	17,1	21,2
2004	76,7	83,8	17,7	22,1
2005	76,7	83,7	17,7	22,0
2006 (p)	77,1	84,0	-	-

(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 2005, l'espérance de vie des hommes de 65 ans est de 17,7 ans. Ce chiffre représente le nombre moyen d'années restant à vivre aux hommes de 65 ans avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2005

Champ : France entière. **Sources :** Statistiques de l'état civil, INSEE.

Taux de mortalité infantile : 3,7 pour 1 000 en 2006 contre 4,8 pour 1 000 en 1996

La mortalité infantile ou nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie 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 non seulement la santé infantile, mais reflète aussi l'état de santé d'une population ou, tout au moins, l'efficacité des soins préventifs et 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. Cet indicateur rend compte, en outre, de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique.

C'est un indicateur classique de la santé des populations, retenu au niveau européen. La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années ce qui place la France parmi les pays dont le taux est le plus bas, la moyenne européenne (25 pays) se situant à 4,5 pour 1 000. Le taux de mortalité infantile est ainsi passé de 51,9 décès pour 1 000 en 1950 à 4,9 pour 1 000 en 1995 et 3,7 pour 1 000 en 2006 en France métropolitaine (tableau 10). La situation est moins favorable dans les DOM avec des taux supérieurs à 7 pour 1 000 dans tous les départements.

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an ont lieu au cours de la première semaine de vie et deux tiers d'entre eux surviennent au cours du premier mois de vie. La mortalité infantile est impactée de façon positive par la prise en charge de la précarité mais aussi, dans un sens opposé, par le pourcentage croissant d'enfants de petits poids de naissance résultant des progrès de l'obstétrique et de la néonatalogie (voir objectif 45).

Tableau 10 • Évolution du taux de mortalité infantile en France depuis 1996

Année	Taux de mortalité infantile* pour 1 000 enfants nés vivants
1996	4,8
2000	4,4
2001	4,5
2002	4,1
2003	4,0
2004	3,9
2005	3,6
2006 (p)	3,7

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

(p) Résultats provisoires.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSEE, Bilan démographique.

Pour la troisième année consécutive, la mortalité est en deçà du niveau tendanciel

En 2005, 538 200 personnes sont décédées, soit 3,6 % de plus que l'année précédente (tableau 11). Une forte épidémie de grippe s'est produite début 2005. Mais surtout 2004 et 2003 ont été deux années particulières : le net recul de la mortalité en 2004 a été en partie expliqué par des décès anticipés dus à la canicule de 2003. Pour évaluer plus justement la situation, il est donc préférable de se référer à l'année 2002. Les décès apparaissent alors en baisse (-1,3 %). Or, l'augmentation du nombre des personnes âgées aurait dû conduire à un nombre de décès un peu supérieur à celui de 2002, si la baisse de la mortalité avait suivi sa tendance des dernières décennies².

2. Catherine Beaumel, Lucile Richet-Mastain et Mauricette Vatan, *La situation démographique en 2005. Mouvement de la population*, Rapport INSEE 374 p.

En 2006, 531 100 personnes sont décédées, soit une diminution de 1,3 % par rapport à 2005. La baisse touche davantage les femmes (-1,7 %) que les hommes (-1,0 %) et elle est particulièrement marquée chez les femmes de 90 ans ou plus. Pour la troisième année, la mortalité est ainsi en dessous de celle qu'on pourrait attendre compte tenu du vieillissement de la population et de la prolongation de la tendance des dernières décennies³.

Tableau 11 • Évolution du taux brut de mortalité pour 1 000 habitants en France depuis 1985

Année	Décès	Taux de mortalité pour 1 000 habitants
1985	560 490	9,9
1990	534 511	9,2
1995	540 434	9,1
1999	547 377	9,1
2000	540 717	8,9
2001	541 184	8,8
2002	545 353	8,9
2003	562 591	9,1
2004	519 589	8,3
2005	538 207	8,6 (p)
2006 (p)	531 100	8,4 (p)

(p) Résultats provisoires.

Champ : France entière.

Sources : INSEE, état civil.

En 2004, comme pour l'ensemble des pays européens, le taux de mortalité standardisé en France enregistre une tendance à la baisse par sexe (tableau 12).

Au sein de l'Europe, la France a chez les femmes le taux de mortalité standardisé le plus bas, avant la Suède et l'Espagne. Seule la Suède, l'Espagne et Malte se placent en meilleure position pour la mortalité chez les hommes. Cette situation est inédite : en 2001, la France se situait en 8^e position pour la mortalité masculine ; et doit être considérée avec prudence en termes d'évolution, en raison des événements particuliers des années 2003 (canicule) et 2004 (recul de la mortalité en partie expliqué par des décès anticipés liés à la canicule, baisse importante des décès par accidents de la circulation et absence d'épidémie de grippe en 2004).

Tableau 12 • Évolution du taux de mortalité standardisé* (pour 1 000 habitants) en France et en Europe (25 pays)

Année	France		Union européenne (25 pays)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
2000	8,3	4,4	9,1	5,4
2001	8,2	4,4	8,9	5,3
2002	8,1	4,5	8,8	5,2
2003	8,2	4,6	8,7	5,2
2004	7,6	4,2	8,3	5,0

* Taux Standardisés par âge - Réf. t : Eurostat - Pop Europe - IARC-1976.

Champ : France entière (pour la France).

Sources : Eurostat/INSERM CépiDc.

Taux de mortalité prématurée : toujours plus de 2 fois supérieur chez les hommes

La mortalité « prématurée » est constituée de l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Cette limite d'âge peut sembler arbitraire mais c'est également celle qui est souvent retenue, en particulier au niveau européen.

On comptabilise en 2004, 106 388 décès « prématurés ». Un tiers de ces décès pourraient être « évités » par une réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses...). La mortalité « prématurée » et « évitable » a diminué entre 1990 et 2004, mais le niveau de mortalité reste très élevée en France en particulier chez les hommes (encadrés).

3. Richet-Mastain L., 2007, « Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record », *Insee Prémière*, INSEE, n° 1118, janvier.

«EFFECTIFS ET TAUX DE MORTALITÉ «PRÉMATURÉE»

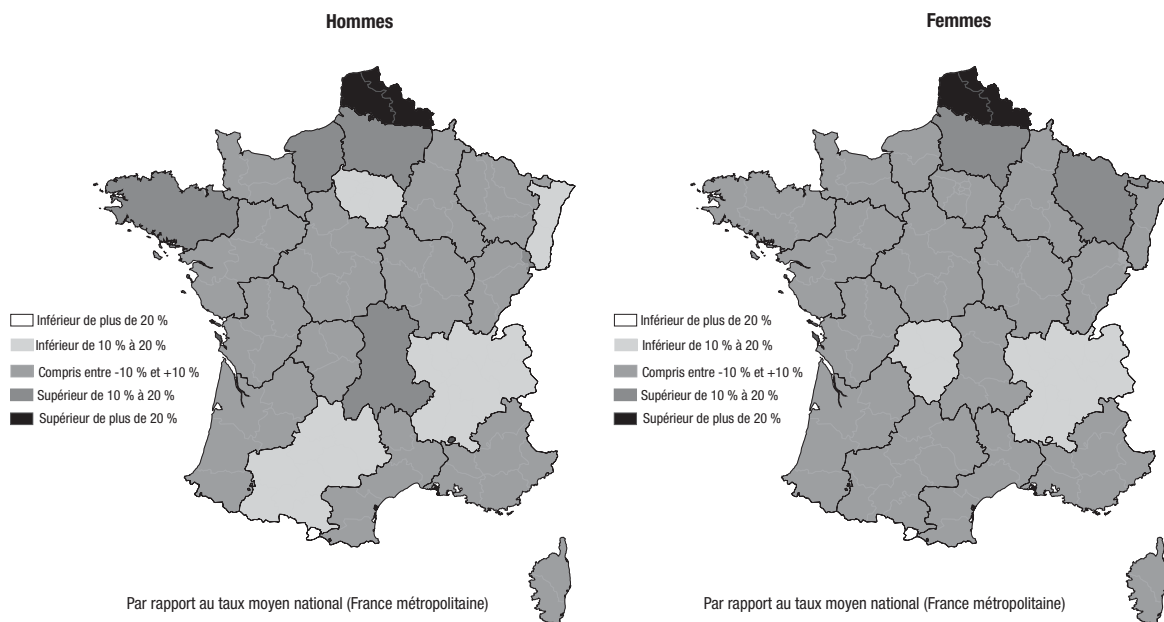
En 2004, on comptabilise 106 388 décès avant 65 ans sur les 509 408 décès annuels (21 % des décès). Le taux de décès «prématurés» est nettement plus élevé chez les hommes (283,1 pour 100 000 et 128,6 pour les femmes), soit un taux multiplié par 2,2 chez les hommes. La mortalité augmente fortement avec l'âge.

Entre 1990 et 2004, on observe une baisse des effectifs (-15 %) et des taux de décès (-23 %) (tableaux 13 et 14). La diminution des taux de décès est plus marquée pour les hommes (-26 % contre -17 % pour les femmes).

Le niveau de la mortalité varie fortement selon les régions françaises (Cartes 4 et 5). Les taux de décès les plus élevés s'observent dans le Nord-pas-de-Calais puis en Picardie, Haute-Normandie, Bretagne et en Champagne-Ardenne ; les taux les plus faibles en Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Île-de-France et Alsace. La baisse de la mortalité concerne toutes les régions de -15 % (Limousin) à -4 % (Basse-Normandie et Corse).

En 2003, parmi les 25 pays de l'UE, la France a les taux de décès masculins les plus élevés après les nouveaux adhérents d'Europe Centrale et les Pays Baltes, le Portugal, la Belgique et la Finlande. Les taux français sont ainsi 20 % plus forts que ceux du Royaume-Uni (graphique 4).

Cartes 4 et 5 • Taux standardisés de mortalité prématurée (en % de variation par rapport au taux en France métropolitaine) pour les hommes et les femmes en 2004



Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM CépiDc.

Mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire : 39 % de la mortalité prématurée chez les hommes et 24 % chez les femmes

Au sein de la mortalité «prématurée», un sous-ensemble de causes de décès a été constitué intitulé «mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire» (résumé ci-dessous par le terme mortalité «évitable»). Cet indicateur, utilisé précédemment dans les rapports du Haut Comité de la Santé Publique sur la Santé en France, regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... 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. Un autre indicateur de mortalité «évitable», liée au fonctionnement du système de soins, a également été utilisé précédemment (cet indicateur, qui pose davantage de problèmes de définition, n'est pas présenté ici).

«EFFECTIFS ET TAUX DE MORTALITÉ «ÉVITABLE»

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

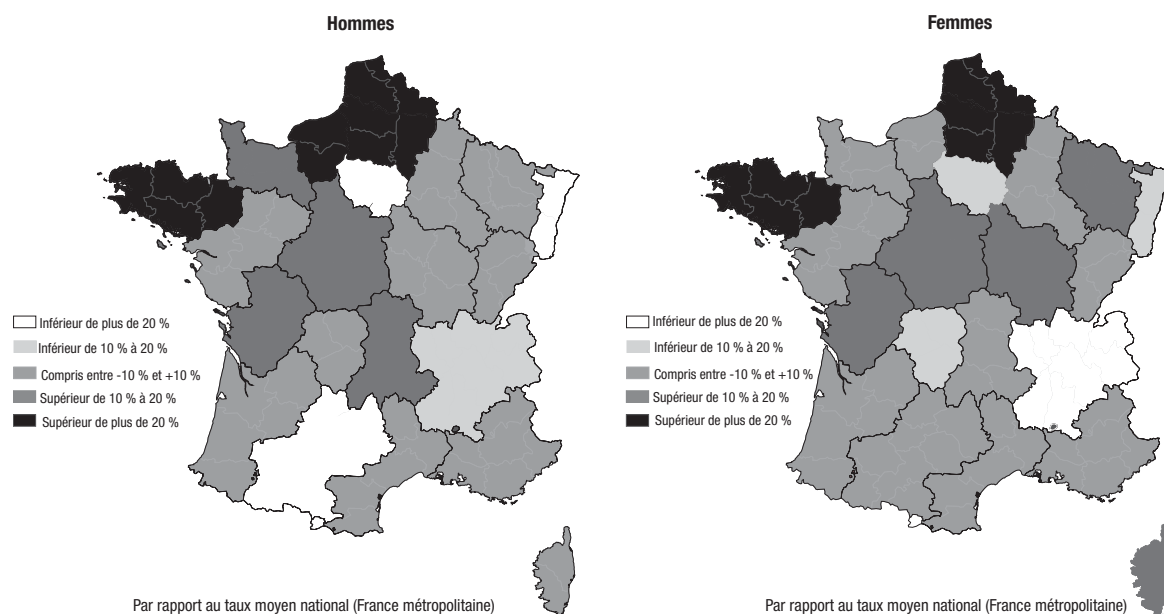
Le nombre de décès correspondant à la sélection «mortalité évitable» est de 36 058 en 2004. La mortalité est plus élevée chez les hommes (80% des décès observés et taux de décès multiplié par 4). La part de la mortalité «évitale» par rapport à la mortalité «prématurée» est de 39% chez les hommes et de 24% chez les femmes.

Les taux de décès diminuent entre 1990 et 2004 (tableau 14) mais plus nettement chez les hommes (-30% contre -16% chez les femmes).

La mortalité la plus élevée est observée dans le Nord-Pas-de-Calais puis en Bretagne, Picardie, Haute Normandie; la plus basse en Ile-de-France, Midi Pyrénées, Alsace et Rhône Alpes (cartes 6 et 7).

En 2003, parmi les 25 pays européens, c'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité «évitale» 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 doublé en France par rapport au Royaume-Uni).

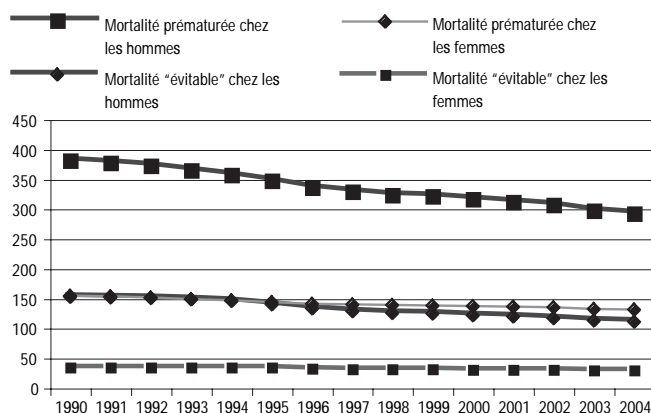
Carte 6 et 7 • Taux standardisés de mortalité prématurée (en % de variation par rapport au taux en France métropolitaine) pour les hommes et les femmes en 2004



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc.

Graphique 3 • Évolution des taux standardisés de mortalité prématurée* (0 à 64 ans) en France, 1990-2004



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

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

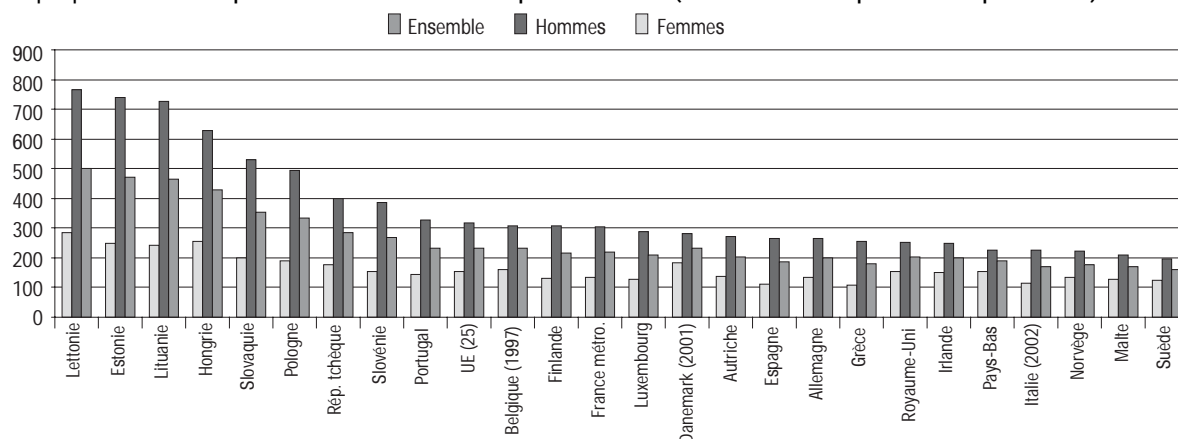
Tableau 13 • Taux de décès* par mortalité prématurée en France métropolitaine. Évolutions 1990-2004 et 2000-2004

Années	Ensemble		Hommes		Femmes	
	15-24 ans	0-64 ans	15-24 ans	0-64 ans	15-24 ans	0-64 ans
1990	77,1	267,4	114,9	383,4	37,9	155,4
1991	77,0	264,9	114,0	379,4	38,6	154,1
1992	73,5	259,0	108,4	370,9	37,4	150,4
1993	73,7	257,2	107,3	366,6	38,9	150,9
1994	69,0	250,1	102,1	356,8	34,8	146,1
1995	66,3	244,7	95,1	347,4	36,6	144,5
1996	63,0	238,5	91,4	337,7	33,7	141,7
1997	61,0	228,7	89,0	322,3	32,1	137,2
1998	62,0	232,2	89,6	326,5	33,4	140,2
1999	62,9	229,1	91,9	321,8	33,0	138,9
2000	58,6	224,7	84,9	315,6	31,5	136,2
2001	60,3	224,0	87,5	313,4	32,2	136,7
2002	56,3	219,6	81,6	306,7	30,1	134,6
2003	51,4	216,9	75,9	302,5	26,0	133,3
2004	48,8	204,8	71,4	283,1	25,6	128,6
Var. 2004-1990**	-37%	-23%	-38%	-26%	-32%	-17%
Var. 2004-2000***	-20%	-10%	-16%	-10%	-19%	-6%

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge pour les 0-64 ans - Réf. : Eurostat - Pop Europe - IARC-1976. Taux bruts pour les 15-24 ans. ** (2004-1990)/1990 (en %). *** (2004-2000)/2000 (en %).

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM-CépiDc.

Graphique 4 • Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2003 (taux standardisés pour 100 000 personnes*)



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

Champ : Europe 25 pays. Sources : Eurostat/INSERM CépiDc Année : 2003.

Tableau 14 • Effectifs et taux de décès «évitable» et «prématurée» en 1990, 2000 et 2004 selon le sexe, en France métropolitaine

Âge/Sexe	Année	Effectif	«Évitable»/ «Prématurée»	Taux de décès *	Var. 2004-1990 **	Var. 2004-2000 ***
«Prématurée»						
Hommes	1990	88 204		383,4		
	2000	75 969	-	315,6		
	2004	72 694		283,1	-26 %	-10 %
Femmes	1990	36 503		155,4		
	2000	33 491	-	136,2		
	2004	33 694		128,6	-17 %	-6 %
Total	1990	124 707		267,4		
	2000	109 460	-	224,7		
	2004	106 388		204,8	-23 %	-9 %
«Évitable»						
Hommes	1990	35 709	40 %	153,8		
	2000	29 756	39 %	121,8		
	2004	28 117	39 %	108,4	-30 %	-11 %
Femmes	1990	8 445	23 %	35,5		
	2000	7 725	23 %	30,7		
	2004	7 941	24 %	29,8	-16 %	-3 %
Total	1990	44 154	35 %	93,8		
	2000	37 481	34 %	75,7		
	2004	36 058	34 %	68,6	-27 %	-9 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon pop Eurostat).

** (Taux 2004 – Taux 1990) *100/Taux 1990.

*** (Taux 2004 – Taux 2000) *100/Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

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

SOURCES • INSERM-CépiDc.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés de mortalité sur la population européenne (Eurostat – population Europe IARC 1976). Pour les codes CIM retenus pour la mortalité évitable, voir tableau 15.

LIMITES-BIAIS • Sélection des causes de décès à rediscuter.

RÉFÉRENCE •

- Salem G., Rican S., Jouglé E., 2000, *Atlas de la santé en France - les causes de décès*, John Libbey ed. ; 1 : 187 p.- Jouglé E., Salem G., Gancel S., Michel V., Kurzinger M.-L., Rican S., Hamzaoui, 2002, «Atlas de la mortalité dans l'Union européenne», Commission Européenne, Statistiques de la santé, Eurostat, Thème 3, *Population et conditions sociales*, 119 p.

Tableau 15 • Causes de mortalité «évitables» et codes CIM associés

Codes CIM9	Codes CIM10	Libellés
042-044	B20-B24	Sida et infections par le VIH
140-149	C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
150	C15	Tumeur maligne de l'œsophage
161		Tumeur maligne du larynx
162	C32-C34	Tumeurs malignes 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

Indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée

Les enquêtes déclaratives fournissent des indicateurs de santé, telle qu'elle est perçue et rapportée par la population elle-même. On trouve ainsi dans l'enquête santé 2002-2003 de l'INSEE différentes questions et modules de questions sur la santé perçue, les maladies ou les incapacités. Ces informations 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...), ces données déclaratives reflètent bien le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et incapacités diagnostiquées, ainsi que de mortalité [1]. Ces informations permettent de se livrer à des comparaisons. En particulier, un « mini-module santé » de trois questions a ainsi été introduit récemment dans les enquêtes européennes « EU-SILC » (European Union—Statistics on Income and Living Conditions; enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie – SRCV – pour volet français) et repris dans des enquêtes nationales telles que l'enquête nationale Santé de l'INSEE et l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES. Ce module comprend une question sur la santé perçue, une autre sur l'existence d'une maladie chronique et une troisième sur les limitations d'activité. Sa formulation définitive, et les traductions dans toutes les langues, ont été arrêtées en 2006 par Eurostat; les chiffres antérieurs sont fournis à titre exploratoire). Dans cette partie, ainsi que dans le chapitre « Inégalités sociales de santé » p. 64, nous présentons les données les plus récentes pour la France, issues de l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005 de l'INSEE. Mais nous apportons quelques précisions concernant l'incapacité à partir des données plus détaillées de l'enquête santé française de 2002-2003. Enfin, nous nous appuyons sur les données exploratoires de l'enquête européenne SILC 2004 pour un premier panorama européen.

Part de la population déclarant être en bonne ou très bonne santé :

70 % des Français, mais seulement 34 % après 65 ans

L'auto-évaluation de la santé permet de construire un indicateur synthétique reflétant la distribution des personnes selon qu'elles déclarent que leur santé est excellente, bonne, assez bonne, mauvaise ou très mauvaise. Cet indicateur global peut refléter ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, comme la gravité des maladies, certains aspects positifs de l'état de santé, les composantes physiologiques ou encore les dimensions psychologiques, mentales, culturelles et sociales de la santé [2].

Selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005 de l'INSEE, près de 70 % des personnes de 16 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé (71 % en 2004), alors que plus d'une sur cinq considère que son état de santé est assez bon et près d'une sur dix, qu'il est mauvais voire très mauvais (9 % en 2004). Les hommes ont une plus grande propension à estimer que leur santé est « très bonne » et les femmes, qu'elle est « assez bonne » (tableau 16). La perception d'une « bonne » (*a fortiori* « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus pour lesquelles la santé est considérée comme « assez bonne » dans 41 % des cas et « mauvaise » (ou « très mauvaise ») dans 25 % des cas (40 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus) (graphique 5).

Tableau 16 • Santé perçue (%)

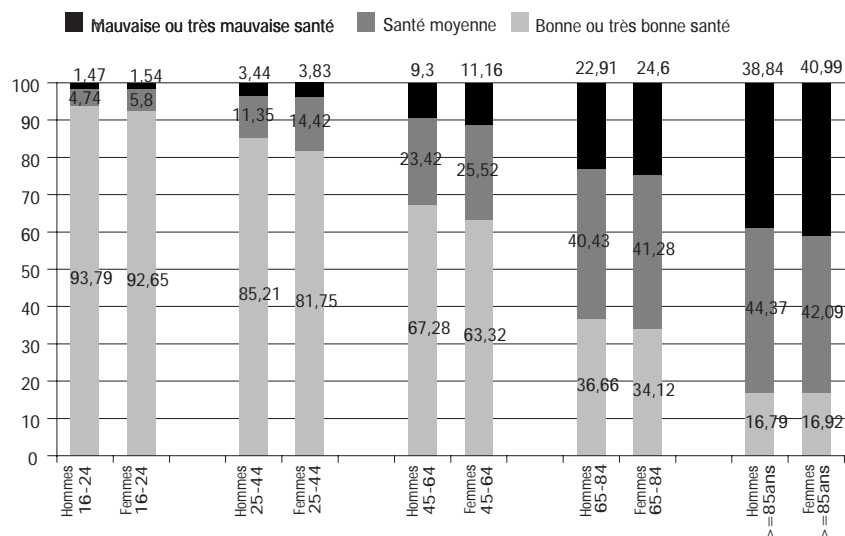
État de santé général*	Hommes	Femmes	Ensemble
Très bon	27,3	21,8	24,4
Bon	44,4	44,3	44,3
Moyen	19,6	22,9	21,3
Mauvais	7,3	9,6	8,5
Très mauvais	1,5	1,4	1,4

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé général ? très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ».

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Graphique 5 • Santé perçue selon l'âge (%)



Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Part de la population déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique : 22 % des 25-44 ans mais 75 % des 85 ans et plus

La proportion de personnes déclarant avoir actuellement une maladie chronique est relativement élevée (34,6 %) (tableau 17), y compris chez les plus jeunes (près de 33 % en 2004). Cette déclaration est fortement liée à des maladies chroniques, même si elle renvoie aussi à des troubles mineurs de vision aisément corrigés par des lunettes, des problèmes dentaires ou encore des facteurs de risque cardio-vasculaires (hypercholestérolémies, surpoids...). Cette question est néanmoins utile car elle aborde la dimension médiale dans le mini-module. Cette proportion augmente fortement avec l'âge, de près de 13 % entre 16 et 24 ans à 75 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus (graphique 6).

Tableau 17 • Maladie chronique (%)

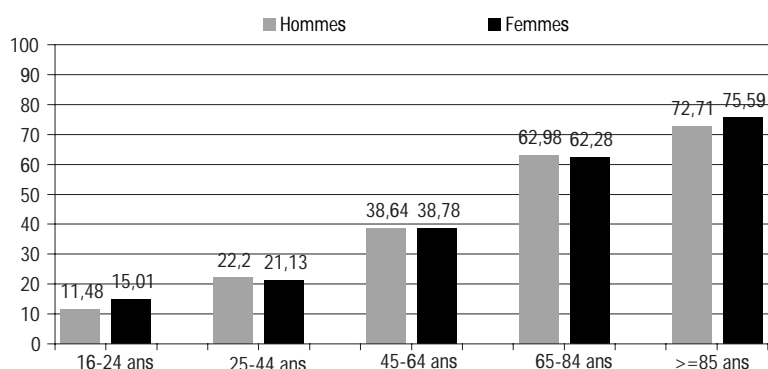
	Hommes	Femmes	Ensemble
Maladie chronique*	33,4	35,6	34,5

* 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 et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Graphique 6 • Déclaration de « maladie chronique » selon l'âge (%)



Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Part de la population déclarant être limitée dans les activités que les gens font habituellement : plus de 30 % des 65 ans et plus

Environ 22 % de la population de plus de 16 ans déclare une limitation d'activité durable (« être limité depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement ») (21 % en 2004) (tableau 18). Cette proportion est faible chez les jeunes (moins de 6 % pour les jeunes de 16 à 24 ans), puis augmente progressivement avec l'âge : elle est égale à 52 % pour les personnes de 65 ans ou plus et à 80 % pour les 85 ans ou plus. Toutefois, compte tenu de leur poids respectif dans la population, les 45-64 ans ainsi limités représentent près du tiers de l'ensemble des personnes déclarant une limitation d'activité, les 65-84 ans, 42 %, et les 25-44 ans, 16 %.

Cette proportion est globalement un peu plus élevée pour la population féminine (24 % *versus* 21 % pour les hommes), la différence étant plus marquée aux âges élevés (plus de 85 ans) (graphique 7).

Tableau 18 • Limitation d'activité (%)

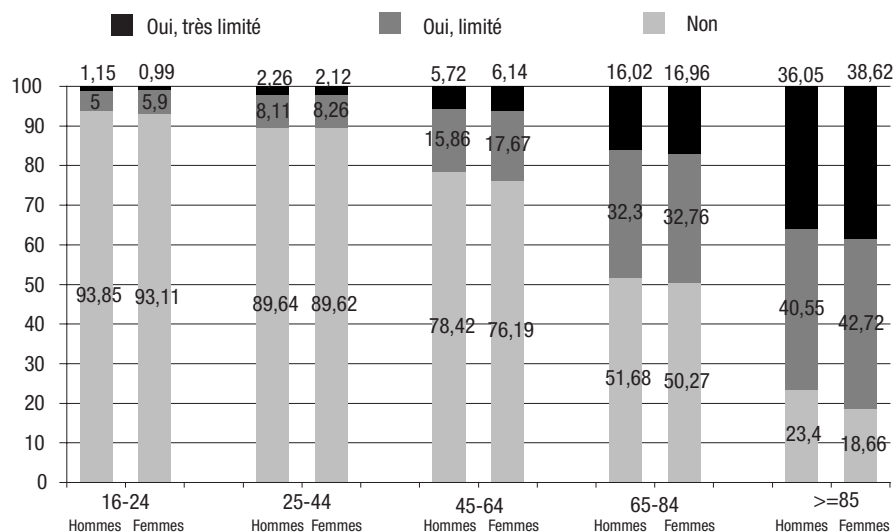
Limitation d'activité depuis au moins six mois*	Hommes	Femmes	Ensemble
Très limité	6,0	7,1	6,6
Limité	14,6	16,7	15,7
Non	79,4	76,1	77,7

* 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 et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Graphique 7 • Limitation d'activité depuis au moins 6 mois selon l'âge (%)



Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Pour la première fois en 2004, les données des enquêtes européennes « EU-SILC » ont été rendues disponibles¹ pour 13 pays européens. Elles permettent une comparaison exploratoire des réponses aux trois questions du mini-module sur la santé déclarée (avant un effort à venir sur les traductions des questions pour les années suivantes).

Une plus forte proportion de la population jugeait ainsi sa santé très bonne ou bonne en Irlande (84,6 %), en Grèce (80,6 %) et au Danemark (79,4 %) et que dans les autres États membres. Cette proportion était de 71 % en France et tombait à moins de 50 % au Portugal. La Grèce était encore le pays où la plus forte proportion de personnes déclaraient ne pas être atteintes de maladies chroniques (83,2 %), la France avec 67,2 % se situant dans une position plutôt défavorable, seules l'Estonie, la Finlande et surtout la Suède affichant des pourcentages inférieurs de personnes sans maladies chroniques.

Pour les personnes ne déclarant aucune limitation d'activité, la France arrivait au cinquième rang (79,4 %) après l'Italie (86,3 %), Irlande (82,1 %) et la Grèce (81,7 %). La Finlande, le Portugal et l'Estonie, comptaient moins de 70 % de personnes ne se déclarant pas limitées (tableau 19). Pour le Danemark, les données sont difficilement comparables en 2004, la distinction selon le niveau de

1 Les données sont parfois réajustées à la marge par Eurostat, les données utilisées pour ces calculs proviennent de la première diffusion Disponible sur le site de l'observatoire européen des espérances de santé (<http://www.ehemu.eu/>).

sévérité n'ayant pas été proposé, modifiant ainsi la propension à déclarer les difficultés et limitations, en particulier les niveaux de sévérité modérés.

Ces comparaisons portent sur des données non standardisées, les variations entre les structures par âge des populations des pays peuvent donc en partie expliquer certaines différences observées.

Tableau 19 • Comparaison de l'état de santé déclaré dans 13 pays d'Europe en 2004

	Santé perçue			Maladie chronique	Limitation d'activité		
	Très bonne ou bonne santé	Assez bonne santé	Mauvaise ou très mauvaise santé	Pas de maladie chronique	Pas de limitation d'activité	Limitation d'activité modérée	Limitation d'activité sévère
Portugal	48,4	32,6	19,0	70,1	67,4	20,8	11,7
Estonie	54,3	32,9	12,8	61,8	68,9	19,8	11,3
Italie	60,8	29,8	9,4	80,4	86,3	8,7	4,9
Espagne	66,9	21,4	11,8	76,0	77,8	13,8	8,5
Suède	68,8	22,8	8,3	47,8	70,7	13,6	15,8
Finlande	69,5	20,9	9,6	59,5	63,1	25,2	11,7
France	71,0	19,8	9,3	67,2	79,4	14,4	6,3
Autriche	74,3	18,2	7,4	80,2	76,0	15,2	8,7
Luxembourg	74,9	16,5	8,6	77,8	76,8	15,3	7,9
Belgique	75,9	16,1	8,0	76,0	73,3	15,2	11,5
Danemark	79,4	13,9	6,7	76,5	87,2*	-	-
Grèce	80,6	11,8	7,6	83,2	81,7	13,2	5,1
Irlande	84,6	12,0	3,4	79,8	82,1	12,0	5,9

* Pour le Danemark, les modalités de réponse pour la question sur les limitations d'activité ne distinguent pas les niveaux de sévérité.

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

Sources : Enquête EU-SILC (EHemu).

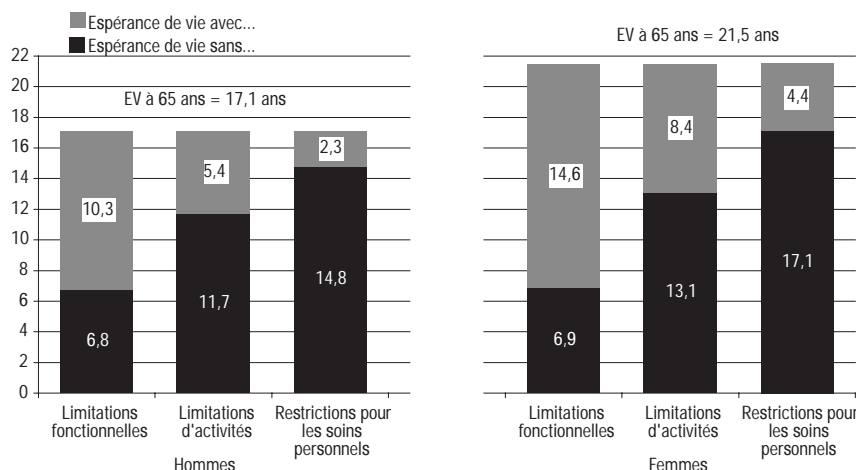
Espérance de vie sans incapacité :

à 65 ans, elle est de 10 ans pour les hommes et de 15 ans pour les femmes

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

En 2002, l'espérance de vie totale des hommes de 65 ans était de 17,1 ans et celle des femmes de 21,4 ans. Les hommes pouvaient encore espérer vivre 7 ans sans problèmes fonctionnels (« avoir des difficultés pour voir, entendre, marcher, se pencher, monter des escaliers... »), 12 ans sans limitations d'activités (« être limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement »), 15 ans sans difficultés dans les activités de soins personnels (« avoir des difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller... ») ; ainsi à 65 ans, les troubles fonctionnels courants occupent en moyenne 60 % des années restantes, mais ne s'accompagnent pas nécessairement de gênes dans les activités ; celles-ci n'occupant en moyenne que 30 % des années à vivre. Les restrictions pour les activités de soins personnels occupent 13 % de l'espérance de vie à 65 ans. Pour les femmes, les 21,4 années d'espérance de vie comportent 7 années sans limitations fonctionnelles, 13 années sans limitations d'activités et 17 années sans restrictions pour les soins personnels (ces incapacités occupent respectivement 78 %, 39 % et 21 % de l'espérance de vie totale). L'espérance de vie des femmes à 65 ans est plus longue que celle des hommes ; elles passent aussi plus de temps avec des incapacités au sein de cette vie plus longue (graphique 8).

Graphique 8 • Espérance de vie, espérance de vie sans incapacité (EVS) et espérance de vie avec incapacité (EVI) à 65 ans selon trois indicateurs (limitations fonctionnelles sensorielles et physiques ; limitations dans les activités en général ; restrictions dans les activités de soins personnels). Hommes et femmes de 65 ans et plus, 2002-2003)



Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Dans les comparaisons européennes, à partir de l'enquête SILC, on estime l'espérance de vie sans limitations d'activité durable en distinguant les niveaux de sévérité de l'incapacité sévère (distinction qui n'est pas disponible avec la question sur la limitation d'activité de l'enquête santé 2002-2003)². Cette enquête met en évidence de grandes variations en matière d'espérance de vie sans limitations d'activité selon les pays. Ces variations sont bien plus contenues lorsqu'on se concentre sur les niveaux d'incapacité les plus sévères (tableau 20). Ce résultat indique que la plupart des différences concerne la déclaration de problèmes modérés ; soit du fait de différences dans la prévalence de ces problèmes, soit du fait de différences dans la propension à ressentir et à déclarer les gênes plus modérées. Des analyses plus poussées doivent dès lors démêler ces hypothèses, avec des données plus comparables qui seront disponibles pour les années suivantes.

Tableau 20 • Espérance de vie (EV) sans limitations d'activité (tous niveaux de sévérité confondus) et avec limitations d'activité modérées et limitations d'activité sévères* dans les pays européens en 2004 d'après les données de SILC (Ehemu et Eurostat)

	Hommes					Femmes				
	EV	EVS	EVS sévères	% EVS/EV	% EVS/EV (sévéres)	EV	EVS	EVS sévères	% EVS/EV	% EVS/EV (sévéres)
Autriche	16,9	7,2	13,1	43	78	20,3	7,0	13,5	34	66
Belgique	16,1	8,3	12,4	52	77	19,9	8,2	13,7	41	69
Danemark	15,9	13,2*	-	83**	-	18,9	13,5*	-	71**	-
Estonie	13,0	4,6	8,8	35	68	17,8	4,7	10,3	26	58
Finlande	16,5	7,0	12,3	43	75	20,5	6,9	14,8	34	72
France	17,2	8,2	13,6	48	79	21,4	9,6	16,6	45	77
Grèce	17,0	9,4	14,5	56	85	19,1	9,6	15,5	50	81
Irlande	16,2	8,4	13,2	52	82	19,5	9,7	15,7	49	81
Italie	17,1	10,9	14,6	64	86	20,9	12,0	17,0	57	81
Luxembourg	16,6	8,6	13,0	52	78	20,5	9,4	14,8	46	73
Portugal	16,2	5,0	11,2	31	69	19,7	3,8	12,1	19	62
Espagne	17,2	9,8	14,2	57	82	21,2	9,4	15,9	44	75
Suède	17,4	9,7	13,0	56	75	20,6	10,7	15,3	52	75

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

** Pour le Danemark, les modalités de réponse pour la question sur les limitations d'activité ne distinguent pas les niveaux de sévérité.

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

Sources : Enquête EU-SILC (EHemu).

2 L'enquête SILC permettra sous peu un calcul annuel d'espérance de vie sans incapacité dans les 27 pays de l'Union européenne, à partir d'un indicateur d'incapacité plus comparable entre pays (indicateur structurel européen « healthy life years »).

Références bibliographiques

- [1] Idler E.L., Russell L.B., Davis D., 1992, «Survival, functional limitations, and self-rated health», in the *NHANES I Epidemiologic Follow-up Study*.
2000, «First National Health and Nutrition Examination Survey», *Am J Epidemiol*, 152, 874- 83.
Lee, Y., 2000, «The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults», *J Epidemiol Community Health*, 54, 123-9.
- [2] Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., 2005, «L'État de santé en France en 2003», *Études et Résultats*, DREES, n° 436, octobre.
- [3] Commission européenne, Statistiques de la santé, édition 2002, «Chiffres clés sur la santé 2002 – Données 1970-2001», Eurostat.
- [4] Cambois E., Clavel A., Robine J.-M., 2006, «L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter», *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 2, avril.

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

Principales causes de mortalité générale¹ : les tumeurs sont devenues la première cause de mortalité devant les maladies de l'appareil circulatoire et les morts violentes

En 2004, 509 408 décès ont été enregistrés en France métropolitaine². Si l'on considère l'ensemble de la population, les causes de décès les plus fréquentes étaient les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire (près de 30 % des décès pour chacune de ces deux causes), les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès, un décès sur quatorze) et les maladies de l'appareil respiratoire autres que les tumeurs (un décès sur dix-sept). Ces quatre groupes de maladies représentent près des trois quarts des décès (tableau 21).

Pour l'ensemble des causes de décès, si le nombre de décès est comparable dans les deux sexes, le taux standardisé de mortalité est 1,8 fois plus élevé chez les hommes.

À l'exception de la maladie d'Alzheimer, cette surmortalité masculine se retrouve pour la plupart des causes fréquentes de décès.

Ainsi, les femmes sont plus nombreuses à décéder de maladies de l'appareil circulatoire que les hommes du fait de la structure de la population aux âges élevés. En revanche, le taux de mortalité standardisé sur l'âge par maladies de l'appareil circulatoire est 1,7 fois plus élevé chez les hommes.

La mortalité par tumeurs malignes est globalement plus fréquente chez l'homme, 2,1 fois plus 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 notés entre 2000 et 2004 pour les tumeurs du poumon, du pancréas et du foie, témoigne de la modification dans les décennies précédentes des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac.

La mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire est également plus importante chez l'homme notamment pour les causes liées au tabagisme : la mortalité par maladies respiratoires chroniques est 2,9 fois plus fréquente chez les hommes.

Enfin, une surmortalité masculine est toujours enregistrée pour les morts violentes (avec un rapport de 2,3 morts masculines pour 1 mort féminine), particulièrement par accidents de transports (rapport de 3,4 à 1) et par suicides (rapport de 2,9 à 1).

Tous ces ratios de surmortalité masculine sont stables par rapport aux données de 2000.

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies évolue peu d'une année à l'autre mais avec des tendances relativement régulières qui finissent par changer l'ordre d'importance des pathologies. On note ainsi un recul du poids relatif des maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population.

Les évolutions de long terme (sur vingt-cinq ans) montrent une baisse des taux standardisés de mortalité de 35 % toutes causes confondues. Cette baisse a été légèrement plus marquée pour les femmes. La baisse des maladies cardiovasculaires (de l'ordre de 50 %) est importante, alors que la baisse des tumeurs est modérée. Les maladies de l'appareil digestif montrent une réduction parallèle à celle de maladies cardiovasculaires. Les morts violentes régressent fortement et de façon plus marquée pour les femmes [1].

Si on étudie plus dans le détail les variations enregistrées entre 2000 et 2004, on note une baisse sensible de la mortalité par tuberculose (-33 %), asthme (-37 %), mort subite du nourrisson (-38 %) et accidents de transports (-32 %). Les seules augmentations notées sur cette période concernent les femmes, pour les tumeurs du poumon, du pancréas, et du foie.

Au sein de l'Union européenne à 27, en 2004, la France, tous âges confondus, bénéficiait d'une position relativement favorable en matière de mortalité par maladies cardiovasculaires et respiratoires. Elle enregistrait par contre des taux de mortalité standardisés plus élevés dans les deux sexes pour les morts par traumatismes et suicides. Pour la mortalité par tumeurs, globalement, les hommes en France se situent dans une position plus défavorable que l'ensemble des hommes en Europe notamment pour les cancers de la bouche et des voies aérodigestives supérieures, du poumon, du colon, du foie et de la prostate. Les femmes, au contraire, ont des taux standardisés de mortalité par tumeurs moins élevés que la moyenne de l'UE à 27. La mortalité par cancer du sein en France se situe dans la moyenne européenne et celle par cancer du col de l'utérus est inférieure à cette moyenne.

1. Causes initiales de décès.

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

Tableau 21 • Principales causes de décès en France en 2004 : effectifs et taux standardisés de décès - Variations 2000-2004 des taux de décès standardisés

Codes CIM10	Causes de décès	Effectifs			Taux standardisés* et variation 2000-2004**					
		Total	Hommes	Femmes	Total	%	Hommes	%	Femmes	%
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	9 556	4 875	4 681	10,6	-15	14,0	-17	8,0	-12
A15-A19, B90	Tuberculose	824	428	396	0,8	-33	1,1	-39	0,6	-25
B20-B24	Sida et VIH	927	705	222	1,5	-12	2,3	-15	0,7	0
C00-D48	Tumeurs	152 708	90 688	62 020	184,2	-5	260,5	-7	127,2	-2
C00-C97	Tumeurs malignes	146 469	87 520	58 949	177,5	-5	251,7	-7	122,0	-2
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et phar.	4 265	3 538	727	6,1	-14	11,1	-15	1,7	-6
C15	Tum. mal. d'œsophage	3 866	3 180	686	5,1	-15	9,5	-16	1,4	-13
C16	Tum. mal. de l'estomac	4 940	3 108	1 832	5,7	-10	8,8	-8	3,3	-13
C18	Tum. mal. du côlon	12 257	6 477	5 780	13,4	-4	17,7	-3	10,3	-6
C19-C20-C21	Tum. mal. du rectum et de l'anus	4 201	2 340	1 861	4,9	-2	6,5	-4	3,6	-5
C22	Tum. mal. du foie et des voies biliaires intrahépatiques	7 111	5 297	1 814	8,7	0	15,3	-2	3,5	6
C25	Tum. mal. du pancréas	7 748	4 021	3 727	9,1	5	11,5	1	7,2	11
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	28 392	22 773	5 619	37,9	-1	67,7	-5	13,5	24
C43	Mélanome malin de la peau	1 429	770	659	1,9	0	2,3	0	1,5	-6
C50	Tum. mal. du sein	11 404	205	11 199	14,5	-3	0,6	50	26,0	-4
C53	Tum. mal. du col de l'utérus	733	0	733	1,0	0	0,0		1,9	0
C54-C55	Tum. mal. d'autres parties de l'utérus	2 204	0	2 204	2,5	-4	0,0		4,5	-2
C56	Tum. mal. de l'ovaire	3 232	0	3 232	4,0	-5	0,0		7,2	-5
C61	Tum. mal. de la prostate	9 138	9 138	0	9,0	-7	24,3	-7	0,0	
C64	Tum. mal. du rein	3 032	1 951	1 081	3,6	-5	5,6	-3	2,1	-9
C67	Tum. mal. de la vessie	4 572	3 429	1 143	5,0	0	9,5	-2	1,9	12
C81-C96	Tum. mal. tissus lymph. et hémat.	12 319	6 501	5 818	14,0	-8	18,1	-8	11,1	-8
E00-E90	Mal. endoc., nutri. et métaboliques	18 856	8 141	10 715	19,4	-4	22,8	-3	16,7	-5
E10-E14	Diabète	10 891	5 135	5 756	11,3	-5	14,1	-4	9,1	-6
I00-I99	Mal. de l'app. circulatoire	147 323	69 337	77 986	145,8	-13	191,1	-14	111,8	-12
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	40 656	23 122	17 534	41,7	-16	63,9	-15	25,3	-15
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies	42 572	18 505	24 067	41,0	-8	51,5	-9	33,3	-8
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	33 487	13 985	19 502	32,6	-16	37,9	-18	28,3	-16
J00-J99	Mal. de l'app. respiratoire	30 286	15 944	14 342	29,6	-18	43,9	-18	20,8	-17
J10-J11	Grippe	152	50	102	0,1	-93	0,1	-94	0,1	-93
J12-J18	Pneumonie	9 499	4 402	5 097	9,0	-17	12,4	-17	7,0	-15
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inf.	8 585	5 360	3 225	8,7	-16	14,6	-15	5,1	-16
J45-J46	- Asthme	1 099	382	717	1,2	-37	1,1	-45	1,3	-28
R00-R99	Sympt. et états mal définis	32 631	14 608	18 023	36,1	0	43,9	0	28,4	0
R95	Mort subite nourrisson	259	157	102	0,5	-38	0,6	-40	0,4	-33
V01-Y89	Causes externes	37 428	22 481	14 947	48,9	-13	70,0	-13	30,0	-13
V01-X59	Accidents	24 092	13 180	10 912	29,5	-19	40,7	-19	19,3	-19
V01-V99	- Accidents de transport	5 389	4 035	1 354	8,6	-32	13,4	-31	4,0	-35
W00-W19	- Chutes accidentelles	5 354	2 582	2 772	5,7	-3	7,5	-3	4,2	-2
X40-X49	- Intoxications accidentelles	911	454	457	1,2	-20	1,4	-13	1,0	-23
X60-X84	Suicides	10 797	7 853	2 944	16,3	-3	25,0	-5	8,6	1
X85-Y09	Homicides	465	271	194	0,7	-22	0,9	-18	0,6	0
A00-Y89	Total	509 408	263 070	246 338	562,4	-8	753,4	-10	414,2	-7

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

** (Taux 2004 - Taux 2000) * 100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Principales causes de mortalité prématurée : tumeurs et morts violentes

En 2004, le nombre de décès prématurés, survenus avant 65 ans, s'élevait à 106 388 pour la France métropolitaine, ce qui représente le cinquième de l'ensemble des décès.

Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, qui sont responsables de 41,0% des décès en cause initiale, les morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès), pour 16,8% de ces décès, les maladies de l'appareil circulatoire (13,3%), les maladies de l'appareil digestif (6,1%) et les troubles mentaux ou du comportement. Ces cinq groupes de maladies représentent huit décès prématurés sur dix et les trois premiers de 71,0% (tableau 22).

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 (1,8) pour les tumeurs, qui ont un poids important dans la mortalité prématurée féminine, mais il est de 3,4 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement, les morts violentes (2,9) et les maladies de l'appareil circulatoire (3,1). Au total, les

tumeurs sont responsables de 38,1% des décès prématurés masculins, les morts violentes, de 18,3%, et les maladies de l'appareil circulatoire, de 14,6%, alors que dans la population féminine, ces proportions sont respectivement égales à 47,1%, 13,6% et 10,5%.

En 2004, la mortalité prématurée masculine par tumeurs malignes, observée en France, est la plus défavorable des pays de l'Union européenne à 15. Ce constat vaut aussi pour les cancers « du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon », pour lesquels la France avait, en 2004, le taux de mortalité prématurée masculine le plus élevé de cet ensemble de pays.

Le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée chez les femmes (15,9% de la mortalité prématurée féminine en 2004 pour la France métropolitaine), cette proportion étant légèrement supérieure à la moyenne des pays de l'Union européenne à 15 comme à 27 (respectivement 15,2% et 15,1% en 2004).

La mortalité prématurée française par « causes externes » est également relativement élevée (34,2% de la mortalité prématurée totale en France métropolitaine), supérieure à la moyenne des pays de l'UE à 15 (27,4%) et de l'UE à 27 (33,5%). Ce constat est aussi valable pour les femmes : proportion de 17,4% en France métropolitaine contre 14,5% pour l'UE à 27 et 12,9% pour l'UE à 15. Le taux de mortalité prématuré standardisé des hommes pour cette cause (51,1/100 000 en France métropolitaine) se situe plus près de celui de l'UE à 27 (52,5/100 000) que celui de l'UE à 15 (41,7).

Principales causes de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire : cancers du poumon, suicides, accidents de la circulation et maladies du foie

Au sein de la mortalité « prématurée », un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la « mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire » dénommée ici plus simplement « mortalité prématurée évitable » (voir « Chapitre p 41 : Données synthétiques de mortalité »).

Tableau 22 • Principales causes de mortalité avant 65 ans en France en 2004 : effectifs et taux standardisés de décès - Variations 2000-2004 des taux de décès standardisés

Codes CIM10	Causes de décès	Effectifs			Taux standardisés* et variation 2000-2004**					
		Total	Hommes	Femmes	Total		Hommes		Femmes	
						%		%		%
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	2223	1536	687	4,2	-18	5,9	-20	2,6	-10
B20-B24	Sida et VIH	857	655	202	1,6	-11	2,5	-14	0,7	0
C00-D48	Tumeurs	43578	27708	15870	83,7	-6	108,4	-8	59,9	-1
C00-C97	Tumeurs malignes	42524	27054	15470	81,7	-5	105,8	-8	58,4	-1
C00-C14	Tum. mal. lèvres, cavité bucc. et phar.	2408	2098	310	4,6	-12	8,1	-13	1,2	-8
C18	Tum. mal. du côlon	2129	1257	872	4,1	-2	4,9	-4	3,3	0
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	11520	9236	2284	22,1	0	36	-6	8,5	33
C50	Tum. mal. du sein	4291	59	4232	8,2	-5	0,2	100	15,9	-6
C81-C96	Tum. mal. tissus lymph. et hémat.	2596	1561	1035	5	-14	6,1	-14	4	-13
E00-E90	Mal. endoc., nutri. et métaboliques	2372	1538	834	4,6	2	6,1	3	3,2	0
E10-E14	Diabète	1299	896	403	2,5	0	3,5	3	1,5	0
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	3013	2317	696	5,7	-3	8,8	-4	2,6	-4
F10	Abus alcool (y compris psychose alc.)	2101	1709	392	3,9	-7	6,5	-3	1,4	-13
G00-H95	Mal. du système nerveux et des organes des sens	2905	1804	1101	5,7	-3	7,1	-3	4,3	-7
I00-I99	Mal. de l'app. circulatoire	14112	10579	3533	27,2	-15	41,4	-16	13,4	-12
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	5159	4385	774	9,9	-18	17,1	-19	2,9	-9
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	2785	1752	1033	5,4	-16	6,9	-17	3,9	-13
J00-J99	Mal. de l'app. respiratoire	2405	1696	709	4,7	-18	6,7	-17	2,7	-23
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inf.	894	625	269	1,7	-23	2,5	-17	1	-29
J45-J46	Asthme	266	146	120	0,5	-38	0,6	-25	0,5	-38
K00-K93	Mal. de l'app. digestif	6464	4558	1906	12,3	-12	17,6	-12	7,2	-11
K70,	Maladie chronique du foie	4476	3238	1238	8,5	-16	12,5	-13	4,6	-22
V01-Y89	Causes externes	17875	13299	4576	34,2	-14	51,1	-14	17,4	-12
V01-X59	Accidents	9016	6884	2132	17,4	-24	26,7	-23	8,3	-24
V01-V99	- Accidents de transport	4364	3413	951	8,5	-31	13,2	-30	3,7	-36
W00-W19	- Chutes accidentelles	969	729	240	1,9	-10	2,8	-18	0,9	0
X60-X84	Suicides	7918	5764	2154	14,9	1	21,9	-1	8	5
A00-Y89	Total	106388	72694	33694	205,2	-9	283,7	-10	128,8	-6

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

** (Taux 2004 - Taux 2000) * 100/Taux 2000.

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

Sources : INSERM-CépiDc.

Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

Le nombre de décès correspondant à la sélection « mortalité prématurée évitable » est de 36 058 en 2004 pour la France métropolitaine soit un peu plus d'un tiers des décès prématurés (tableau 23).

La mortalité est plus élevée chez les hommes (78 % des décès observés et taux de décès multiplié par 4). La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité « prématurée » est de 39 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes (tableau 14, chapitre II).

Entre 2000 et 2004, les diminutions les plus importantes s'observent pour les accidents de la circulation, les causes de décès liées à l'alcool et le sida. En revanche le cancer du poumon augmente de 33 % chez les femmes et ne diminue que faiblement (-6 %) chez les hommes. Le développement important de ce cancer chez la femme (en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé) a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans [2].

Le suicide reste une cause de mortalité évitable préoccupante : il stagne chez les hommes et augmente légèrement (+6%) chez les femmes.

Parmi les 27 pays de l'Union européenne, les taux standardisés par causes de décès prématurés évitables enregistrés en France sont constamment supérieurs à la moyenne européenne à l'exception des maladies chroniques du foie, des accidents de transports et des chutes accidentelles pour les deux sexes ainsi que des tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes. Le taux de suicides est particulièrement élevé dans notre pays (14,9 %) comparativement à l'Europe des 27 (9,9 %).

Tableau 23 • Taux standardisés* de mortalité prématurée évitable par cause en France en 2004 : effectifs et taux standardisés de décès - Variations 2000-2004 des taux de décès standardisés

Codes CIM10	Causes de décès	Effectifs			Taux standardisés* et variation 2000-2004**					
		Total	Hommes	Femmes	Total	%	Hommes	%	Femmes	%
B20-B24	Sida et infections par le VIH	857	655	202	1,6	-11	2,5	-14	0,7	0
C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	2 408	2 098	310	4,6	-12	8,1	-13	1,2	-8
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	1 548	1 356	192	3,0	-14	5,3	-17	0,7	-13
C32-C34	Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	11 520	9 236	2 284	22,1	0	36,0	-6	8,5	33
F10	Psychose alcoolique et alcoolisme	2 101	1 709	392	3,9	-7	6,5	-3	1,4	-13
K70., K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	4 452	3 229	1 223	8,4	-16	12,4	-14	4,6	-22
V01-V89	Accidents de la circulation	4 280	3 339	941	8,3	-31	12,9	-30	3,7	-34
W00-W19	Chutes accidentelles	969	729	240	1,9	-10	2,8	-18	0,9	0
X60-X84, Y87.0	Suicides et séquelles de suicides	7 923	5 766	2 157	14,9	0	21,9	-1	8,0	6
	Total mortalité prématurée évitable	36 058	28 117	7 941	68,7	-9	108,5	-11	29,7	-3
A00-Y89	Total mortalité prématurée	10 6 388	72 694	33 694	205,2	-9	283,7	-10	129,0	-6

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

** (Taux 2004 - Taux 2000) *100/Taux 2000.

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

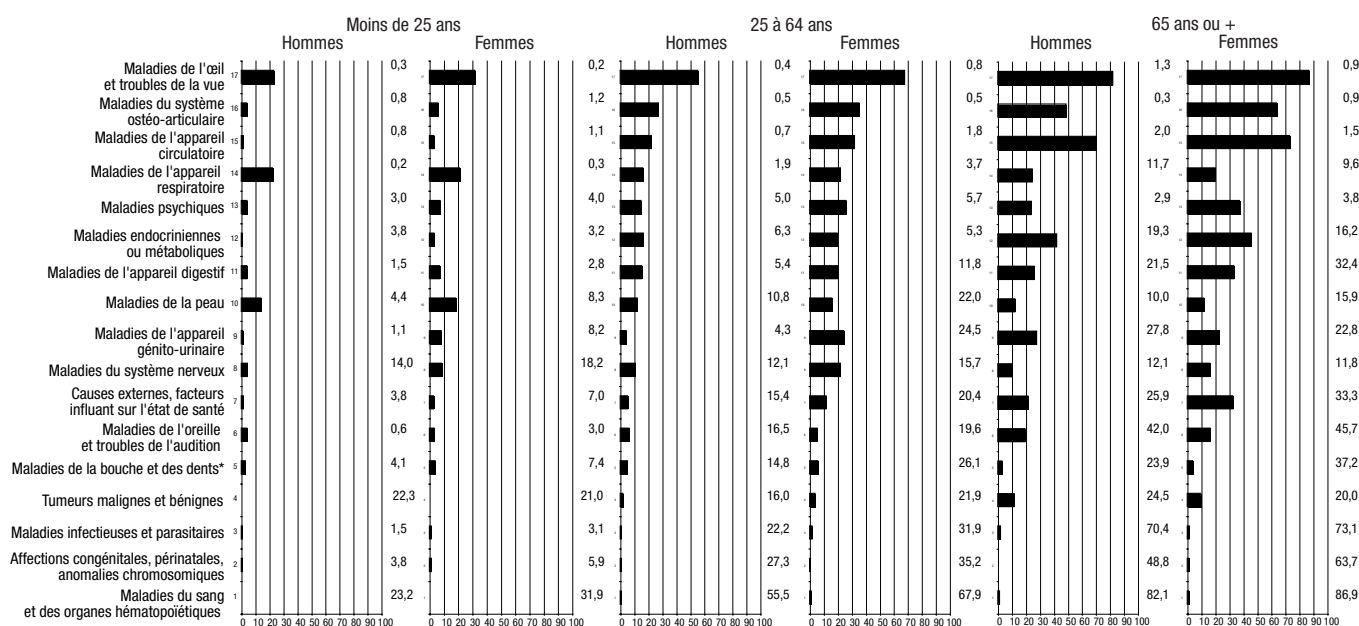
Sources : INSERM-CépiDc.

Principales causes de morbidité déclarée : troubles de la vue, affections ostéo-articulaires entre 25 et 64 ans, maladies de l'appareil circulatoire après 65 ans

L'enquête Santé protection sociale de l'IRDES permet d'apprécier la prévalence de la morbidité déclarée dans la population générale : en principe, la morbidité déclarée correspond aux affections présentes le jour de l'enquête, diagnostiquées, connues et effectivement déclarées par la personne enquêtée (ou pour les enfants par leurs parents). Compte tenu des oublis et omissions possibles, les déclarations sont confrontées par des médecins à divers éléments des questionnaires (consommation médicamenteuse la veille, interventions chirurgicales, port de prothèse...) et corrigées si besoin après nouvelle interrogation des personnes par les enquêteurs. Les données suivantes sont issues de l'enquête 2004. Comparés à l'ensemble de la population, les moins de 25 ans déclarent peu de maladies (graphique 9). 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 les allergies, l'eczéma. Les prévalences déclarées sont

semblables pour les deux sexes. Entre 25 à 64 ans les femmes font état de problèmes de santé nettement plus fréquents que les hommes. Les affections le plus souvent déclarées dans cette classe d'âge sont les maladies de l'œil et les troubles de la vue (55,5% pour les hommes et 67,9% pour les femmes). Puis viennent les affections ostéo-articulaires qui touchent plus d'une personne sur quatre et les maladies de l'appareil circulatoire dominées par les troubles veineux surtout déclarés par les femmes et par l'hypertension artérielle. Les maladies psychiques, comprenant notamment les troubles dépressifs, sont ici encore plus fréquemment déclarées par les femmes (26,1% contre 14,8% chez les hommes). Enfin, c'est évidemment dans cette classe 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 7,6 affections en moyenne y compris les troubles de la vue et les problèmes dentaires. Parmi les affections le plus souvent déclarées dans cette tranche d'âge, on trouve les maladies de l'œil et les troubles de la vue chez 82,2% des hommes et 86,9% des femmes. Les maladies de l'appareil circulatoire, incluant troubles veineux et hypertension artérielle, concernent plus de 70% des personnes. Les maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, ostéoporose, lombalgies...) viennent au troisième rang de fréquence des maladies déclarées, 48,8% chez les hommes et 63,7% chez les femmes. Les maladies endocriniennes et métaboliques incluant le diabète sont rapportées par 42% des hommes et 45,7% des femmes. Enfin, le cinquième groupe de pathologies par ordre de fréquence concerne les maladies psychiques avec le poids des démences aux âges élevés (tableau 24).

Graphique 9 • Principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge



* Hors prothèses dentaires

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

Sources : Enquête SPS 2004 - IRDES.

Principales causes d'admission en affections de longue durée :

maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et pathologies psychiatriques

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique dont le traitement est long et coûteux. La liste comporte trente affections et est révisée régulièrement. La connaissance du nombre de malades nouvellement admis en ALD pour une année donnée permet donc d'approcher l'incidence de ces pathologies chroniques coûteuses en population générale [3].

En 2005, 1 147 331 personnes ont été nouvellement prises en charge pour affections de longue durée. Les quatre causes de nouvelle admission les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, valvulopathies, artériopathies chroniques, accident vasculaire cérébral) qui, avec un total de 366 879 nouveaux cas représentent 32% des nouvelles ALD, les tumeurs malignes, 25% des nouvelles ALD avec un total

Tableau 24 • Principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge en pourcentage (classées par ordre de fréquence décroissante dans la population totale)

Classe d'âge	< 25 ans			de 25 à 64 ans			65 ans ou +			
Grands groupes de pathologies (CIM 10)	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total	Ensemble
10 - Maladies de l'œil et troubles de la vue	23,2	31,9	27,51	55,5	67,9	61,94	82,1	86,9	84,9	54,75
07 - Maladies du système ostéo-articulaire	3,8	5,9	4,85	27,3	35,2	31,4	48,8	63,7	57,44	27,22
01 - Maladies de l'appareil circulatoire	1,5	3,1	2,29	22,2	31,9	27,27	70,4	73,1	71,96	26,61
03 - Maladies de l'appareil respiratoire	22,3	21,0	21,65	16,0	21,9	19,06	24,5	20,0	21,87	20,34
11 - Maladies psychiques	4,1	7,4	5,73	14,8	26,1	20,73	23,9	37,2	31,62	17,75
09 - Maladies endocriniennes ou métaboliques	0,6	3,0	1,77	16,5	19,6	18,14	42,0	45,7	44,16	17,18
05 - Maladies de l'appareil digestif	3,8	7,0	5,39	15,4	20,4	17,98	25,9	33,3	30,18	15,97
13 - Maladies de la peau	14,0	18,2	16,07	12,1	15,7	13,99	12,1	11,8	11,92	14,31
08 - Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,1	8,2	4,58	4,3	24,5	14,84	27,8	22,8	24,9	13,22
12 - Maladies du système nerveux	4,4	8,3	6,32	10,8	22,0	16,65	10,0	15,9	13,42	12,85
18 - Causes externes, facteurs influant sur l'état de santé*	1,5	2,8	2,18	5,4	11,8	8,71	21,5	32,4	27,84	9,75
04 - Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	3,8	3,2	3,51	6,3	5,3	5,79	19,3	16,2	17,49	6,97
06 - Maladies de la bouche et des dents**	3,0	4,0	3,46	5,0	5,7	5,37	2,9	3,8	3,42	4,45
02 - Tumeurs malignes et bénignes	0,2	0,3	0,23	1,9	3,7	2,86	11,7	9,6	10,45	3,26
14 - Maladies infectieuses et parasitaires	0,8	1,1	0,98	0,7	1,8	1,27	2,0	1,5	1,72	1,25
16 - Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques	0,8	1,2	0,98	0,5	0,5	0,48	0,3	0,9	0,65	0,67
15 - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,3	0,2	0,23	0,4	0,8	0,63	1,3	0,9	1,03	0,56

* Accidents, empoisonnements, suicides, homicides.

** Hors prothèses dentaires.

Lecture : 1,5 % des garçons de moins de 25 ans déclarent une maladie de l'appareil circulatoire.

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

Sources : Enquête SPS 2004, IRDES.

de 288 219 cas, le diabète, 15 % des ALD pour 172 108 cas et les pathologies psychiatriques (psycho-ses, troubles graves de la personnalité, arriération mentale, maladie d'Alzheimer et autres démences) totalisant 147 412 nouvelles mises en ALD soit 12,8 % d'entre elles. Viennent ensuite l'insuffisance respiratoire chronique grave (32 888), l'ensemble des maladies ostéo-articulaires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, scolioses graves) soit 23 727 ALD, les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (22 288), la maladie de Parkinson (12 151), l'insuffisance rénale (12 069), les maladies inflammatoires chroniques intestinales (9 979), le sida (8 559), la tuberculose (5 298) (tableau 25).

Depuis 2000, on note une augmentation globale dans le temps du nombre total d'ALD annuellement délivrées. Les facteurs explicatifs de cette croissance sont variables selon les pathologies : augmentation de nouveaux cas (épidémiologie ou dépistage plus performant), augmentation de la propension à demander l'ALD, impact des modifications réglementaires ou des critères d'admission dans la définition des ALD (par exemple, abaissement du seuil du taux de glycémie définissant le diabète), impact du vieillissement de la population.

La hausse d'ALD est particulièrement marquée pour les cancers et le diabète. Les démences, qui ne sont individualisées que depuis 2004, enregistrent également une augmentation nette en 2005.

Pour l'insuffisance respiratoire chronique et la tuberculose, au contraire, on note une tendance à la diminution.

L'observation de la répartition géographique des ALD apparaît paradoxale. En effet le taux global d'ALD est plus élevé dans le sud et le centre que dans le nord de la France, qui présente pourtant un état de santé moins bon et une surmortalité.

L'analyse détaillée par maladie fournit des éléments de réponse : pour les pathologies graves, avec des critères d'admission indiscutables, la géographie des ALD est bien corrélée avec celle de la mortalité et des facteurs de risque, mise en évidence par les données épidémiologiques. C'est le cas du diabète, du cancer du poumon, de la cirrhose du foie, de la sclérose en plaques, pathologies dont les fréquences sont élevées dans la moitié nord du territoire métropolitain. En revanche, pour l'hypertension artérielle sévère ou les affections psychiatriques, qui prédominent dans le sud, la corrélation avec les données épidémiologiques est moins évidente. Les critères d'admission en ALD laissent sans doute une marge d'interprétation plus importante pour ces pathologies, et des effets d'offre de soins peuvent également se faire sentir. De plus, les prévalences de ces deux maladies restent mal connues, et leurs variations géographiques peuvent ne pas recouper celles de la mortalité [4].

Tableau 25 • Nouveaux cas d'affections de longue durée (ALD 30) 2000-2005 France entière

Nature de l'affection	2000 (1)	2001	2002 (2)	2003	2004 (3)	2005
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	35 907	38 152	38 283	38 287	36 176	36 838
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 253	1 290	1 403	1 618	2 072	2 452
3. Artériopathie chronique et évolutive (y.c. coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques (4)	101 934	108 643	0	0	0	0
3. Artériopathie chronique avec manifestations ischémiques (4)	0	0	43 425	42 285	42 494	45 586
4. Bilharziose compliquée	22	13	17	29	16	20
5. Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave (5)	72 392	71 566	0	0	0	0
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves (5)	0	0	75 802	78 513	79 216	87 172
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	20 216	22 475	23 476	24 474	22 951	22 288
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	6 614	6 491	7 125	8 128	8 467	8 559
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2 (6)	139 384	141 848	148 804	157 957	155 810	172 108
9. Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie) (7)	0	0	0	0	0	0
9. Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (7)	16 062	17 732	18 735	21 553	20 900	21 036
10. Hémoglobinopathie homozygote (8)	658	668	0	0	0	0
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (8)	0	0	788	1 069	1 423	1 482
11. Hémophilie (9)	873	886	0	0	0	0
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (9)	0	0	1 113	1 671	2 658	2 828
12. Hypertension artérielle sévère	111 119	115 134	117 354	110 340	102 784	112 617
13. Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois (10)	28 680	26 613	0	0	0	0
13. Maladie coronaire (10)	0	0	88 483	88 080	83 729	84 666
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	36 946	37 179	36 245	36 024	33 391	32 888
15. Lèpre (11)	57	30	35	47	0	0
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences (11)	0	0	0	0	50 963	53 640
16. Maladie de Parkinson	13 419	13 036	12 656	12 673	11 685	12 151
17. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	2 736	2 537	2 562	3 237	4 866	4 607
18. Mucoviscidose	255	280	317	418	385	382
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	7 006	8 129	8 988	10 515	11 487	12 069
20. Paraplégie	2 311	2 460	2 412	2 523	2 234	2 170
21. Péritrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	5 783	6 103	6 485	7 187	5 268	5 313
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	12 389	13 018	13 404	14 711	14 584	14 917
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (12)	133 106	138 661	145 971	157 870	0	0
23. Affections psychiatriques de longue durée (12)	0	0	0	0	107 924	93 772
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	8 644	8 818	9 376	10 145	10 032	9 979
25. Sclérose en plaques (13)	4 346	4 647	4 752	5 026	4 958	4 667
26. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	2 559	2 616	2 830	3 013	3 306	3 238
27. Spondylarthrite ankylosante grave	4 195	4 719	4 784	5 177	5 588	5 572
28. Suites de transplantation d'organe (14)	283	327	374	524	475	495
29. Tuberculose active (15)	6 182	5 768	5 972	5 566	0	0
29. Tuberculose active, Lèpre (15)	0	0	0	0	5 619	5 298
30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	246 892	258 452	262 704	272 330	286 557	288 219
Total	1 025 428	1 060 303	1 086 981	1 123 434	1 118 018	1 147 331

(1) L'instauration de la majoration du maintien à domicile pour les visites réalisées auprès des personnes âgées de 75 ans et plus (arrêté du 28 avril 2000) a entraîné une augmentation des demandes et des accords pour ALD 30 à partir de 2000 pour les personnes de 75 ans et plus.

(2) En avril 2002, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).

(3) En octobre 2004, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).

(4) En 2002, les insuffisances coronariennes et cardiopathies ischémiques ont été exclues des artériopathies chroniques pour être regroupées dans le libellé « maladie coronaire » (ALD 13) (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).

(5) En 2002, les troubles du rythme graves ont été intégrés dans le libellé « Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).

(6) En 1999, le critère biologique pour le diagnostic du diabète a été modifié (« constatation à deux reprises d'une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l » contre 1,40 g/l auparavant).

(7) À partir de décembre 1999, l'épilepsie grave a été intégrée dans le libellé « forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave » (décret 1999-1035 du 6 décembre 1999).

(8) En 2002, les hémolyses ont été intégrées dans le libellé « Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).

(9) En 2002, les affections constitutionnelles de l'hémostase graves ont été intégrées dans le libellé « Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).

(10) En 2002, le libellé « infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois » a été remplacé par le libellé « maladie coronaire » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).

(11) En 2004, le mot « lèpre » est remplacé par les mots « maladie d'Alzheimer et autres démences » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).

(12) Toutes les formes de démences entraient dans ce cadre, notamment la maladie d'Alzheimer jusqu'en 2004. En octobre 2004, la « maladie d'Alzheimer et autres démences » ont été regroupées dans l'ALD 15. A cette date, les mots « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale » sont remplacés par les mots « affections psychiatriques de longue durée » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).

(13) En 1996, l'introduction du traitement par interféron-bêta (thérapeutique innovante et très coûteuse) dans la sclérose en plaques a entraîné des demandes plus précoces et plus nombreuses d'admissions en ALD 30.

(14) Les transplantations d'organe font, la plupart du temps, déjà l'objet d'une ALD pour une affection initiale (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique grave...).

(15) En 2004, après les mots « tuberculose active » est ajouté le mot « lèpre » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).

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

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

Sources : CNAMTS, RSI, MSA.

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

Le nombre de motifs de consultation augmente avec l'âge des consultants. Avant 25 ans, selon l'enquête permanente sur la prescription médicale de IMS³, la consultation porte fréquemment sur un seul motif : 130,6 motifs de recours pour 100 séances contre 155,2 motifs entre 25 et 64 ans et 227 après 65 ans.

Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours pour 100 séances est équivalent chez les filles et pour les garçons. On retrouve cette tendance pour les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans (respectivement 154,6 et 155,7 motifs de recours pour 100 séances). Au contraire, chez les 15-24 ans, il est plus élevé chez les filles : 134,9 motifs de recours pour 100 séances contre 124,7 chez les garçons. Il en est de même après 65 ans (229,9 motifs de recours pour 100 séances chez les femmes contre 223,4 chez les hommes).

Les raisons qui ont amené à consulter sont différentes selon l'âge. Ce sont les pathologies respiratoires qui sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : 27,5 motifs pour 100 séances pour le moins de 1 an, 40,2 entre 1 et 14 ans, et 22,2 entre 15 et 24 ans. Viennent ensuite les actes de prévention et les motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux...) qui représentent une part considérable des consultations : 60,1 motifs pour 100 séances pour le moins de 1 an, 22,9 motifs pour la classe d'âge de 1 à 14 ans et 28,7 pour les 15 à 24 ans. À cela s'ajoutent les consultations organisées par les services de protection maternelle et infantile pour les enfants de moins de 6 ans. Ces services assurent également une activité importante de prévention : environ 2,22 millions d'examen cliniques auprès des enfants pour environ 859 100 consultants en 2005 pour la France entière [5].

On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et états de santé mal définis et les maladies infectieuses (respectivement 14,7 pour les garçons et 15,7 pour les filles et 10,9 pour les garçons et 10,7 pour les filles). On peut noter une part importante des maladies de la peau, en particulier chez les 15-24 ans (10,4 % des motifs de séances).

Le recours aux soins des adolescents de 11 à 20 ans a été plus particulièrement étudié en 2000 [6]. Principalement suivis par des médecins généralistes (ils effectuent 70 % des actes les concernant), les adolescents déclarent plus d'affections et celles-ci sont généralement bénignes. Leur comportement de recours aux soins reproduit celui de leurs parents avec, notamment dans les milieux ouvriers, une santé buccodentaire plus fragile : davantage de caries et un moindre recours au dentiste. À cet âge, les troubles mentaux constituent un motif de consultation moins fréquent que chez les adultes, les problèmes le plus souvent retrouvés étant l'anxiété et les dépressions.

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 un problème cardiovasculaire, et 17,1 par une pathologie ostéoarticulaire. Les maladies respiratoires et les troubles mentaux se situent juste après avec respectivement 16,5 et 16,3 motifs pour 100 séances. Pour les femmes, les actes administratifs et préventifs sont le motif le plus fréquent de recours (21,6 pour 100 séances) suivis des troubles mentaux (18,1 pour 100 séances).

Après 65 ans, les pathologies cardio-vasculaires prédominent nettement chez les hommes (63,1 motifs de recours pour 100 séances) comme chez les femmes (59,8). Viennent ensuite des états de santé mal définis, particulièrement nombreux dans cette tranche d'âge avec 27,2 motifs pour 100 séances, les maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques (26,6 motifs pour 100 séances), motif plus fréquent chez les hommes (27,9) que chez les femmes (25,8), et les maladies ostéoarticulaires (23,9) plus fréquemment rapportées chez les femmes (28 contre 17,4 chez les hommes, tableau 26 [7]).

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. Pour un an, l'EPPM porte sur les ordonnances d'environ 2 000 praticiens médecins généralistes ou spécialistes exerçant en pratique libérale en France métropolitaine. Elle enregistre le(s) diagnostic(s) d'une prescription médicamenteuse ainsi que des informations complémentaires telles que la date et le lieu de la séance, le sexe, l'âge et la profession du patient. Les résultats bruts sont ensuite redressés afin de les étendre à l'ensemble des médecins français. Ne sont conservés que les diagnostics ayant donné lieu, dans les classes thérapeutiques considérées, à plus de 50 prescriptions annuelles auprès de l'échantillon de médecin. Les autres diagnostics sont classés « comme non significatifs ».

Tableau 26 • Motifs de recours et/ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (1^{er} septembre 2004-31 août 2005)

	Nombre de motifs pour 100 séances	
	Garçons	Filles
Moins de 25 ans		
Ensemble des pathologies	128,5	132,7
Maladies de l'appareil respiratoire	35,5	29,7
Prévention et motifs administratifs	26,3	30,7
dont : Symptômes et états morbides mal définis	14,7	15,7
Maladies infectieuses et parasitaires	10,9	10,7
Maladies de la peau	7,5	8,0
Maladies ophtalmologiques	7,3	7,4
ORL	6,5	5,6
Lésions traumatiques	5,9	3,8
Troubles mentaux	3,6	3,7
Maladies ostéoarticulaires	3,0	3,6
Maladies de l'appareil digestif	3,1	3,3
Maladies des organes génito-urinaires	0,8	4,5
De 25 à 64 ans	Hommes	Femmes
Ensemble des pathologies	154,6	155,7
Troubles mentaux	12,2	21,6
Prévention et motifs administratifs	16,3	18,1
dont : Maladies de l'appareil cardio-vasculaires	19,9	15,0
Maladies de l'appareil respiratoire	15,6	16,5
Symptômes et états morbides mal définis	17,1	14,4
Maladies ostéoarticulaires	16,5	13,6
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	14,0	9,4
Maladies ophtalmologiques	7,7	6,8
Maladies de l'appareil digestif	7,0	6,0
Maladies des organes génito-urinaires	6,0	5,7
Maladies du système nerveux	5,4	6,1
Maladies infectieuses et parasitaires	2,3	8,0
65 ans ou plus	Hommes	Femmes
Ensemble des pathologies	223,4	229,9
Maladies cardio-vasculaires	63,1	59,8
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	26,2	27,8
dont : Symptômes et états morbides mal définis	27,9	25,8
Maladies ostéoarticulaires	17,4	28,0
Troubles mentaux	8,6	14,4
Maladies de l'appareil digestif	11,4	12,2
Maladies de l'appareil respiratoire	12,4	11,2
Prévention et motifs administratifs	12,9	9,7
Maladies du système nerveux	9,2	10,7
Maladies ophtalmologiques	8,0	9,2
Maladies des organes génito-urinaires	9,2	3,8
Maladies de la peau	4,8	4,8

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

Champ : France métropolitaine (hors Corse) - Médecine libérale.

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

Références bibliographiques

[1] Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jouglà E., 2007, « Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes », *BEH*, InVS.

[2] Péquignot F., Le Toullec A., Bovet M., Jouglà E., 2003, « La mortalité évitable liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France » in « La mortalité prématurée en France », *BEH*, InVS, n° 30/2003, juillet.

[3] CNAMTS, 2006, *Fréquence des affections de longue durée (ALD30) au régime général - premiers résultats de l'étude fréquence et coût des ALD*, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, Département études sur les pathologies et les patients, avril.

[4] Vallier N., Salanave B., Weill A., 2006, « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », *Points de repère*, Caisse nationale assurance maladie, n° 1, août.

[5] Activité de la Protection maternelle et infantile, consultations infantiles, résultats 2004, exploitation DREES.

[6] Auvray L., Le Fur P., 2002, « Adolescents : état de santé et recours aux soins », *Questions d'Économie de la Santé*, IRDES, n° 49, mars.

[7] Labarthe G., 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats*, DREES, n° 315, juin.

[8] Mouquet M.-C., 2005, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 444, novembre.

Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les traumatismes pour les enfants, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 65 ans

Dans les services hospitaliers de soins de courte durée publics et privés, en France métropolitaine, ce sont les enfants de moins de 1 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, en 2005. La fréquentation hospitalière est majoritairement féminine (276 séjours pour 1 000 femmes, contre 251 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 standardisé des hommes est un peu plus élevé que celui des femmes (247 *versus* 243) [8].

L'hospitalisation des personnes de moins de 25 ans représente en 2005 un peu plus de 17 % des séjours dans les services hospitaliers de soins de courte durée. Si l'on exclut les enfants de moins de 1 an, le taux de recours à l'hôpital des enfants est nettement plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Avec un taux de recours de 533 pour 1 000 en 2005, la fréquentation hospitalière des enfants de moins de 1 an se situe nettement au-dessus de la moyenne qui est de 264 pour 1 000 mais elle reste inférieure à celle des personnes de plus de 74 ans (602 pour 1 000 de 75 à 84 ans et 684 pour 1 000 à 85 ans ou plus).

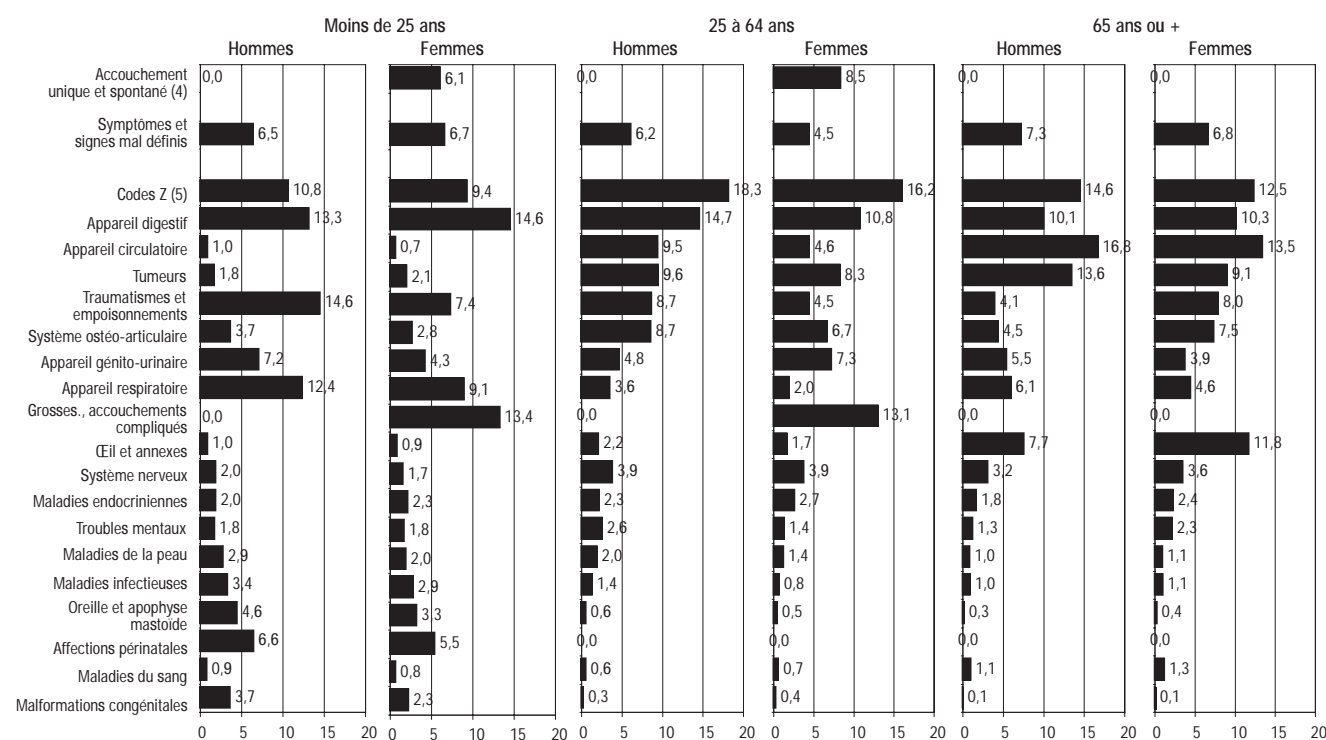
En 2005, avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont, pour les garçons, les traumatismes (14,6 pour 100 séjours) et, pour les filles, les séjours liés à la maternité (19,5 pour 100 séjours). Pour les deux sexes, les pathologies digestives (maladies des dents et appendicite notamment) arrivent au second rang des causes d'hospitalisation avec 13,3 pour les garçons et 14,6 pour les filles. Les atteintes respiratoires (pathologies des amygdales, des végétations adénoïdes, asthme)

au nombre de 12,4 pour 100 séjours chez les garçons et 9,1 chez les filles et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention (10,8 chez les garçons contre 9,4 chez les filles) viennent ensuite, respectivement aux 3^e et 4^e rang pour les garçons et aux 4^e et 3^e rang pour les filles. Chez elles, les traumatismes ne constituent que le 5^e motif de recours à l'hospitalisation entre 0 et 25 ans (7,4 pour 100 séjours).

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2005, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (21,6 pour 100), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention arrivent en tête des motifs de recours à l'hôpital dans les deux sexes (18,3 chez les hommes et 16,2 chez les femmes). Ensuite ce sont les maladies de l'appareil digestif (14,7 chez les hommes et 10,8 chez les femmes) qui sont le plus souvent retrouvées. Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements sont ensuite les plus fréquents (à rapprocher de la mortalité par morts violentes : accidents, suicides dans cette tranche d'âge) chez les hommes et les maladies de l'appareil génito-urinaire chez les femmes. Chez les personnes de 45 ans ou plus, les tumeurs, pour les hommes comme pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives.

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : près de 1 séjour hospitalier sur 7, (16,8 pour 100 séjours chez les hommes et 13,5 chez les femmes). Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont également très fréquents (respectivement 14,6 et 12,5 pour 100 séjours). Pour les femmes, après les maladies de l'œil qui motivent 11,8 séjours pour 100 (avec notamment la cataracte qui est responsable à elle seule d'un peu plus de 10 % des hospitalisations des femmes âgées), trois groupes interviennent dans des proportions proches : les maladies de l'appareil digestif (10,3 pour 100), les tumeurs (9,1 pour 100) et les traumatismes en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral (8 pour 100). Pour les hommes, les affections les plus représentées après les maladies cardiovasculaires et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et maladies de l'œil (respectivement 13,6, 10,1 et 7,7 pour 100 séjours) [graphique 10].

Graphique 10 • 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 2005 (%)



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 les deux sexes tous âges réunis.

(1) Hospitalisations > = 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...).

(2) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

(3) Diagnostic principal manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM de l'OMS 10^e révision.

(4) Code O80 de la CIM de l'OMS 10^e Révision.

(5) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

Lecture : En 2005, sur 100 séjours hospitaliers d'hommes de 65 ans et plus, 16,8 avaient pour motif une maladie de l'appareil circulatoire.

Champ : Établissements publics et privés - France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

Inégalités sociales de santé

Malgré l'amélioration des conditions de vie, et les progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France. Un important travail de l'INSERM [1] leur a été consacré ainsi qu'un chapitre spécifique du rapport 2002 du Haut comité de la santé publique [2]. Ce dernier soulignait que, si les inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) sont constatées dans tous les pays à des degrés divers, « elles demeurent [dans notre pays] plus importantes que dans la plupart des autres pays européens et, pour certains indicateurs de santé, se sont aggravées au cours des dernières décennies, y compris dans des domaines prioritairement investis par des politiques publiques de santé ». La DREES a également publié de nombreuses études sur ce sujet (voir publications en ligne).

De nombreuses recherches se sont attachées à en identifier les facteurs explicatifs. Ont été ainsi avancés : les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque, le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de la vie, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales [3]... Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène qui est à l'évidence la résultante de causalités combinées.

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

Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé¹ suppose d'une part de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et d'autre part d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs a été un élément déterminant de leur choix.

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

- des indicateurs synthétiques de santé :
 - Santé perçue, santé fonctionnelle et de maladies chroniques déclarées ;
 - Espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale.

Ce seuil de 35 ans correspond à l'âge où les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population : les études sont en général terminées et la vie professionnelle initiée.

- des indicateurs de santé portant sur la survenue ou la gravité de problèmes de santé spécifiques qui ont été construits pour chacun des objectifs correspondants (voir fiches thématiques de ce rapport) ;
- des indicateurs de comportements (nutrition, consommation d'alcool, de tabac...) traités également avec les objectifs thématiques correspondants ;
- et enfin, des indicateurs d'accès aux soins, les personnes bénéficiant de la couverture médicale universelle (voir chapitre I) et renoncement aux soins.

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

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

Ces deux variables autoriseront les comparaisons européennes prévues dans le projet d'indicateurs de santé ECHI-2, soit directement (pour le niveau d'étude), soit *via* un algorithme de conversion (pour la catégorie professionnelle).

1. Voir le rapport de définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique.

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

Le contenu de ces catégories peut en outre varier au fur et à mesure que l'organisation sociale se modifie, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'une évolution des écarts de santé observés entre des groupes dont la nature est elle-même changeante. Un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des «sans diplômes» ou des ouvriers non qualifiés, peut ainsi représenter un groupe de population de plus en plus socialement sélectionné et être à l'origine d'une évolution défavorable des indicateurs de santé. La manière de classer dans la taxinomie PCS les chômeurs, mais aussi les autres «inactifs» et les retraités pose également problème. Ces statuts d'activité peuvent être associés à des risques spécifiques en matière de santé, ils évoluent au gré de la situation du marché du travail et n'ont pas la même résonance selon le statut antérieur des personnes concernées, leur âge ou leurs autres caractéristiques démographiques et sociales.

■ INDICATEURS SYNTHÉTIQUES D'ÉTAT DE SANTÉ

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques : un gradient social marqué

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la «santé perçue» apparaît comme un indicateur pertinent de l'état de santé, très lié aux autres indicateurs de l'état de santé. On observe un gradient social dans la déclaration par les individus de leur état de santé, les ouvriers ayant le moins bon état de santé perçue ainsi que des limitations fonctionnelles et des maladies chroniques plus fréquentes, les cadres et professions intellectuelles supérieures se situant à l'autre extrême. Les différences sont plus marquées encore entre les actifs et les inactifs. Cela s'explique par le fait que cette dernière catégorie sur-représente des personnes retraitées – plus âgées – et les personnes handicapées (tableau 27).

Tableau 27 • Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)

Catégorie socioprofessionnelle	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé*	être limitée depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement**	avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable***	
Agriculteurs exploitants	95,4	12,9	21,2	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	96,9	11,4	22,5	4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,0	8,6	21,7	8
Professions intermédiaires	97,3	9,9	23,0	13
Employés	95,0	13,0	25,9	17
Ouvriers (y. c. ouvriers agricoles)	93,7	14,4	26,1	14
Retraités	78,7	45,3	59,9	28
Autres inactifs	89,9	19,0	25,9	15
Ensemble	90,1	22,3	34,5	100

* Libellé de la question : «Comment est votre état de santé en général ? très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais».

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

*** Libellé de la question : «Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable» (y compris séquelles d'accidents, handicaps).

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Si l'on s'intéresse au niveau de diplôme des répondants, on observe également un gradient de santé déclarée croissant entre ceux qui ne sont pas diplômés et ceux qui ont les diplômes les plus élevés (tableau 28).

Selon le panel communautaire des ménages² (PCM) en 1998, on retrouvait, dans l'Union européenne (UE), le même constat d'amélioration de l'état de santé ressenti avec le niveau d'études. De même,

2. Le panel communautaire des ménages (PCM) est une enquête longitudinale à objectifs multiples couvrant de nombreux aspects de la vie quotidienne, en particulier l'emploi et le revenu, mais également les caractéristiques démographiques, l'environnement, l'éducation et la santé. En tout, l'échantillon couvre quelque 60 000 ménages comprenant 130 000 adultes âgés de 16 ans ou plus au 31 décembre de l'année précédente. La première vague s'est déroulée en 1994, alors que l'UE ne comptait que douze États membres. Après huit années d'utilisation (de 1994 à 2001), Eurostat et les États membres ont décidé de mettre un terme au projet du panel communautaire des ménages et de le remplacer, en 2003, par un nouvel instrument, EU-SILC (statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie) afin d'adapter le contenu et l'actualité du panel aux nouveaux besoins politiques.

l'activité était associée à un meilleur état de santé déclaré : pour l'ensemble de l'UE, c'est chez les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail ou retraités) que les taux de personnes considérant que leur état de santé était moyen, mauvais ou très mauvais étaient les plus élevés. Parmi les personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé, le rapport de la population en situation d'emploi à la population n'occupant pas d'emploi était d'environ 2 pour 1 [4].

Tableau 28 • Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'étude (%)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé*	être limitée depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement**	avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable***	
Sans diplôme ou CEP	79,7	38,7	49,5	32
CAP-BEPC	93,4	17,5	29,3	10
Bac-Bac +2	94,3	16,2	29,3	39
Diplôme supérieur	97,3	9,6	22,9	19
Ensemble	90,1	22,3	34,6	100

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ? »

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

*** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? » (y compris séquelles d'accidents, handicaps).

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2005, INSEE.

Espérance de vie à 35 ans : des écarts entre cadres et ouvriers atteignant 7 ans pour les hommes et 3 ans pour les femmes

L'espérance de vie continue sa progression mais de façon plus ou moins rapide selon la position sociale.

Entre le début des années 80 et le milieu des années 90, 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. Sur la période 1991-1999, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont à 35 ans une espérance de vie de 46 ans, contre 39 ans pour les ouvriers. Pour les femmes, ces chiffres sont de 50 ans pour les cadres et 47 ans pour les ouvrières. Les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : d'après la mortalité par sexe et âge observée au milieu des années 90, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, contre un écart de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont aggravés chez les hommes alors qu'ils restaient stables chez les femmes [5] (tableau 29).

Tableau 29 • Espérances de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie socioprofessionnelle (en années)

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chef d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Champ : France entière.

Sources : INSEE, échantillon démographique permanent et état civil.

■ INDICATEURS D'ACCÈS AUX SOINS

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

Selon l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES en 2004, 13 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur à vocation à être suivi dans le temps mais nous ne disposons pas de données comparables antérieures.

Les renoncements sont concentrés sur un nombre limité des soins, ceux dont le reste à charge est le plus important. Ainsi, 49 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 9 % les soins de spécialistes.

Les femmes déclarent renoncer dans 16 % des cas contre 11 % chez les hommes. Le renoncement est maximal entre 18 et 40 ans (15 %) et minimal au-delà de 65 ans (7 %).

L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal lié au renoncement 28 % des personnes non protégées ont renoncé à des soins contre 18 % des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle et 12 % des bénéficiaires d'une couverture privée.

Enfin, toutes choses égales par ailleurs, ce sont les ménages d'employés et d'ouvriers, catégorie ayant de faibles revenus qui renoncent le plus. Les ménages de cadres renoncent peu et les ménages d'agriculteurs encore moins [6].

Références bibliographiques

- [1] Leclerc A. *et al.*, 2000, *Les inégalités sociales de santé*, INSERM, La Découverte.
- [2] HCSP, 2002, *La santé en France 2002*, Paris, La Documentation française.
- [3] Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y. *et al.*, 2005, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen ». Première partie : « Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 92, février.
- [4] Commission européenne, 2002, *Statistiques de la santé - Chiffres clés sur la santé 2002 - Données 1970-2001*, Eurostat.
- [5] Monteil C., Robert-Bobée I., 2005, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee Première*, n° 1025, INSEE, juin.
- [6] Allonier C., Guillaume S., Rochereau T., 2006, « Enquête Santé et Protection sociale 2004 : premiers résultats », *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, n° 110, juillet.

objectifs



Comment lire les fiches ?

LE numéro associé à chaque fiche est celui de l'objectif correspondant au sein du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique. *Certains objectifs n'ayant pas fait l'objet d'évaluation dans ce rapport 2007, la numérotation n'est pas continue.*

Un **encadré contextuel** restitue les enjeux principaux de chaque objectif en terme de santé publique et donne les informations utiles à la compréhension de la fiche.

Les indicateurs de suivi de l'objectif retenus par les experts dans le rapport de juillet 2005 sont, lorsqu'ils ont pu donner lieu à évaluation, commentés sur la page de gauche. Leur libellé apparaît en caractères gras.

Les indicateurs fournis pour la France ont été, le plus systématiquement possible, mis en regard des données relatives aux autres pays comparables (dans la mesure de leur disponibilité). Les comparaisons à l'ensemble des pays de l'Europe des 25 ont été privilégiées, mais la comparaison a parfois été restreinte aux 15 pays composant initialement l'Union européenne.

Lorsque cela était possible, des décompositions des indicateurs par **classes d'âge** ont été produites. Ce sont les tranches d'âges retenues pour les comparaisons européennes (0 à 14 ans, 15 à 24 ans, 25-44 ans, 45 à 64 ans, 65 à 84 ans et 85 ans ou plus). De même, la question des **disparités territoriales** (le plus souvent régionales) a été prise en compte en fonction de la disponibilité des données sous forme d'un commentaire des écarts observés.

Les **taux** sont présentés sous forme **brute et/ou standardisée (sur l'âge et le sexe)** pour tenir compte des effets de structure de population. Pour le calcul des taux standardisés, la structure de population prise en référence est la population européenne (publiée par Eurostat).

Une **synthèse** de la fiche permet de retenir l'essentiel sur le sujet.

En regard, sur la page de droite, **des tableaux et graphiques** illustrent les données. Ils sont accompagnés d'un **encadré méthodologique** sommaire qui précise les caractéristiques de l'enquête ou de la base de données d'où les chiffres sont issus, les modes de construction et de calcul des indicateurs retenus ainsi que les limites et les biais à prendre en compte pour l'interprétation des résultats. Quelques références bibliographiques sont également proposées dans cet encadré mais elles ne visent pas à l'exhaustivité sur le sujet. Ont été ainsi privilégiées les publications les plus récentes et les plus synthétiques.

Enfin, la fiche porte la mention de **l'organisme chef de file pour l'élaboration de la synthèse**. La date de mise à jour de la fiche apporte des précisions sur son actualisation. En effet, la synthèse proposée pour chaque objectif a été préparée par l'organisme identifié parmi l'ensemble des institutions ayant participé à la définition des indicateurs comme le producteur de données ayant la meilleure expertise du sujet. Il s'est le cas échéant appuyé sur des données provenant d'autres sources et citées en encadré. Une relecture et une harmonisation de l'ensemble des fiches ont été réalisées par la DREES.

Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant

La loi de santé publique préconise de **diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % en passant d'une consommation de 14,4 litres d'alcool pur, par an, par habitant en 1999 à 11,5 litres d'alcool pur, par an, par habitant en 2008.**

Suite à la concertation, organisée par la DREES et la DGS, avec les différents organismes concernés par ces questions, il a été jugé préférable de rapporter les volumes d'alcool consommés à la population des 15 ans et plus, qui est effectivement concernée par la consommation d'alcool. Le choix de cette population de référence entraîne mécaniquement une hausse du niveau de l'indicateur.

Plusieurs estimations sont disponibles pour la France¹. Il paraît donc souhaitable de préciser et d'harmoniser les modes de calcul de cet indicateur. Ce travail, effectué dans le cadre d'une commission rassemblant des membres du groupe IDA², de l'OFDT et de l'INSEE, a abouti à déterminer un mode de calcul commun sur les dernières années écoulées.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus

En 2006, la consommation d'alcool sur le territoire français pouvait être estimée à 12,9 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus. Ce volume annuel est l'équivalent d'un peu moins de 3 verres d'alcool standard³ par jour et par habitant âgé de 15 ans et plus.

La consommation annuelle moyenne d'alcool pur des Français de 15 ans et plus a diminué d'un litre et demi entre 1999 et 2006, soit une baisse d'un peu plus de 10 % sur sept ans. Le rythme de baisse entre 2001 et 2005 se situe sur la tendance conduisant à l'objectif de réduction adopté dans la loi de santé publique. En revanche, le niveau de consommation d'alcool sur le territoire français semble avoir légèrement augmenté ou en tout cas s'être stabilisé entre 2005 et 2006 (graphiques 1 et 2). Ce phénomène s'observe pour les trois principaux types d'alcool (vins, bières et spiritueux).

Depuis quelques années, la France a perdu sa place de premier pays consommateur d'alcool (en litre d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus). Elle était devancée en 2003 par la République tchèque, l'Irlande et la Hongrie (tableau 1). Les méthodes de calcul des quantités d'alcool consommées n'étant pas standardisées, il faut considérer avec prudence ce

classement entre pays. Il reste que les habitudes de consommation d'alcool se sont très largement rapprochées dans les pays européens au cours des quatre décennies passées et que la France ne fait plus figure d'exception. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • OFDT.
Mise à jour de la fiche juin 2007.

1. Cet indicateur a été calculé pour la France par l'Organisation mondiale de la santé, par l'organisme néerlandais *Commission for distilled spirits*, par l'INSEE, et par le groupe IDA.

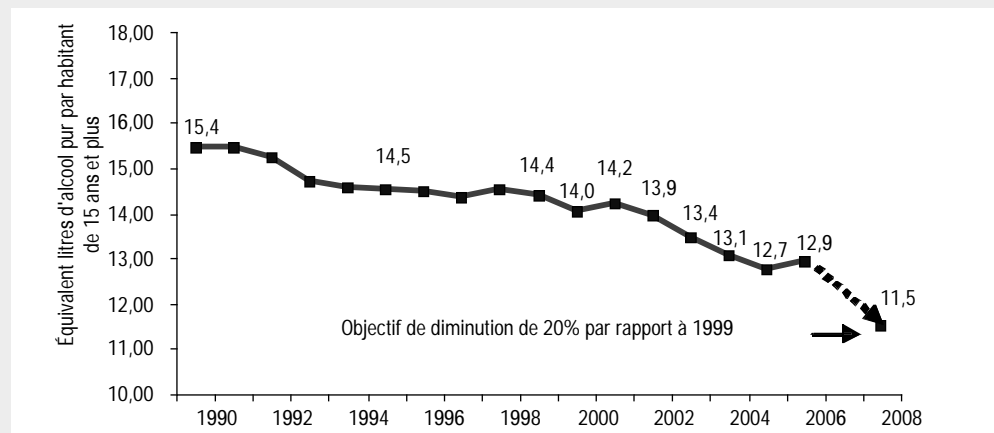
2. Le groupe IDA (Indicateurs D'Alcoolisation) rassemble les principaux producteurs institutionnels de données sur les questions d'alcool (DGS, DHOS, DREES, INPES, INSERM, ANPAA, OFDT), des représentants des producteurs d'alcool, des professionnels de la santé et de la prévention ainsi que des chercheurs intéressés par la question des indicateurs. Ce groupe a été à l'origine de la publication du livre «Alcool à chiffres ouverts».

3. Un verre d'alcool standard contient 10 grammes d'alcool pur.

synthèse

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. La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool mais ne se situe plus en tête du classement.

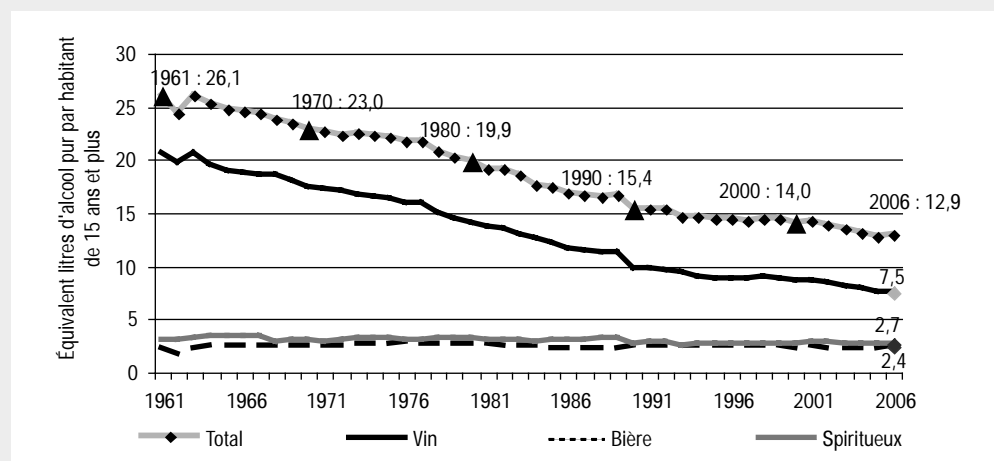
Graphique 1 • Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1990-2006)



Champ : France entière, population âgée de 15 ans et plus.

Sources : 1990-1999 : IDA ; 2000-2005 : IDA et INSEE.

Graphique 2 • Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1961-2006)



Champ : France entière, population âgée de 15 ans et plus.

Sources : 1961-1989 : Organisation mondiale de la santé ; 1990-1999 : IDA ; 2000-2005 : IDA et INSEE.

Tableau 1 • Consommation enregistrée d'alcool dans les pays membres de l'UE en 2003, en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus

Pays	Litres/hab.	Pays	Litres/hab.
Rép. Tchèque	16,2	Grande-Bretagne	11,4
Luxembourg*	15,6	Finlande	11,3
Irlande***	14,5	Portugal	11,1
Hongrie	13,8	Belgique	10,9
France**	12,9	Italie	10,5
Allemagne	12,7	Lettonie	9,9
Autriche	12,6	Pays-Bas	9,6
Lituanie	12,5	Estonie****	9,2
Danemark	12,1	Grèce	9,0
Espagne	11,7	Pologne	8,2
Slovénie	11,7	Suède	6,9
Slovaquie	11,6	Malte	6,6

Champ : Pays membre de l'Union européenne, population âgée de 15 ans et plus.

Sources : France : INSEE et groupe IDA ; autres pays de l'Union européenne : Organisation mondiale de la santé (cité par la commission européenne, Direction générale de la santé et de la protection du consommateur).

* La proportion très importante d'achat de personnes habitant dans les pays limitrophes du Luxembourg explique un chiffre particulièrement élevé de consommation d'alcool par habitant qui n'est donc pas représentatif de la consommation de la population du Luxembourg.

** Le chiffre fourni pour la France en 2003 est celui qui a été calculé à partir de la méthode définie conjointement par l'INSEE et le groupe IDA. Pour rendre cette donnée comparable à celle des autres pays, seule la consommation taxée a été prise en compte. Cela explique une légère différence avec le chiffre du graphique 1 qui incorpore une évaluation de l'autoconsommation.

***Chiffres 2001.

****Chiffres 2002.

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.

LIMITES ET BIAIS • Cet indicateur estime les quantités vendues ou auto-consommées en France. Il est construit à partir des statistiques fiscales, complétées par des estimations de l'autoconsommation déterminées dans le cadre du groupe IDA en collaboration avec l'INSEE. Le calcul repose également sur des évaluations du degré moyen d'alcool des différentes catégories de vins et de cidres. L'estimation des quantités d'alcool qui échappent à la taxation s'accompagne de marges d'incertitudes non négligeables (de l'ordre de 2 à 3 % des quantités totales). Par ailleurs, la quantité d'alcool soumise à taxation constitue un indicateur de consommation moyenne de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire français, y compris les non-résidents (les « touristes » principalement). Les achats de ces personnes viennent gonfler les chiffres de consommation d'alcool des Français. La non prise en compte des achats d'alcool des Français à l'étranger vient en partie réduire cette sur-estimation.

RÉFÉRENCES •

- Commission for distilled spirits, *World Drink Trends 2004*, Henley on thames, WARC, 184 p.
- Expertise collective INSERM, 2003, *Alcool, Dommages sociaux, Abus et dépendance*, INSERM, 536 p.
- Got C., Weill J. (dir.), 1997, *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Seli Arslan, 350 p.
- OFDT, 2005, *Drogues et dépendances, données essentielles*, La Découverte, 202 p.
- OFDT : <http://www.ofdt.fr/>
- Commission européenne : http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm

Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (1)

La loi de santé publique a pour objectif de **réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance**. Ces indicateurs sont issus d'enquêtes déclaratives en population générale. Le premier (dit AUDIT-C) est produit à partir des trois premières questions du test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) développé par l'OMS. Il porte sur les consommations actuelles à risque, intégrant les notions de fréquence et de quantité d'alcool durant les douze derniers mois. Comportant dix questions, ce test est conçu pour détecter les sujets dont le mode de consommation est soit déjà responsable de troubles ou risque de causer des dommages dans le futur (santé physique ou mentale). L'AUDIT-C n'étant pas un test suffisamment précis pour repérer l'alcoolodépendance, les alcoolodépendants ne sont ici pas distingués des consommateurs à risque chronique. En revanche, l'usage à risque ponctuel est mesuré, en particulier chez les jeunes, car il expose à des risques spécifiques (dont les accidents) et permet de cibler les actions de prévention. Le second indicateur, le test DETA (Diminuer, entourage, trop, alcool), est surtout utile pour suivre l'évolution depuis douze ans. Il est censé repérer l'usage d'alcool à risque d'abus ou de dépendance. Les indicateurs concernant la consommation des adolescents portent sur l'usage régulier d'alcool (au moins dix fois au cours des trente derniers jours), comportement relativement atypique à l'adolescence, ainsi que sur les ivresses régulières (au moins dix épisodes au cours des douze derniers mois). Ces pratiques plus spécifiques du comportement des jeunes restent toutefois minoritaires.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année (18 ans et plus)

Consommation excessive

En 2004, si le pourcentage d'adultes présentant une consommation excessive d'alcool dans l'année est globalement estimé à 27% dans la population générale (enquête Santé Protection Sociale), un tel profil est très différent selon le sexe et le niveau de risque. En effet, quel que soit l'indicateur utilisé, le risque apparaît trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les données du Baromètre Santé (tableau 1) en 2005 indiquent que 37% de la population des 18-74 ans présenterait une consommation d'alcool à risque, 28% un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9% un risque d'alcoolisation excessive chronique. Ces valeurs s'avèrent supérieures à celles relevées en 2004 dans l'enquête Santé Protection Sociale (ESPS), ce qui peut s'expliquer en grande partie par une différence notable de formulation des questions (cf. encadré méthodologique).

Alcoolisation excessive chronique

En 2004, tous âges confondus, les hommes de 18 ans et plus sont 11,4% à présenter un

risque d'alcoolisation excessive chronique contre 1,7% des femmes. Parmi les hommes, le risque augmente globalement avec l'âge, même si dans le Baromètre Santé, en 2005, les jeunes adultes (18-24 ans) apparaissent plus concernés que les 25-44 ans (16% versus 11%). La prévalence culmine dans les deux enquêtes entre 45 et 75 ans. Parmi les femmes, les niveaux, qui demeurent faibles, apparaissent relativement peu différenciés selon l'âge. Ils sont cependant maxima dans la tranche d'âge des 55-64 ans (égaux à 3,2% dans l'enquête ESPS et à 3,4% dans le Baromètre santé ESPS) [tableau 1 et graphique 1].

Alcoolisation excessive ponctuelle

Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est bien plus élevé. Parmi les 18 ans et plus, il est estimé globalement à 30,7% chez les hommes contre 11,5% chez les femmes. Dans les deux enquêtes, il apparaît particulièrement élevé parmi les jeunes et décroît assez régulièrement avec l'âge.

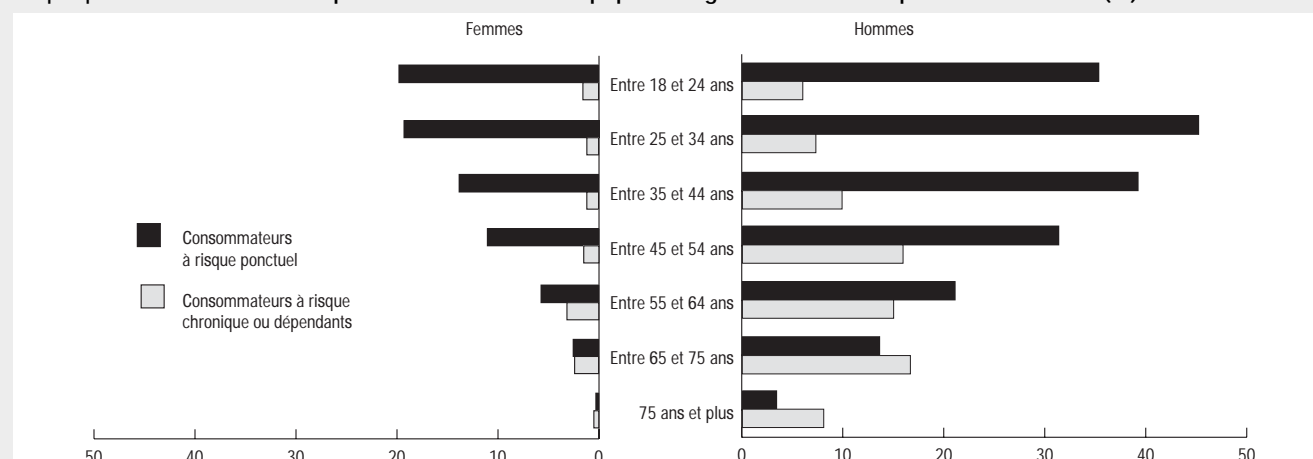
Il existe des disparités selon la profession ou catégorie sociale (PCS) (graphique 2). Concernant le risque chronique parmi les hommes, en 2004, ce sont les agriculteurs, les artisans commerçants et les ouvriers non qualifiés

qui sont les plus touchés (autour de 15%). Les agriculteurs et les ouvriers sont les moins concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle, alors que les autres catégories sont touchées en proportions équivalentes, autour de 30%. La situation chez les hommes a évolué par rapport à 2002 : les variations entre PCS se sont globalement atténuées ; la proportion de cadres concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est passée de 39% en 2002 à 32% en 2004, diminution à confirmer lors des enquêtes ESPS ultérieures. Pour les femmes, la situation reste plus contrastée par PCS et a peu évolué depuis 2002.

Le Baromètre Santé permet de connaître la proportion d'adultes ayant, ou ayant eu à un moment donné de leur vie, des niveaux de consommation d'alcool susceptibles de relever de « l'abus » ou de la « dépendance ».

En 2005, 14% des hommes et 5% des femmes présentent un résultat positif au test DETA. Les différents Baromètres Santé menés depuis 1993 par l'INPES fournissent, sur la base de ce test, des résultats relativement stables dans le temps, et ce quels que soient l'âge et le sexe, à l'exception des jeunes hommes de 18-34 ans pour lesquels le « risque d'abus ou de dépendance à l'alcool » a sensiblement augmenté en 2005.

Graphique 1 • Prévalences des profils d'alcoolisation en population générale dans l'enquête ESPS en 2004 (%)



Champ : France métropolitaine. Sources : Enquête SPS 2002, IRDES.

Tableau 1 • Prévalences des profils d'alcoolisation à risque dans la population générale dans le Baromètre Santé en 2005 (%)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Total
Hommes							
À risque ponctuel	43,1	49,1	45,6	38,1	24,3	16,5	38,0
À risque chronique	15,6	11,7	11,1	17,4	20,1	22,3	15,1
Femmes							
À risque ponctuel	27,7	23,7	17,9	15,8	10,9	5,8	17,7
À risque chronique	2,6	2	3,1	3,2	3,4	2,5	2,7
Ensemble							
À risque ponctuel	35,8	36,5	30,9	26,8	17,3	11	27,7
À risque chronique	9,5	6,9	6,8	10,3	11,4	12,2	8,9

Champ : France métropolitaine. Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

CHAMP • Personnes vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des 3 grands régimes d'Assurance maladie (général-CNAMTS, agricole-MSA, indépendants-CANAM), représentatives de 95 % des personnes vivant en France métropolitaine.

SOURCES • Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES. Cette enquête annuelle de 1988 à 1998 a depuis 1998 lieu tous les 2 ans.

MÉTHODOLOGIE • Trois échantillons représentatifs chacun d'un des trois grands régimes d'Assurance maladie.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'estimation de la prévalence des personnes ayant des consommations d'alcool excessives ou à risque de dépendance se fait à partir du test AUDIT-C relatif aux 12 derniers mois disponible depuis 2002. Le pourcentage de buveurs excessifs est représenté ici en distinguant le risque ponctuel du risque chronique. Le pourcentage est toujours ramené au nombre de personnes ayant renvoyé leur questionnaire santé. Ont été exclues les personnes jugées inclassables dans un profil d'alcoolisation (environ 10 %) [elles ont mal ou pas répondu aux questions de l'audit C].

RÉFÉRENCE •

- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., 2005, « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 97, Série « Méthode », 8 p.

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

SOURCES • Baromètre Santé de l'INPES 2005. En 1992, 1993 et 1995, les questionnaires ont été posés aux Français âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Télécom et inscrits sur liste blanche ; le nombre de personnes interrogées était respectivement 2 099, 1 950 et 1 993. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à 2 degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Pour l'AUDIT-C, voir l'enquête ESPS à cela près que les questions d'usage du Baromètre se déclinent selon les 4 types d'alcool (vin, bière, alcools forts et autres alcools). De nombreux travaux méthodologiques suggèrent que la sous-déclaration des fréquences et des volumes de consommation est importante dans les enquêtes déclaratives, mais diminue avec la distinction des types d'alcool consommés. Pour cette raison, les questions du Baromètre Santé 2005 portent précisément et séparément sur les usages de vin, bière, alcools forts et autres alcools. C'est à partir de ces déclarations que sont calculés fréquences et volumes consommés et que sont déterminées les catégories de buveurs définies par l'AUDIT-C. Cette procédure améliore le recueil mais s'écarte du calcul standard du score AUDIT-C. Au contraire, l'enquête SPS respecte la formulation classique, mais recueille des prévalences un peu plus faibles. Les enquêtes s'avèrent ainsi très complémentaires en termes de description, mais incapables à fournir une tendance d'évolution. Le pourcentage ne tient pas compte des 3,2 % d'hommes et 4,5 % de femmes inclassables dans un profil d'alcoolisation (ont mal ou pas répondu aux questions de l'AUDIT-C). Pour le DETA, l'intérêt est surtout de suivre l'évolution depuis une décennie car ses qualités sont plutôt moyennes en termes de spécificités et de sensibilité. Sa limite la plus importante est sans doute de porter sur la vie entière, ce qui en fait une mesure de stock incluant des individus qui ne sont plus concernés par l'usage d'alcool à risque d'abus ou de dépendance.

RÉFÉRENCES •

- Guilbert P., Gautier A., 2006, *Baromètre Santé 2005*, INPES, mars.

- Legleye S., Rosilo T., 2006, « Alcool », In Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005*, INPES, mars.

Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (2)

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Prévalences des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 ans

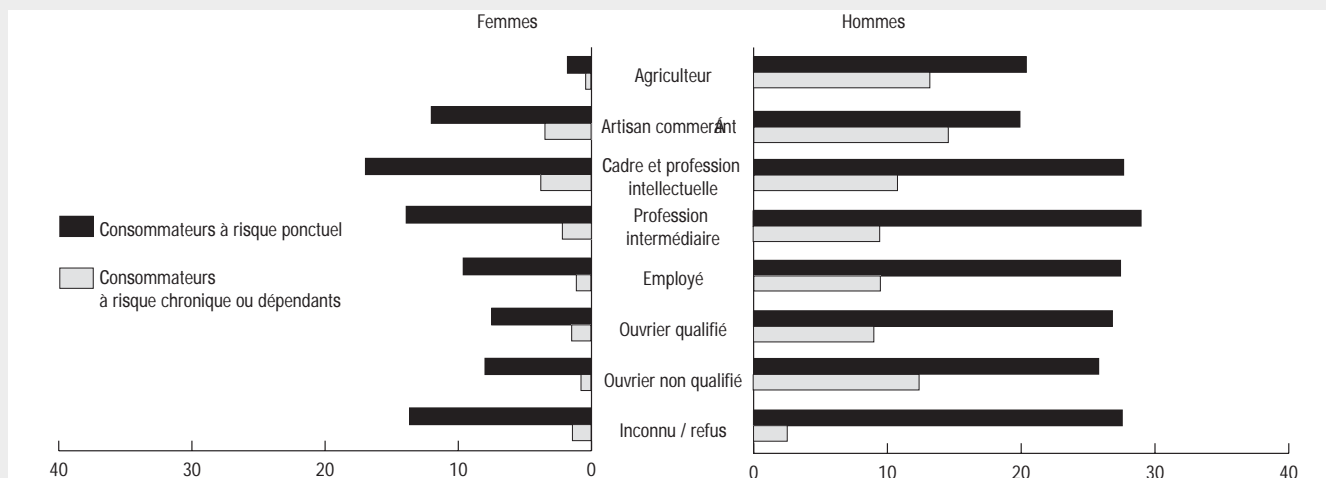
À 17 ans, en 2005, l'usage régulier d'alcool (au moins dix consommations déclarées au cours du dernier mois) concerne deux fois et demie plus de garçons (18 %) que de filles (6 %) (graphique 3). Après une hausse entre 2000 et 2003, cette consommation régulière est en diminution entre 2003 et 2005 : 14 % en 2003 contre 12 % en 2005. Elle se situe à cette date à un niveau à peine supérieur à celui de l'année 2000 (11 %). Les usages quotidiens sont encore très rares à l'adolescence (seuls 1 % des 17 ans sont concernés en 2005). Toutefois, couplée à la diminution récente du niveau de l'usage régulier, on observe une hausse importante des ivresses alcooliques et notamment des ivresses répétées (au moins trois dans l'année) ou régulières (au moins dix au cours des douze derniers mois) entre 2003 et 2005, ces dernières passant de 7 % à 10 % au cours de la période. Ce phénomène récent évoque un changement des modes de consommations chez les jeunes Français, qui pourrait se rapprocher du modèle anglo-saxon ou des pays du nord de l'Europe, où il est plus tourné vers les consommations ponctuelles importantes et l'ivresse alcoolique. Il doit attirer l'attention des pouvoirs publics et des préventeurs, mais doit être confirmé par les exercices ultérieurs de l'enquête pour vérifier sa pérennité ou au contraire transitoire.

La consommation d'alcool et les ivresses diffèrent fortement selon les régions. Concernant

les buveurs réguliers, les niveaux s'échelonnent entre 7 et 17 %. La région Pays de la Loire est celle où les jeunes de 17 ans sont les plus consommateurs tandis que le Nord-Pas-de-Calais et surtout l'Île-de-France présentent les niveaux de consommation les plus faibles à cet âge. En matière d'ivresses, la Bretagne présente un profil atypique avec un niveau record à 48 % d'ivresses répétées (au moins trois au cours des douze derniers mois), se situant à près du double de la moyenne nationale de 26 %, l'Île-de-France, avec 16 % présentant le niveau le plus bas. Les consommations et les ivresses apparaissent nettement plus fréquentes sur une large partie de l'ouest du pays. Un ensemble de régions allant du Nord-Pas-de-Calais au Centre, incluant la Picardie, la Haute-Normandie et l'Île-de-France présente au contraire un caractère sous-consommateur prononcé. Cette dernière se singularise nettement par une sous-consommation extrêmement marquée ; à l'inverse, la Bretagne se démarque des autres régions de la façade ouest par sa fréquence d'ivresses particulièrement élevée.

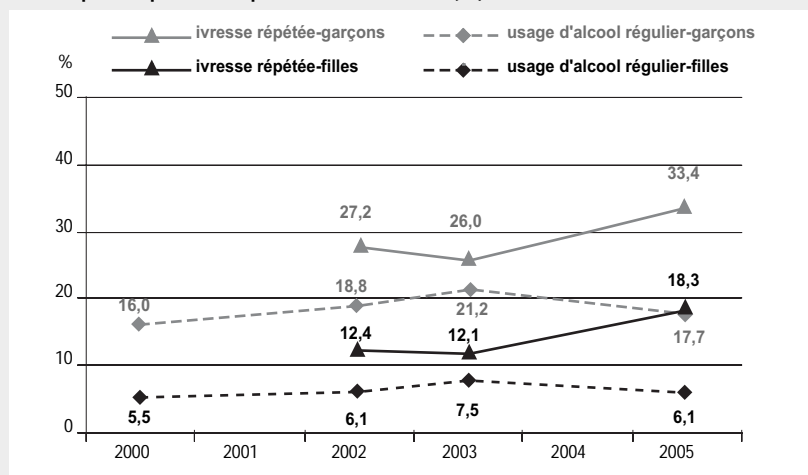
Les données des enquêtes européennes ESPAD 2003 révèlent que, en termes d'usage régulier d'alcool comme en termes d'ivresses régulières des jeunes de 16 ans, la France se situe dans le dernier tiers des pays européens. Deux profils se distinguent au niveau européen pour les consommations d'alcool des adolescents : l'un nordique (avec des usages réguliers plutôt faibles mais en revanche des épisodes d'ivresse plus importants) et l'autre latin (avec des usages réguliers plus importants mais peu d'épisodes d'ivresse). La France se situe un peu entre les deux, à des niveaux assez bas à ces âges.

Graphique 2 • Prévalence des profils d'alcoolisation selon la PCS et le sexe en population générale dans l'enquête ESPS en 2004 (%)



Champ : France métropolitaine. Sources : Enquête ESPS 2004, IRDES.

Graphique 3 • Évolutions des niveaux d'usage régulier d'alcool et d'ivresses alcooliques répétées depuis 2000, à 17 ans (%)



Champ : France entière. Sources : ESCAPAD 2000, 2002, 2003 et 2005, OFDT.

CHAMP • Les jeunes de 17 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait la demande de naturalisation.

SOURCES • L'enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'appel de préparation à la Défense (ESCAPAD) est réalisée lors de la Journée d'appel de préparation à la Défense (JAPD) qui remplace le Service national depuis 2000. Depuis 2001, cette enquête a été étendue aux DOM.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête par questionnaire auto-administré est annuelle depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer deux journées au hasard et à interroger exhaustivement tous les présents ces jours. Entre 15 000 et 30 000 jeunes sont interrogés chaque année.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'ivresse déclarée est une notion moins factuelle que l'usage, l'indicateur d'ivresse régulière est donc surtout intéressant en tendance. La question du nombre d'ivresses au cours des 12 derniers mois n'a été introduite qu'en 2001. La définition des indicateurs comporte une part d'arbitraire dans le choix du seuil de fréquence et dans le choix de leur appellation. Ces choix s'appuient sur des normes européennes ; le terme « régulier » est une appellation utilisée par l'OFDT dans ses enquêtes depuis 2000, il évoque plus une notion d'habitude opposée au terme « occasionnel ».

RÉFÉRENCES •

- Legleye S., Beck F., Stanislas S., Le Nezet O., 2007, « Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usage et prises de risque », OFDT, *Tendances*, n° 49, 4p : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend49.html>
- Legleye S., Beck F., Stanislas S., Le Nezet O., 2007, *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*, OFDT, 77 p : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxsln5.html>
- Beck F., Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., 2008, *Atlas régional Alcool INPES-OFDT*, INPES (à paraître) Données régionales en ligne sur le site OFDT : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html>
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2004, « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003 », *Rapport OFDT*, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2005, *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003*, Rapport OFDT, 224 p.

Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (3)

Nombre de décès, taux bruts et taux standardisé de mortalité lié à l'imprégnation éthylique chronique

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), la cirrhose alcoolique et les psychoses alcooliques constituent les trois principales causes de mortalité liées à la consommation excessive d'alcool. Ces trois pathologies sont à l'origine de 20 000 décès en 2004¹. La mortalité liée à une consommation excessive d'alcool croît fortement avec l'âge pour les deux sexes. Le taux de décès des hommes est 4,4 fois plus élevé que celui des femmes. On observe une forte disparité régionale : les taux de décès sont plus élevés dans les régions du nord de la France et en Bretagne que dans le reste du pays, chez les hommes comme chez les femmes.

Le nombre annuel de décès lié à ces trois causes a chuté de plus de 12 000 cas depuis 1980 (-40%) et ce gain a surtout concerné les hommes (graphique 1). Cette diminution de la

mortalité s'observe dans toutes les régions. En termes d'évolution récente (2000-2004), la baisse du nombre de décès lié à l'imprégnation éthylique chronique est estimée à -9% (-13% pour les taux standardisés).

Comparativement aux autres pays européens (UE-25 pays), la France se place en 2003 parmi les pays à forte mortalité chez les hommes, même si elle tend à s'éloigner des tous premiers rangs depuis l'arrivée des nouveaux pays d'Europe de l'Est ; elle occupe une position médiane en ce qui concerne le taux de mortalité des femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • OFDT.
Mise à jour de la fiche septembre 2007.

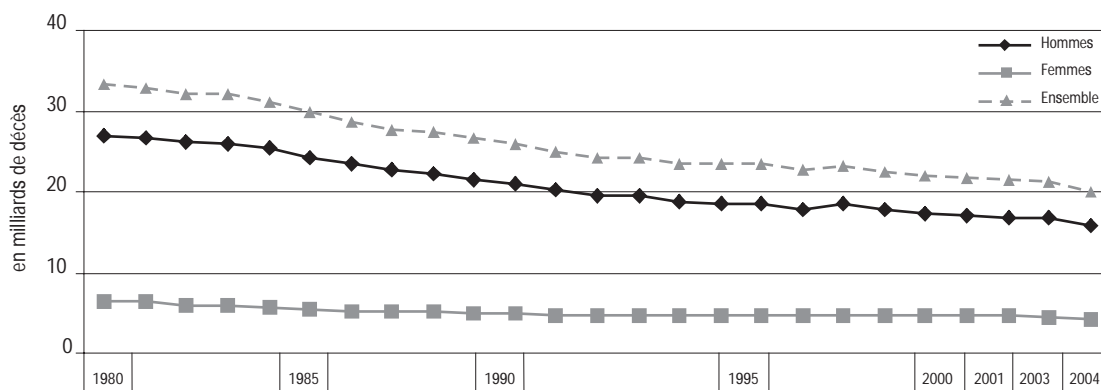
1. Ce nombre est vraisemblablement très sous-estimé : voir encadré méthodologique. Il constitue cependant un indicateur qui permet de caractériser les populations, les tendances dans le temps et les disparités géographiques des sujets décédés de pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique.

synthèse

Environ un tiers des individus de 18 ans et plus présentent une consommation d'alcool considérée à risque, les trois quarts d'entre eux dévoilant un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et un quart, un risque d'alcoolisation excessive chronique. Ce risque, qui concerne nettement plus les hommes, augmente globalement avec l'âge, même s'il apparaît moins important après 75 ans. Entre 18 et 44 ans, le niveau d'alcoolisation excessive ponctuelle est particulièrement important et diminue ensuite avec l'âge, tandis que le niveau d'alcoolisation excessive chronique augmente après 44 ans.

En 2004, 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 proportions équivalentes. Par rapport à 2002, les différences entre PCS se sont atténuées mais la diminution plus forte (7 points) concernant la proportion de cadres concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est à confirmer lors des enquêtes ultérieures. Pour les femmes, la situation reste plus contrastée et a peu évolué depuis 2002.

Graphique 4 • Évolution du nombre de décès liés à une consommation excessive d'alcool de 1980 à 2004



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Ont été retenus, du fait de leur forte implication dans la mortalité liée à une consommation excessive d'alcool, les décès comportant en cause initiale les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (codes CIM-9 140 à 149 jusqu'en 1999 et CIM-10 C00 à C14 à partir de 2000), les tumeurs malignes de l'œsophage (codes CIM-9 150 et CIM-10 C15), les tumeurs malignes du larynx (codes CIM-9 161 et CIM-10 C32), les psychoses alcooliques et alcoolisme (codes CIM-9 291 et 303, et CIM-10 F10) et les cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie (codes CIM-9 571.0, 571.3 et 571.5, et CIM-10 : K70.3, K74.4 et K74.6).

LIMITE ET BIAIS • Sous-estimation des décès liés à une consommation excessive d'alcool. En effet, si les psychoses alcooliques sont entièrement liées à une consommation excessive d'alcool, une petite part des cirrhoses n'est pas d'origine alcoolique mais virale. Par ailleurs, les cancers des VADS sont dans la plupart des cas conjointement liés à la consommation d'alcool et de tabac. Ainsi, il n'est pas possible dans ce cas d'attribuer une part des décès à la seule consommation d'alcool. Enfin, au-delà de ces décès entièrement ou presque entièrement attribuable à l'alcool, il existe de nombreuses autres causes de décès pour lesquels la consommation d'alcool intervient comme un facteur de risque plus ou moins important. La prise en compte de tous ces risques conduit à un chiffre d'environ 45 000 décès attribuable à l'alcool au milieu des années 1990. Cette donnée est en cours d'actualisation.

RÉFÉRENCES •

- Hill C., 2000, « Alcool et risque de cancer », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 30 : p. 14-17.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Définitions •

AUDIT-C : Des niveaux de risque progressifs aux conséquences plus ou moins lourdes selon le mode de consommation, occasionnel ou régulier, et la quantité d'alcool consommée, on distingue ainsi plusieurs niveaux de risque en se référant aux normes OMS : le risque d'alcoolisation excessive reste ponctuel si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil (14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes) mais boire 6 verres ou plus en une même occasion (*binge drinking*) de temps en temps (pas plus d'une fois par mois) suffit pour être classé dans cette catégorie : les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les rixes ou bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès ; le risque devient chronique chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool (15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes) ou chez ceux qui ont déclaré avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par semaine : les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement...) et les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique, etc.) ; des doses de consommation d'alcool très élevées laissent soupçonner une alcoolodépendance : soit boire 49 verres ou plus par semaine quel que soit le sexe, soit boire 6 verres ou plus en une même occasion tous les jours ou presque. Cependant, le test AUDIT-C n'est pas considéré comme pertinent pour distinguer cette catégorie de buveurs excessifs, il n'en repère d'ailleurs que très peu (1 % à 2 %), ce qui le démontre.

DETA : Repérage des usagers à risque d'abus ou de dépendance à l'alcool. Le test est positif lorsque la personne interrogée répond positivement à au moins deux des quatre questions suivantes :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Ce test porte sur la vie entière.

Prévalence du tabagisme quotidien (1)

L'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien, produit chaque année, est repris dans de nombreuses enquêtes déclaratives en population générale. La loi de santé publique prévoit d'**abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici à 2008** (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence). Utilisé pour marquer la régularité de l'usage, cet indicateur est un standard au niveau international. Il est également complété par la prévalence des fumeurs selon la quantité de cigarettes fumées au quotidien. Les seuils de référence sont : 10 cigarettes par jour ; 11 à 20 ; 21 ou plus (plus d'un paquet par jour). Parmi les populations vulnérables, les femmes enceintes retiennent une attention particulière, ce qui explique le recours à un indicateur sur la prévalence du tabagisme au cours de la grossesse. Quant au tabagisme chez les adolescents, plusieurs paramètres sont pris en compte : le tabagisme quotidien, les âges moyens d'initiation et d'entrée dans l'usage régulier. En effet, la précocité de l'entrée dans l'usage est un facteur de risque majeur de persistance du tabagisme et de dépendance au tabac.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence déclarée des fumeurs quotidiens (18-74 ans)

Les données assez anciennes permettent de suivre l'évolution du tabagisme actuel, qu'il soit occasionnel ou quotidien, grâce notamment aux sondages menés par l'INPES (ex-CFES) depuis les années 1970. Le tabagisme masculin apparaît en recul, avec une baisse de l'ordre de 20 points en l'espace de 30 ans. Les variations ponctuelles de méthodologie et la taille d'échantillon de certaines de ces enquêtes donnent toutefois à la courbe une allure parfois chahutée qui conduit à privilégier le suivi de la tendance de consommation sur le long terme décrit par la droite de régression linéaire (graphique 1). L'enquête Santé Protection Sociale (SPS) menée depuis 1988 par l'IRDES permet de confirmer ces tendances.

En 2005, l'usage quotidien de tabac concerne en France 23 % des femmes et 30 % des hommes de 18-74 ans (tableau 1). Il est globalement en baisse depuis quelques années, mais présente une relative stabilité parmi les femmes depuis les années 1980. La diminution du tabagisme quotidien s'avère, entre 2000 et 2005, la plus forte chez les jeunes adultes. En revanche, aucune diminution n'est observée

chez les 45-54 ans (cela correspond à la génération qui a eu 20 ans dans les années 1970) : de 25 % en 2000 à 26 % en 2005. Chez les femmes de 25 à 34 ans, la baisse de prévalence observée entre 2000 et 2005 apparaît forte surtout chez les femmes enceintes.

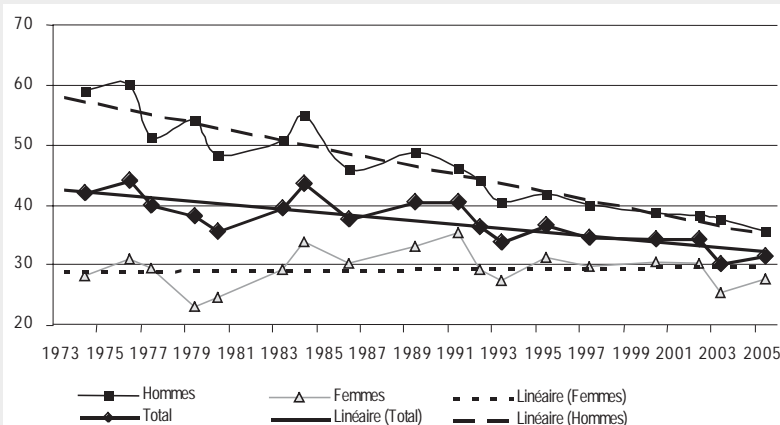
Concernant les quantités consommées (tableau 2), le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est supérieur en 2005 à ce qu'il était en 2000 : 14,8 cigarettes contre 13,9. En effet, parmi les fumeurs réguliers, c'est le nombre de petits consommateurs qui a le plus fortement diminué, augmentant mécaniquement la quantité moyenne consommée par l'ensemble des fumeurs restants. La proportion de gros fumeurs parmi les fumeurs réguliers est à la hausse pour les deux sexes, cette hausse étant surtout vérifiée au-delà de 55 ans. En revanche, chez les 45-54 ans, la prévalence est stable depuis 2000, tandis que c'est la proportion de fumeurs de moins de 11 cigarettes par jour qui apparaît en hausse. Ces différents résultats révèlent que l'arrêt du tabagisme est plus fréquent chez les « petits fumeurs » qui sont aussi les moins dépendants.

Les chômeurs apparaissent plus souvent fumeurs quotidiens que les actifs occupés du même âge, cette caractéristique restant vraie

selon le sexe et l'âge. Parmi les actifs occupés, les employés, les ouvriers, ainsi que, dans une moindre mesure, la catégorie regroupant les artisans, commerçants et chefs d'entreprises, se distinguent par un tabagisme plus fréquent, tandis que les agriculteurs, les cadres, et dans une moindre mesure, les professions intermédiaires fument moins souvent que la moyenne. Les étudiants du supérieur apparaissent quant à eux moins souvent fumeurs quotidiens et moins souvent gros fumeurs que les actifs occupés du même âge. Pour l'ensemble de ces caractéristiques les enquêtes Baromètre Santé, SPS et l'enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP) fournissent des résultats tout à fait similaires, qui apparaissent, selon l'enquête SPS, relativement stables depuis la fin des années 1980.

La France se situait, au début des années 2000, parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage actuel de tabac des plus de 15 ans était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouve aujourd'hui avec l'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg et les Pays-Bas, dans une position plus médiane. Toutefois il faut souligner la médiocre comparabilité de ces données, les enquêtes n'ayant pas été conçues spécifiquement pour être mises en regard les unes des autres.

Graphique 1 • Proportion de fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) parmi les 18-74 ans de 1974 à 2005 (%)



Champ : France métropolitaine.

Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002, OFDT ; INPES/IPSOS 2003 ; Baromètre Santé 2004-2005, INPES.

Tableau 1 • Proportion de fumeurs réguliers parmi les 18-74 ans en population générale en 2005 (n = 27 742) (%)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Total (18-74)
Hommes	38,3	40,1	34,9	30,7	19,8	10,2	30,5
Femmes	33,0	30,0	30,5	22,0	9,6	6,2	23,0
Ensemble	35,8	35,0	32,6	26,3	14,5	8,2	26,7

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005.

Tableau 2 • Répartition des fumeurs réguliers selon le nombre de cigarettes fumées parmi les 18-74 ans en 2005 (n = 7 658) (%)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Total
Hommes							
11 cig.	56,3	42,2	32,4	37,0	33,0	44,2	41,9
11 à 20 cig.	32,1	39,1	41,4	35,7	38,6	33,1	36,8
20 cig.	11,6	18,7	26,2	27,3	28,4	22,7	21,3
Femmes							
11 cig.	65,8	54,9	46,4	46,4	44,6	53,5	52,9
11 à 20 cig.	28,2	34,8	39,8	41,5	40,3	33,6	36,1
20 cig.	6,0	10,3	13,8	12,1	15,1	12,9	11,0
Ensemble							
11 cig.	60,4	47,7	39,4	41,1	37,0	47,9	46,8
11 à 20 cig.	30,4	37,2	40,6	38,2	39,2	33,3	36,5
20 cig.	9,2	15,1	20,0	20,7	23,8	18,8	16,7

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005

CHAMP • Les personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 18 à 74 ans.

SOURCES • Baromètres Santé de l'INPES. En 1992, 1993 et 1995, les questionnaires ont été posés aux Français âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Télécom et inscrits sur liste blanche ; le nombre de personnes interrogées était respectivement de 2099, 1950 et 1993. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685). En 2005, l'INPES a élargi cet échantillon classique et l'a complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe, portant la taille totale de l'échantillon à n = 30 514.

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratives, utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Les fumeurs réguliers correspondent ici aux personnes déclarant fumer « par jour ». Le nombre de cigarettes fumées tient compte du nombre de cigarettes, cigares et de pipes fumés quotidiennement avec les équivalences suivantes (1 pipe = 5 cigarettes et 1 cigare ou cigarillo = 2 cigarettes). Il convient d'être prudent avec ces chiffres car si en 2000 et 2005, le nombre précis de chaque produit (cigarettes, pipes, cigares) consommé était renseigné, entre 1992 et 1995, c'est l'enquêteur qui calculait lui-même le nombre de cigarettes fumées en tenant compte des équivalences ; par ailleurs, pour ces trois enquêtes, une distinction était faite entre gros cigare (5 cigarettes) et petit cigare (2 cigarettes).

RÉFÉRENCE •

- Gilbert P., Gautier A., 2006, *Baromètre Santé 2005* – Saint-Denis, INPES.

CHAMP • Les personnes appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des 3 grands régimes d'Assurance maladie (régime général-CNAMTS, régime agricole-MSA, régime des indépendants-CANAM) (elles sont représentatives de 95 % des personnes vivant en France métropolitaine).

SOURCES • L'enquête Santé Protection Sociale (SPS) de l'IRDES est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs chacun d'un des trois grands régimes d'Assurance maladie.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1998. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Cet indicateur permet d'estimer le pourcentage de fumeurs « habituels » mais pas quotidien. L'enquête fournit également la quantité de cigarettes manufacturées fumées. Les rares fumeurs de pipe, cigare et cigarillos sont classés en fumeurs avec quantité de tabac inconnu.

Il existe certainement une sous-estimation du nombre de fumeurs chez les jeunes, puisque les informations étaient relevées par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire, susceptible d'être rempli avec ou par les parents.

CHAMP • Les personnes francophones de 15 à 75 ans appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine.

SOURCES • Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP) de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).

MÉTHODOLOGIE • Enquête téléphonique de type déclarative : annuelle téléphonique + sous-échantillon possesseurs d'un téléphone portable uniquement. Utilise la technique du sondage par quotas. Les données sont pondérées par calage sur marge sur des données issues du Recensement de la population de 1999 actualisé par l'enquête Emploi de l'INSEE de 2000.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • La taille de l'enquête (n = 2009) ne permet pas une exploration aussi fine des différents facteurs que les autres enquêtes. L'indicateur de tabagisme quotidien est identique à celui du Baromètre Santé.

RÉFÉRENCE •

- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., 2003, *Penser les drogues : Représentations des produits et opinions sur les politiques publiques*, Eropp 2002, Rapport OFDT.

Prévalence du tabagisme quotidien (2)

Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes

Parmi les adolescents, quatre jeunes de 17 ans sur dix (41 %) déclarent avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours sans différence entre les sexes. 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 (graphique 2). En revanche, depuis le début des années 2000, la proportion de fumeurs de plus de dix cigarettes par jour n'a pas varié, montrant par là que l'érosion de la consommation ne touche pas les individus les plus dépendants.

En 2003, selon l'enquête européenne ESPAD, la France se situe par ailleurs dans la moyenne européenne en termes de tabagisme quotidien des adolescents de 16 ans, alors qu'à la fin des années 1990, elle se situait dans les pays de tête.

Les hausses des prix participent d'autant plus à la baisse du tabagisme que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées. Mais cette diminution s'inscrit également dans un contexte où il est par exemple moins bien toléré de fumer dans des lieux couverts non autorisés.

En 2005, la consommation quotidienne de tabac, à ces âges, s'étage entre 32 % et 40 % selon les régions. Le tabagisme se révèle plus répandu dans l'ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Poitou-Charentes), dans le sud (Auvergne, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon) ainsi qu'en Bourgogne. Seule l'Île-de-France apparaît nettement sous consommatrice, avec 25 % de fumeurs quotidiens (carte). L'importante baisse du tabagisme observée ces dernières années se répercute

différemment suivant les régions, bouleversant la cartographie régionale du tabagisme quotidien à chaque nouvelle enquête.

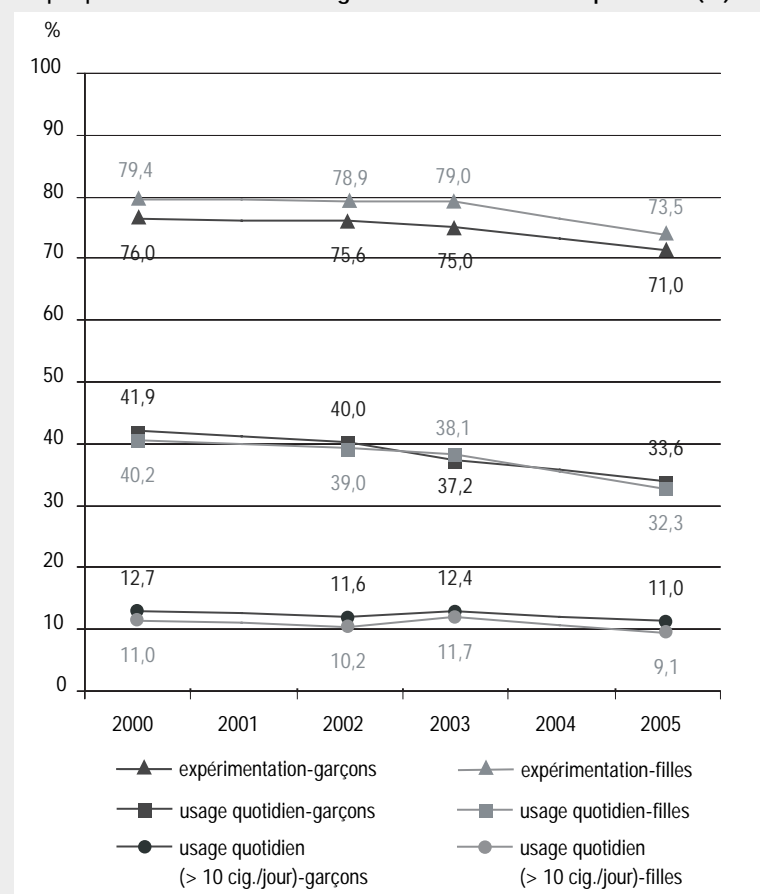
Âge moyen d'entrée dans l'usage et dans le tabagisme quotidien à 18 ans¹

La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque très importants pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance. À partir de l'enquête ESCAPAD, il est possible de mesurer qu'en 2003, en moyenne, les jeunes de 18 ans ont fumé leur première cigarette à 13,6 ans sans différence entre filles et garçons, cet âge moyen n'ayant pas évolué depuis 2000. Les âges moyens d'entrée dans le tabagisme quotidien sont de 14,9 ans pour les filles et 15 ans pour les garçons, là aussi sans différence significative entre les sexes, mais ceux-ci s'avèrent plus tardifs qu'en 2002 (respectivement 14,7 et 14,8 ans), la différence étant significative pour les deux sexes.

Concernant les courbes de diffusion par âge de premier usage, elles sont très similaires à celles observées en 2002 au même âge : la progression de l'expérimentation est la même, ni plus précoce ni plus tardive, seuls les niveaux sont un peu plus faibles, en accord avec les évolutions des niveaux d'usages constatées. Par ailleurs, la question sur l'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien permet de retracer la courbe de diffusion de ce comportement à 18 ans, ce qui montre une progression de l'âge d'entrée dans l'usage régulier plutôt moins précoce qu'en 2002.

1. Chez les hommes, le nombre de décès est passé de 21 685 en 1990 à 22 773 en 2004 (+5%) et de 2 967 en 1990 à 5 619 en 2004 chez les femmes (+89%).

Graphique 2 • Évolution des usages de tabac à 17 ans depuis 2000 (%)



Champ : France entière.

Sources : ESCAPAD 2000, 2002, 2003 et 2005, OFDT.

CHAMP • Les jeunes de 17 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait la demande de naturalisation.

SOURCES • L'enquête sur la Santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense (ESCAPAD) est réalisée lors de la Journée d'appel de préparation à la Défense (JAPD) qui remplace le Service national depuis 2000. Depuis 2001, cette enquête a été étendue aux DOM.

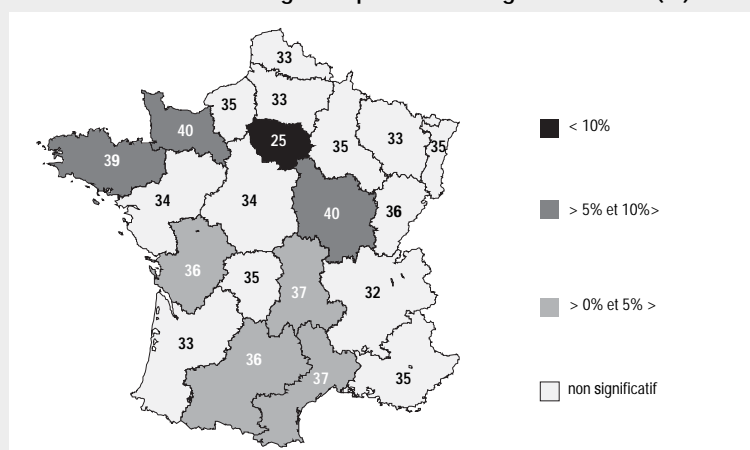
MÉTHODOLOGIE • Cette enquête par questionnaire auto-administré est annuelle depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer deux journées au hasard et à interroger exhaustivement tous les présents ces jours. Entre 15 000 et 30 000 jeunes sont interrogés chaque année.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien n'est pas forcément un événement aisément mémorisable.

RÉFÉRENCES •

- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2004, « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003 », Rapport OFDT, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2005, *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003*, Paris, Rapport OFDT, 224 p.
- Legleye S., Beck F., Stanislas S., Le Nezet O., 2007, *Les drogues à 17 ans, Évolutions, contextes d'usage et prises de risque*, OFDT, Tendances n° 49, 4p : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend49.html>
- Legleye S., Beck F., Stanislas S., Le Nezet O., 2007, *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*, OFDT, 77 p : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxsln5.html>
- Legleye S., Spilka S., Beck F. (2006), « Le tabagisme des adolescents en France suite aux récentes hausses des prix », BEH, n° 21-22, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 30 mai 2006, pp. 150-152.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., 2008, *Atlas régional Alcohol INPES-OFDT, INPES* (à paraître). Données régionales en ligne sur le site OFDT : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html>

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



Sources : OFDT ESCAPAD 2002-2003, exploitation régionale.

Légende : Différences significatives pour le test du Chi-2 au seuil 0,05 entre chaque région et le reste de la France (Métropole = 33,0%).

Prévalence du tabagisme quotidien (3)

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Prévalence du tabagisme pendant la grossesse

En 2003, 22% des femmes déclaraient avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de leur grossesse. La prévention du tabagisme a fait des progrès depuis 1995. Mais on observe une inflexion modeste du nombre de femmes enceintes fumant au moins une cigarette par jour. En 1995 c'était le cas de plus de 25% de femmes au troisième trimestre de la grossesse, cette proportion est retombée à moins de 22% en 2003.

Un très net gradient par catégorie socioprofessionnelle est observé en ce qui concerne la consommation de tabac pendant la grossesse : près de 4 ouvrières non qualifiées sur 10 fument pendant leur grossesse, contre moins d'une femme cadre sur 10 (tableau 3).

Avant 25 ans les femmes fument davantage pendant leur grossesse, alors que celles de

25-34 ans ont le même comportement que leurs aînées à l'égard du tabac. Dans les départements d'outre-mer elles déclarent beaucoup moins souvent fumer quotidiennement, avec seulement 8% d'entre elles ayant fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse en 2003 (tableau 4).

Nombre de décès, taux bruts et taux standardisé de mortalité par cancer du poumon

Environ 28 400 décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont été recensés en France courant 2004. Ils concernent les hommes dans 80% des cas. Les taux de décès de ces trois types de pathologies augmentent fortement avec l'âge pour les deux sexes. Alors que le taux standardisé de décès a diminué depuis le milieu des années 1990 chez les hommes (-14%), il a quasiment doublé chez les femmes en l'es-

pace de quinze ans (+71%)¹ et particulièrement chez celles de moins de 65 ans (+100%), en lien direct avec le développement du tabagisme féminin au cours des quarante dernières années. De fortes disparités régionales s'observent également, certaines régions comme la Lorraine, le Nord - Pas-de-Calais et la Champagne-Ardenne présentant des taux de décès plus importants que sur le reste du territoire (taux supérieurs de plus de 20% par rapport au taux moyen en France métropolitaine).

En Europe (25 pays), la France se situe, comparativement aux autres pays, à une place moyenne en ce qui concerne le taux de décès chez les hommes et à une place légèrement plus basse chez les femmes (graphiques 3 et 4). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT.

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

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%).

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, le tabac est un produit pour lequel les habitudes de consommation des filles et des garçons sont très peu différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 40 à 32% entre 2000 et 2005, celui des garçons passant de 42% en 2000 à 34% en 2005. La hausse des prix participe d'autant plus à la diminution de la consommation de tabac que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées.

Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac apparaît en légère baisse (passant de 13,8 ans en 2000 à 13,5 ans en 2005 parmi les filles, et de 13,6 à 13,3 ans parmi les garçons âgés de 17 ans), mais celui du passage à l'usage quotidien est stable depuis 2003 (14,7 ans parmi les filles et 14,8 ans parmi les garçons de 17 ans). 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 celles qui résident en métropole apparaissent davantage concernées par ce comportement.

Tableau 3 • Part des femmes fumant au 3^e trimestre de la grossesse en 2003 selon leur profession

Catégorie professionnelle	% fumeuses au 3 ^e trimestre de grossesse
Agricultrice	13
Artisan, commerçante	30
Cadre	9
Profession intermédiaire	12
Employée fonction publique	19
Employée de commerce	28
Personnel de services aux particuliers	31
Ouvrière qualifiée	33
Ouvrière non qualifiée	38
Sans profession	27
Ensemble	22

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

Tableau 4 • Part des femmes fumant au 3^e trimestre de la grossesse en 2003 selon l'âge

Âge	% fumeuses au 3 ^e trimestre de grossesse
15-24 ans	32,2
25-34 ans	19,4
35 ans et +	20,3

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

CHAMP • Mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français. (Calculs réalisés ici sur l'échantillon de 14 482 mères vivant en métropole en 2003).

SOURCES • Enquête nationale périnatale 2003.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR NUMÉRATEUR • Nombre de femmes qui déclarent avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de leur grossesse. Dénominateur : Nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête.

RÉFÉRENCES •

- Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », rapport INSERM DGS-DREES.
- Vilain A., Peretti C. de, Herbert J.-B., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », rapport INSERM DGS-DREES.
- Vilain A., Peretti C. de, Herbert J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Ont été retenus, les décès comportant en cause initiale les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (codes CIM-9 161 et 162, et CIM-10 : C32 à C34).

LIMITES-BIAIS • Sous-estimation des décès liés à une consommation excessive de tabac.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Tabagisme passif (1)

L'objectif préconisé par la loi relative à la politique de santé publique est de **réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.**

Depuis le 15 novembre 2006, la réglementation française en matière de lutte contre le tabac s'est vue renforcée avec le décret d'interdiction totale de fumer dans les établissements d'enseignement et de santé. La mise à disposition d'emplacements « fumeurs » est autorisée dans les autres lieux à usage collectif. Toutefois, les conditions physiques et de gestion des « fumeurs » y sont très contraignantes. L'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation est effective depuis le premier février 2007, à l'exception des bars tabac, casinos, cercles de jeu, discothèques, hôtels et restaurants pour lesquels ces dispositions seront mises en œuvre au premier janvier 2008.

Les données disponibles de suivi sont présentées en deux temps : avant et après les effets du décret, soit le premier février 2007, sauf exceptions. Le degré de réalisation de l'objectif de réduction du tabagisme passif en vue de sa disparition totale sur le moyen et long terme est décrit, d'une part, à partir des estimations de la proportion d'établissements appliquant l'interdiction totale de fumer dans leur enceinte, d'autre part, à partir d'informations des personnes concernées sur l'exposition effective à la fumée dans ces lieux.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion d'établissements publics où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés

→ Situation avant l'entrée en vigueur du décret du 15 novembre 2006 (1^{er} février 2007 ou 1^{er} janvier 2008 selon les lieux).

Établissements de santé

En avril 2006, dans les hôpitaux publics et les Centres de lutte contre le cancer (hôpitaux privés non-lucratifs), la proportion d'établissements totalement sans tabac à l'intérieur des bâtiments était estimée à 24 %. Seuls 37 % des 76 % d'établissements ayant aménagé des locaux ou toléré des espaces fumeurs informels disposaient systématiquement d'extracteurs d'air (tableau 1). Dix-sept pour cent en disposent dans « la plupart » de ces locaux fumeurs et 18 % pour « quelques-uns » d'entre eux. 29 % n'en avaient « pas du tout ».

Lycées (élèves)

Les seules déclarations des proviseurs relatives à la mise à disposition des espaces réservés aux fumeurs se sont avérées insuffisantes pour appréhender la situation réelle des interdictions effectives. L'appréciation finale a reposé sur les déclarations des lycéens

fumeurs. Ainsi, en 2006, on a estimé que l'interdiction totale de fumer pour les élèves concernait 40 % des lycées français privés et publics, contre 14 % en 2002 (tableau 2)¹.

En 2006, l'écart entre les situations de droit déclarées par les proviseurs et les situations de fait rapportées par les élèves et les personnels ne représentait que 7 %, s'agissant du statut de la cours de récréation et de 6 %, s'agissant de l'ensemble des autorisations à l'intérieur du lycée.

Lycées (personnels)

Le nombre de lycées où les personnels ne sont pas autorisés à fumer est difficile à estimer avec précision. La proportion de lycées dans lesquels les personnels fumeurs déclarent majoritairement ne jamais fumer à l'intérieur du lycée était de 18 % en 2006. Ce chiffre s'est maintenu avec stabilité par rapport à celui déclaré en 2002 (19 %). En 2006, les lycées où le tabagisme est totalement interdit aux personnels étaient au minimum 11 %, selon les réponses majoritaires à une question posée à tous les personnels, et au maximum 18 % si l'on s'en tient aux déclarations des personnels fumeurs (tableau 2). Néanmoins, la variété et la complexité des espaces et des temps de travail des personnels rendent hypothétique toute réponse qui prétendrait concerner la totalité de l'enceinte du lycée à tout moment.

Restaurants et cafés tabac

En 2004, presque deux tiers (63 %) des établissements offraient des emplacements réservés aux fumeurs et 11 % étaient entièrement non fumeurs. Vingt-six pour cent n'appliquaient pas du tout la loi (tableau 3). Concernant les conditions de ventilation dans les espaces fumeurs, les emplacements réservés aux fumeurs n'étaient pas séparés physiquement des espaces non fumeurs dans 57 % des établissements. Plus la taille de l'établissement est importante, plus on observe une séparation physique entre les deux zones.

Les deux tiers (68 %) des établissements comportant une zone fumeur étaient équipés d'extracteur d'air. Les cafés-tabacs apparaissent comme les mieux équipés et un taux d'équipement plus élevé était observé dans les grands établissements, les établissements dont la clientèle est étudiante et ceux où la zone fumeurs occupe plus de 50 % de la superficie totale de l'établissement.

1. Ces résultats sont confortés par le fait que la proportion de lycées où « fumer dans la cour est possible » s'élevait à 59 % (observations convergentes de l'ensemble des personnels et de l'ensemble des élèves - données non disponibles en 2002) et les lycées dans lesquels « les élèves peuvent fumer dans une salle mais pas dans une cour » constituaient approximativement 1 % des établissements (comme en 2002).

Tableau 1 • Respect de la loi Évin dans les établissements de santé, en 2006 (%)

	2006
Totalement interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments	24,0
Existence d'espace réservé ou tabagisme toléré	76,0
dont existence d'extracteur d'air	37,0

Champ : France entière.

Sources : Enquête sur le tabagisme dans les établissements hospitaliers français (DGS/RESUM).

CHAMP • Échantillon aléatoire-cible de 450 établissements publics hospitaliers et centres de lutte contre le cancer en France à partir de la base Politi [1]. Cette base couvre l'ensemble des départements français incluant les départements d'outre-mer.

SOURCES • Enquête sur le tabagisme dans les établissements hospitaliers français. Périodicité non prévue.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Il s'agissait de connaître le degré d'application des réglementations limitant l'usage du tabac dans les établissements hospitaliers français. Une estimation des comportements, connaissances et opinions des trois acteurs concernés, – patients, personnels et direction, – sur l'ensemble des problèmes posés par l'application ou l'inapplication des règles était également recherchée à une échelle statistiquement significative.

LIMITES ET BIAIS SOURCES • Enquête par sondage dont les taux de tirage ont été raisonnés pour minimiser l'importance des nombreux établissements de petite taille : 25 % pour les hôpitaux locaux et 40 % pour les autres catégories. Les établissements sélectionnés ont été sollicités pour participer à une enquête en mode auto-administré s'adressant distinctement à la direction, aux personnels et aux patients. Au sein de l'échantillon-cible, 316 établissements ont répondu positivement par une participation aux trois types de questionnaires, établissant le taux de réponse global à 70 % (CHU : 81 %, CHS : 58 %). Les questionnaires de 2 402 membres du personnel et de 3 465 patients ont été exploités.

RÉFÉRENCES •

- Karsenty S., Mélihan-Cheinin P., Ducrot E., 2007, « L'application de la loi Évin sur le tabac dans les hôpitaux publics français en 2006 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 21, mai, p. 180-182.
- RESUM, 2006, « Étude visant à évaluer l'application de la réglementation relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé », Rapport, Direction générale de la Santé, septembre. Non publié.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

[1] *Annuaire Politi 2005, Établissements hospitaliers publics de France*, PG Promotion, 2005.

Tableau 2 • Respect de la loi Évin dans les lycées français, entre 2002 et 2006 (%)

Proportion des lycées selon les règles officielles et effectives : élèves	Interdiction totale de fumer	Existence d'au moins un emplacement fumeurs à l'extérieur	Existence d'un emplacement fumeurs à l'intérieur exclusivement	Absence de règles précises - tabagisme toléré
Hiver 2002	14	39	1	46
Hiver 2006	40	59	1	0
Proportion des lycées selon les règles officielles et effectives : personnels	Interdiction totale de fumer dans l'enceinte de l'établissement	Salle des professeurs entièrement fumeurs	Salle des professeurs entièrement non fumeurs	Salle bi-zone et autres cas
Hiver 2002	ND	14	30	55
Hiver 2006	11 à 18	2	43	55

Champ : France métropolitaine sauf la Corse.

Sources : Enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les lycées français (OFDT/IOD).

CHAMP • Enquête sur l'ensemble des lycées publics et privés de France métropolitaine continentale réalisée auprès de 235 chefs d'établissement, 2 318 membres du personnel et 9 476 lycéens appartenant à un échantillon représentatif de lycées français constitué par tirage aléatoire sur base administrative stratifiée selon des variables essentielles.

SOURCES • Enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les lycées français (OFDT). Périodicité non prévue.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les indicateurs principaux ont été construits à partir des déclarations des élèves fumeurs et des personnels fumeurs. La norme générale a été de traiter et présenter les résultats en base « établissements ». Le comportement institutionnel de chaque lycée a été établi à partir de la modalité de réponse obtenant plus de 50 % des réponses des observateurs interrogés lorsqu'elle était vérifiée par les réponses d'autres observateurs.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS • La Corse, les DOM et TOM ne sont pas représentés. La localisation quasi exclusivement extérieure des zones fumeurs élèves minimise l'absence d'information sur l'aération des salles dédiées, mais il n'en est pas de même pour les personnels. En termes de puissance statistique, la taille de l'échantillon (235 lycées) est insuffisante. Enfin, les éventuelles divergences entre les réponses des individus au sein d'un même établissement constituent des zones d'indécision, quoique pour établir la réalité des règles appliquées, il soit possible et légitime d'interpréter l'existence de divergences entre observateurs comme un signe d'absence ou d'ambiguïté des règles.

RÉFÉRENCES •

- Karsenty S., Díaz-Gómez C., 2007, « Le tabac dans les lycées français de 2002 à 2006 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 21, mai, p. 178-180.
- Karsenty S., Maignon G., Díaz-Gómez C., Brannellec T., 2007, « Règles et usages en matière de tabac : évolution 2002-2006 dans les lycées français », Rapport, OFDT, 79 p.
- Site internet : <http://www.ofdt.fr/>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

Tableau 3 • Respect de la loi Évin dans les établissements de restauration (%)

	2004
Totalement interdit de fumer	11,0
Existence de zones fumeurs et non fumeurs	63,0
dont extracteur d'air	43,0
Pas de zones non fumeurs	26,0

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les établissements de restauration (DNF/TNS).

CHAMP • France métropolitaine (restaurants traditionnels, restauration rapide, hôtels-restaurant, brasserie, café-tabac).

SOURCES • Enquête DNF/TNS Direct auprès d'un échantillon de 800 établissements de restauration en 2004- quotas représentatifs du marché national par région et par nombre de salariés. Périodicité non prévue.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Réponses du responsable de l'établissement sur l'application de la loi Évin en matière de tabac.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS • Ceux des sondage par quotas.

RÉFÉRENCES •

- TNS Direct, 2004, « Connaissance et application de la législation de protection face au tabagisme dans les restaurants », *Rapport, Les droit des non-fumeurs* (DNF), octobre. Site internet : www.dnf.asso.fr

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Droit des Non Fumeurs.

Tabagisme passif (2)

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Pourcentage de personnes déclarant être exposées à la fumée du tabac dans les lieux publics

→ Situation avant l'entrée en vigueur du décret du 15 novembre 2006 (1^{er} février 2007).

Établissements de santé

Avant le premier février 2007, dans les hôpitaux publics et les Centres de lutte contre le cancer la situation des patients et des personnels concernant le tabagisme passif était problématique. En avril 2006, 33,5 % des patients déclaraient ne pas être exposés à la fumée des autres patients et 36 % ne pas être exposés à la fumée des personnels. Parmi les personnels, 23 % déclaraient ne pas être exposés à la fumée des autres personnels et 26,5 % ne pas être exposés à la fumée des patients.

Lycées

La situation relative à la protection des non-fumeurs ne se présentait pas mieux dans les lycées. Au cours des mois de décembre 2006 et janvier 2007, l'enquête mensuelle de l'INPES auprès d'un échantillon total cumulé de 124 lycéens de 15 à 18 ans ayant fréquenté leur lycée pendant les 30 jours précédant l'enquête, a permis d'établir que 63 % d'entre eux (chiffre identique lors des deux mois) ont déclaré y être exposés à la fumée du tabac des autres « assez souvent » ou « toujours ».

Lieux de travail

En 2002-2003, l'enquête décennale santé de l'INSEE révélait que 20 % des adultes ayant un emploi se déclaraient encore exposés au tabac dans leur milieu professionnel. Mise en place en décembre 2006 à l'occasion de l'adoption du décret du 15 novembre, l'enquête mensuelle de l'INPES confirme que le milieu professionnel était le mieux préparé à l'interdiction totale de fumer.

Hôtels

La situation y est très favorable par rapport aux autres lieux de convivialité. Entrevuees par téléphone lors des vagues mensuelles de l'enquête de l'INPES entre les mois de février et mai 2007, la presque totalité des personnes ayant fréquenté un hôtel au cours des 30 derniers jours, déclaraient y être « rarement » ou « jamais » exposées à la fumée des autres. On peut considérer que l'application de la nouvelle réglementation au premier janvier 2008 ne devrait pas poser de problèmes majeurs.

Restaurants

La situation est également plutôt favorable pour les restaurants puisqu'en février 2007 plus de la moitié des interviewés (56 %) déclaraient y être « rarement » ou « jamais » exposés à la fumée des autres (graphique 1). La tendance est favorable car cette proportion dépasse les deux tiers (68 %) en mai 2007.

Cafés, bars, pubs et discothèques

Pour les cafés, bars et pubs, ainsi que les discothèques, l'application de la réglementation s'annonce beaucoup plus problématique. Pour la première catégorie (cafés, bars et pubs), entre février et mai 2007 près des trois quarts des interviewés ont déclaré y être « toujours » ou « souvent » exposés, et moins de 10 % « jamais » exposés. En ce qui concerne les discothèques, près des deux tiers des interviewés (64 %) déclaraient y être « toujours » exposés, et plus d'un quart (27 %) « souvent ». C'est donc moins de 10 % qui ont déclaré être « rarement » ou « jamais » exposés (graphique 1).

→ Situation après l'entrée en vigueur du décret du 15 novembre 2006 (1^{er} janvier 2008).

Lycées

Au cours des mois de février à mai 2007, l'enquête mensuelle de l'INPES auprès d'un échantillon total cumulé de 241 lycéens de 15 à 18 ans ayant fréquenté leur lycée pendant les 30

jours précédant l'enquête, a permis d'établir que 31 % d'entre eux (chiffre instable lors des quatre vagues mensuelles : 35 % à 25 % sans tendance continue sur faibles échantillons) ont déclaré y être exposés à la fumée du tabac des autres « assez souvent » ou « toujours ». Cette proportion est diminuée de moitié par rapport aux chiffres obtenus dans des conditions identiques au cours des mois de décembre 2006 et janvier 2007 (graphique 2).

Lieux de travail

L'entrée en vigueur de la réglementation a marqué un palier supplémentaire dans une situation déjà favorable : de 45 % de « jamais » exposés interrogés lors du dernier week-end du mois de janvier on est passé à 68 % lors de l'enquête des 24 et 25 février. Et si l'on considère les 19 % d'interviewés déclarant être « rarement » exposés, il n'en reste qu'un peu plus de 10 % à se déclarer « toujours » ou « souvent » exposés. Les mesures effectuées depuis, en mars, avril et mai, montrent une stabilité de ces résultats (graphique 3). ●

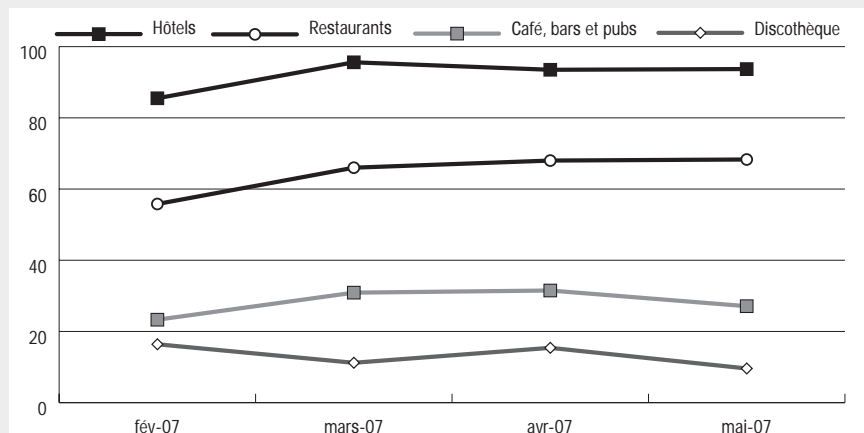
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Pour le milieu professionnel et les lieux de loisirs, la réglementation 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 concernait, 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.

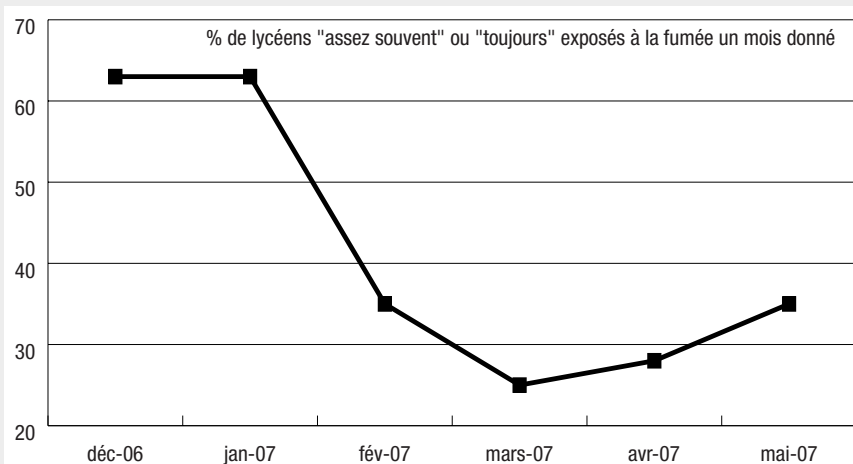
Graphique 1 • Exposition à la fumée du tabac des autres dans les lieux de convivialité, en 2007 avant l'entrée en vigueur du décret prévue au 1^{er} janvier 2008 (%)



Champ : France métropolitaine.

Sources : Indice mensuel du tabagisme passif (INPES/BVA).

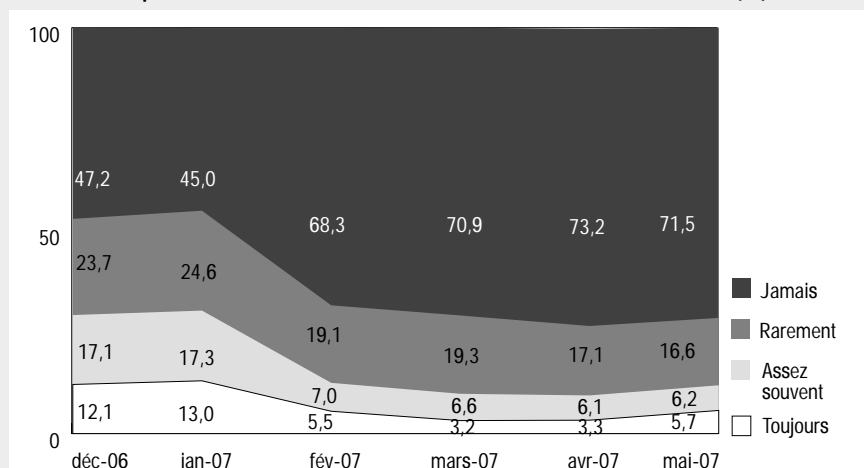
Graphique 2 • Exposition à la fumée du tabac des autres dans les lycées, (décembre 2006-mai 2007) : évolution mensuelle visant à évaluer l'impact de la mise en œuvre du décret du 15 novembre 2006 (%)



Champ : France métropolitaine.

Sources : Indice mensuel du tabagisme passif (INPES/BVA).

Graphique 3 • Exposition à la fumée du tabac des autres dans les lieux du travail (décembre 2006-mai 2007) : évolution mensuelle visant à évaluer l'impact de la mise en œuvre du décret du 15 novembre 2006 (%)



Champ : France métropolitaine.

Sources : Indice mensuel du tabagisme passif (INPES/BVA).

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Indice mensuel du tabagisme passif, mois renseignés : de décembre 2006 à mai 2007 pour le milieu professionnel et scolaire ; de février à mai 2007 pour les lieux de convivialité (hôtels, restaurants, cafés, bars, pubs et discothèques) calculé à partir d'enquêtes transversales auprès de 800 individus de 15 à 64 ans constituant un échantillon représentatif et interrogés par téléphone, sur leur fréquence d'exposition à la fumée des autres dans les lieux qu'ils ont fréquentés au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Nombre de personnes se déclarant exposées à la fumée des autres pour 6 lieux publics lors d'un entretien réalisé au cours du dernier week-end de chaque mois.

LIMITES ET BIAIS • Ceux des sondages par quotas. La question de l'exposition à la fumée des autres en un lieu donné ne permet pas de différencier les expositions en locaux clos et couverts d'autres expositions éventuelles dont le répondant souhaite faire part (cas des abords de lycées).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

CHAMP • France métropolitaine, adultes actifs occupés.

SOURCES • INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003. Enquête par entretiens en face à face assortie d'un autoquestionnaire.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées par l'autoquestionnaire. Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme, taille du ménage, ZEAT ; la variable de pondération utilisée ici est PAQMIN.

LIMITES ET BIAIS SOURCES • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes en institution.

BIAIS • (1) Ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreur d'appréciation de la durée, réponses conformes à la réponse supposée attendue ; (2) limites liées à la source : les DOM et TOM ne sont pas représentés. De plus, la population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes en institution.

RÉFÉRENCES • Résultats non publiés.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSEE.

Surpoids et obésité chez l'adulte

La loi de santé publique prévoit de réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes, en passant de 42% en 2003 à 33% en 2008 (objectif PNNS). Cet objectif est identique à l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Il repose sur la description de l'évolution des fréquences du surpoids et de l'obésité, qui constituent, ensemble, la surcharge pondérale. Celle-ci correspond à un excès de masse grasse associé à un risque accru de morbidité et de mortalité. La surcharge pondérale est définie, selon les références de l'OMS, par un Indice de Masse Corporelle [IMC : poids (kg)/taille (m²)] supérieur ou égal à 25, le surpoids correspondant à un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30. En 2003, d'après l'enquête ObEpi, 42% des adultes étaient en surcharge pondérale dont 11,3% obèses. Dans les enquêtes nationales, le poids et la taille peuvent être mesurés ou déclarés par les sujets eux-mêmes.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte

Les données disponibles actuellement reposent sur des études dans lesquelles poids et taille sont déclarés par les sujets enquêtés (tableaux 1 et 2). Cependant, à part pour le Baromètre Santé, l'ensemble, ou une grande partie des enquêtés, réalisait une auto-mesure au moment du recueil des données et indiquait eux-mêmes l'information.

Selon le Baromètre Santé de l'INPES, la prévalence de la surcharge pondérale en population adulte (18-75 ans) s'élevait en 2005 à 35,6% (avec une prévalence de l'obésité de 7,8%). Dans les différents baromètres réalisés par l'INPES, lorsque les données sont redressées sur une même population de référence (recensement 1990), cette fréquence était stable depuis 1996. Dans l'enquête décennale Santé, menée par l'INSEE en 2002-2003 la fréquence de la surcharge pondérale chez les adultes (≥18 ans) était de 41,1% alors qu'en 1991 elle était estimée à 32,4%. Les études menées par la SOFRES, l'Institut Roche et l'INSERM auprès de la population des 15 ans et plus (enquêtes ObEpi) confirment cette augmentation rapide, avec pour l'obésité, des fréquences de 8,2% en 1997 à 12,4% en 2006. L'enquête Santé Protection Sociale (SPS) retrouve des augmentations semblables, les fréquences d'obésité ayant quasiment doublé en quinze ans. La prévalence de l'obésité des adultes vivant en France a augmenté de façon importante durant la dernière décennie. Les fréquences plus faibles observées dans le Baromètre Santé de l'INPES en 2005 ne per-

mettent pas de conclure à un recul récent du surpoids ou de l'obésité, les fréquences décrites par les baromètres étant toujours, à année comparable, plus faibles que dans les autres études.

Des évolutions similaires sont observées dans de nombreux pays de l'Union européenne. Les données récentes d'Eurostat montrent que la plus faible prévalence de l'obésité en population adulte est observée en Italie (8,1%) et la plus élevée au Royaume-Uni (22,7%) et à Malte (23%). Dans les études les plus récentes, la prévalence de la surcharge pondérale était globalement plus élevée chez les hommes (INSEE, 2002-2003 : 47,7% ; SPS, 2004 : 46,9% ; Baromètre INPES, 2005 : 42,1% ; ObEpi, 2006 : 47,4%) que chez les femmes (INSEE : 35,2% ; SPS, 2004 : 33,8% ; INPES, 2005 : 27,2% ; ObEpi, 2006 : 36,3%) du fait de la fréquence plus élevée du surpoids dans la population masculine (INSEE, 2002-2003 : 36,8% contre 23,9% ; SPS, 2004 : 35,8% contre 22,6% ; INPES, 2005 : 34,3% contre 19,9% ; ObEpi, 2006 : 35,6% contre 23,3%). En revanche, les prévalences de l'obésité étaient sensiblement identiques pour les deux sexes. Quelle que soit l'étude, ces prévalences augmentaient avec l'âge, avec toutefois un infléchissement de cette tendance à partir de 65 ans.

Selon l'enquête Santé 2003 de l'INSEE, les disparités sociales sont importantes et semblent un peu plus marquées chez les femmes. Ainsi, la prévalence de la surcharge pondérale variait de 45,0% (cadres) à 58,6% (artisans, commerçants, chefs d'entreprise) chez les hommes et de 20,5% (cadres) à 49,2% (agricultrices) chez les femmes. Parallèlement, la

prévalence de l'obésité variait de 6,6% (cadres) à 16,6% (agriculteurs) chez les hommes, et de 5,0% des cadres à 16,7% des ouvrières chez les femmes.

Selon la même enquête, les disparités régionales sont également marquées. La prévalence du surpoids était élevée dans les zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) Nord et Bassin parisien (respectivement 48,4% et 47,3%) et celle de l'obésité, dans les ZEAT Nord, Est et Bassin parisien (respectivement 15,95%, 14,3% et 13,75%). À l'inverse, c'est dans la ZEAT Méditerranée que l'obésité est la plus faible (8,4%). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).
Mise à jour de la fiche mai 2007.

synthèse

Les prévalences de la surcharge pondérale et plus spécifiquement de l'obésité ont fortement augmenté pendant les années 1990 dans la population adulte vivant en France. Actuellement, l'obésité concerne 11% des hommes et des femmes et le surpoids touche un peu plus d'un tiers des hommes et 23% des femmes. Ces fréquences sont étroitement liées aux conditions socio-économiques. Les évolutions dans les années 2000 ne montrent pas d'infléchissement dans les augmentations observées depuis le début des années 1990, voire plutôt une augmentation de l'obésité en particulier chez les femmes.

Tableau 1 • Fréquences (%) de la surcharge pondérale en population adulte (données déclarées)

	Année	Hommes		Femmes	
	de recueil	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Enquête ObEpi (Sofres, Institut Roche, INSERM)	1997	35,3	8,4	22,3	7,9
	2000	36,7	9,8	22,7	9,5
	2003	37,4	11,4	23,7	11,3
	2006	35,6	11,8	23,3	13,0
Enquête santé (INSEE)	1991-1992	32,5	6,1	19,8	6,8
	2002-2003	36,8	10,9	23,9	11,3
Enquête Santé Protection Sociale (IRDES)	1990	32,2	6,3	20,5	6,4
	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
Baromètres (INPES)	1996 ^a	32,9	7,4	19,6	5,8
	1999 ^b	35,0	6,8	19,7	6,9
	2002 ^a	33,0	9,7	20,1	5,6
	2005 ^b	34,3	7,8	19,9	7,3

a : Baromètre santé nutrition ; b : Baromètre santé multithématique.

Tableau 2 • Fréquences (%) de l'obésité en population adulte selon la classe d'âge (données déclarées)

	INSEE, 2003	ObEpi, 2003	SPS, 2004	INPES, 2005	ObEpi, 2006
Hommes					
18 – 24 ans	2,5	1,9 ^a	3,0	1,6	2,1 ^a
25 – 34 ans	5,7	7,5	6,9	5,0	7,6
35 – 44 ans	8,4	11,3	7,5	6,9	11,5
45 – 54 ans	15,0	14,6	14,0	11,3	14,8
55 – 64 ans	15,3	18,1	15,9	12,9	18,7
65 ans et plus	16,4	15,3	17,7 ^b	12,4 ^c	17,1
Femmes					
18 – 24 ans	4,0	2,6 ^a	2,7	1,4	3,8 ^a
25 – 34 ans	7,0	9,1	9,0	4,7	9,8
35 – 44 ans	9,7	11,8	8,7	6,7	14,7
45 – 54 ans	13,3	14,1	13,1	8,9	14,9
55 – 64 ans	15,7	14,1	15,6	12,0	17,9
65 ans et plus	15,1	15,5	14,7 ^b	11,5 ^c	16,0

a : 15 à 24 ans ; b : 65 à 84 ans ; c : 65 à 75 ans.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des 3 régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM). L'enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

SOURCES • L'enquête SPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des assurés aux trois principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1994. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1994.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclarations de taille et de poids des personnes par autoquestionnaire. L'obésité de l'adulte est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m², le surpoids pour des valeurs de l'IMC comprises entre 25 et 30. L'ensemble constitue la surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m²).

LIMITES • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 18 ans ou plus.

SOURCES • INSEE, enquêtes décennales santé 1991-1992 et 2002-2003. Enquêtes par entretiens en face à face.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées (poids, taille). L'obésité de l'adulte est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m², le surpoids par des valeurs de l'IMC comprises entre 25 et 30, l'ensemble constitue la surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m²). Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme, taille du ménage, ZEAT ; la variable de pondération utilisée est Pondvis3.

LIMITES • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille.

RÉFÉRENCES •

- Lanoë J.-L., Dumontier F. 2005, « Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids », *INSEE première*, INSEE, n° 1048, novembre.
- Expert A. 2005, « Corpulence et consommation médicale », *Point Stat*, n° 42, juin, CNAITS.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, base permanente TNS-SOFRES, méthode des quotas.

SOURCES • Enquête ObEpi, 1997, 2000, 2003 et 2006. Enquête par auto-questionnaires.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclarations de taille et de poids des personnes par auto-questionnaire (mesurées par les personnes)*. L'obésité de l'adulte est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m², le surpoids pour des valeurs de l'IMC comprises entre 25 et 30. L'ensemble constitue la surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m²).

LIMITES • Enquête par quotas. Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM, Institut Roche de l'Obésité.

CHAMP • France métropolitaine, Baromètre Santé nutrition 1996 : population âgée de 18 à 75 ans, Baromètre Santé 2000, 2005 et Baromètre Santé nutrition 2002 : population âgée de 12 à 75 ans.

SOURCES • INPES : Baromètres Santé nutrition 1996 et 2002, Baromètres Santé 2000 et 2005. Enquêtes téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • À partir des déclarations des personnes interrogées (poids, taille). L'obésité de l'adulte est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m², le surpoids par des valeurs de l'IMC comprises entre 25 et 30, l'ensemble constitue la surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m²).

LIMITES • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille.

RÉFÉRENCES •

- Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., 1997, Janvrien M.-P., Michaud C., *Baromètre Santé nutrition 1996*, CFES, coll. « Baromètres », 180 p.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.), 2001, *Baromètre Santé 2000*, vol. 2, Éditions du CFES, coll. « Baromètre », 470 p.
- Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.), 2004, *Baromètre Santé nutrition 2002*, INPES, coll. « Baromètres », 259 p.
- Guilbert P., Gautier A. (dir.), 2006, *Baromètre Santé 2005*. Premiers résultats, INPES, 176 pages, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Rachitisme carentiel, carence en vitamine D

La loi de santé publique préconise de **faire disparaître le rachitisme carentiel en 2008**.

Le rachitisme est un défaut de minéralisation, conséquence d'une carence en dérivé actif de la vitamine D. La supplémentation, l'ajout de vitamine D dans les laits pour les nourrissons, l'augmentation de l'exposition au soleil et les apports accrus en calcium contribuent à une nette diminution de la prévalence de la carence en cette vitamine. Malgré cette supplémentation systématique dans les premiers mois de la vie, une enquête épidémiologique réalisée dans plusieurs centres a montré que le rachitisme carentiel persiste en France et qu'il peut être partiellement expliqué par une mauvaise compliance à la supplémentation. De plus, la prévention resterait insuffisante dans les milieux défavorisés.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre (et taux) d'hospitalisations des moins de 25 ans en MCO pour rachitisme évolutif

Le rachitisme carentiel est peu fréquent en France. En 2005, 43 séjours correspondant à 33 personnes âgées de moins de 25 ans hospitalisées pour rachitisme évolutif ont été comptabilisés dans les unités de soins de courte durée en médecine chirurgie obstétrique (MCO). Il est probable que ces hospitalisations sont dues à des cas aigus qui pourraient être difficiles à éradiquer complètement du fait des cas importés. Le nombre de ces hospitalisations ainsi que le taux standardisé d'hospitalisation ont sensiblement diminué entre 1997 et 2001. Ils sont en augmentation entre 2001 et 2005.

Le niveau de désagrégation régional ne peut pas être produit compte tenu du très petit nombre de séjours enregistré.

Il n'y a pas d'indicateur de comparaison dans les bases internationales ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.
Mise à jour de la fiche mai 2007.

synthèse

Le rachitisme carentiel est peu fréquent en France.

Après avoir sensiblement diminué entre 1997 et 2001, le taux standardisé d'hospitalisation pour ce motif est en hausse entre 2001 et 2005.

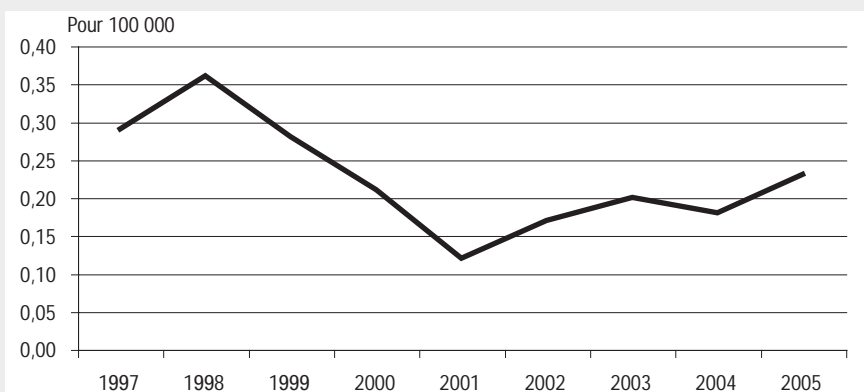
Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO des personnes âgées de moins de 25 ans pour rachitisme évolutif

Année	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 100 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000
1997	53	0,27	0,29
1998	63	0,32	0,36
1999	52	0,27	0,28
2000	39	0,20	0,21
2001	23	0,12	0,12
2002	32	0,16	0,17
2003	37	0,19	0,20
2004	35	0,18	0,18
2005	43	0,22	0,23

Champ : France entière, population âgée de moins de 25 ans.

Sources : Bases nationales PMSI et estimations localisées de population.

Graphique 1 • Évolution de 1997 à 2005 du taux standardisé d'hospitalisation en soins de courte durée MCO des personnes âgées de moins de 25 ans pour rachitisme évolutif



Champ : France entière, population âgée de moins de 25 ans.

Sources : Bases nationales PMSI.

CHAMP • France entière, population âgée de moins de 25 ans.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant le code CIM10 E55.0 (rachitisme évolutif) en diagnostic principal; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

RÉFÉRENCE •

- Expertise collective INSERM, 1999, *Carences nutritionnelles – Étiologies et dépistage*, INSERM, 333 p.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Sédentarité et inactivité physique

L'objectif de la loi de santé publique, adapté de celui du Programme National Nutrition Santé (PNNS), prévoit d'**augmenter de 25 % de la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour, au moins cinq fois par semaine c'est-à-dire de passer respectivement de 60 % pour les hommes et 40 % pour les femmes à 75 % pour les hommes et 50 % pour les femmes d'ici à 2008.**

La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures physiques objectives (accélérométrie, podométrie...), mais leur coût et leurs contraintes d'utilisation amènent à utiliser des questionnaires reposant sur l'auto-déclaration des sujets. L'un de ces questionnaires, l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), fournit une description globale de l'activité physique quelles qu'en soient les circonstances : loisirs, activité professionnelle, transport, tâches ménagères, etc. L'ensemble de ces dépenses physiques, traduit en équivalents métaboliques (MET-minutes/semaine), permet le classement des sujets selon l'intensité des activités physiques réalisées : niveaux « bas », « modéré » ou « élevé ».

■ INDICATEUR PRINCIPAUX

Les données présentées sont issues du Baromètre Santé 2005 qui a utilisé l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) chez des personnes âgées de 15 à 74 ans. L'indicateur principal retenu par le groupe de définition des indicateurs en 2005 « Proportion de personnes interrogées qui déclarent comme activité physique au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour, au moins 5 fois par semaine » correspond aux personnes classées dans la catégorie « au moins modérée » du questionnaire IPAQ. En raison de la diffusion de recommandations récentes dans d'autres pays européens et des préconisations du comité de recherche de l'IPAQ, les résultats correspondant à la proportion de personnes classées dans la catégorie « élevée » du questionnaire IPAQ sont également présentés. Ce niveau est considéré par les experts comme le minimum pour être favorable à la santé, et sera discuté dans le cadre de l'élaboration des prochaines recommandations nationales.

Proportion de personnes faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine

Selon les données du Baromètre Santé 2005, 79,3 % des individus âgés de 15 à 74 ans réalisaient l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour au moins cinq fois par semaine. Les hommes étaient, en proportion, un peu plus nombreux à le faire que les femmes, (80,4 % contre 78,2 % respectivement) mais ceci n'est pas vérifié dans toutes les classes d'âge (graphique 1). La prévalence de l'indicateur tend à diminuer avec l'âge, et ceci, quel

que soit le sexe. Des variations régionales modérées sont observées selon le Baromètre Santé 2005 : pour les sujets des deux sexes, la proportion de personnes réalisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité d'intensité modérée par jour au moins cinq fois par semaine était de 75,0 % dans la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) Ouest et de 80,8 % en région parisienne. Des fréquences intermédiaires étaient relevées dans les autres ZEAT.

Proportion de personnes ayant une activité physique d'intensité élevée

Selon les données du Baromètre Santé 2005, 45,7 % des individus âgés de 15 à 74 ans pratiquaient une activité physique « favorable à la santé » telle qu'estimée par le niveau « élevé » de l'IPAQ. Les hommes étaient, en proportion, nettement plus nombreux à la faire que les femmes (52,1 % contre 39,5 %). La proportion d'hommes tend néanmoins à diminuer avec l'âge : elle était de 59,3 % chez ceux de 15-24 ans contre 46,7 % chez ceux de 65-74 ans. Chez les femmes, ces fréquences étaient, respectivement dans ces classes d'âge, de 35,8 % et 37,3 % (graphique 2).

Des variations importantes apparaissent selon les professions et catégories socioprofessionnelles considérées (graphique 3). La proportion d'individus ayant une pratique d'activité physique « favorable à la santé » était plus importante chez les individus ayant des profes-

sions davantage manuelles (66,7 % des agriculteurs, 57,9 % des ouvriers) que chez les autres et en particulier, les cadres et professions intellectuelles (36,8 %).

Des variations régionales modérées sont observées d'après les données du Baromètre Santé 2005. Pour l'ensemble de la population, la proportion de personnes dans la catégorie « élevé » du questionnaire IPAQ apparaît relativement homogène sur l'ensemble du territoire même si elle est un peu plus faible dans la région parisienne que dans le reste de la France (42,0 % contre 46,6 %).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion de personnes qui déclarent faire du sport habituellement

D'après les données du Baromètre Santé 2005, 58,0 % des personnes âgées de 15 à 74 ans pratiquaient habituellement un sport, ce qui inclut les personnes ayant déclaré avoir fait une activité sportive au cours des sept jours précédant l'interview (43,8 % des 15-74 ans) et, parmi celles qui n'en ont pas fait dans les sept derniers jours, celles qui déclaraient pratiquer faire du sport habituellement. Comme pour l'activité physique « favorable à la santé », le sport était davantage pratiqué par les hommes que par les femmes (61,9 % contre 54,4 %) et la pratique d'activités sportives tendait à diminuer avec l'âge (graphique 4). Des variations importantes apparaissent également selon les professions et les catégories socioprofessionnelles considérées. La proportion d'individus pratiquant un sport habituellement était la plus élevée chez les cadres et professions intellectuelles (64,4 %) alors qu'elle était la plus faible chez les agriculteurs (38,6 %) (graphique 5).

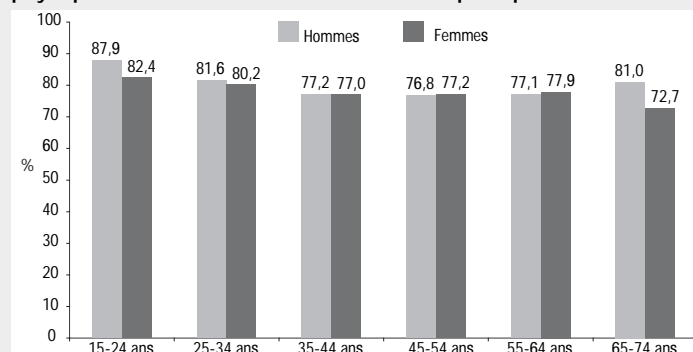
Des variations régionales modérées sont également observées dans le Baromètre Santé 2005. La proportion de personnes pratiquant habituellement un sport s'avère significativement plus faible dans le Nord et dans le bassin parisien que dans le reste de la France (respectivement 53,0 % contre 58,4 % et 53,3 % contre 59,1 %). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).
Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

D'après les données issues du questionnaire IPAQ recueillies lors de l'enquête Baromètre Santé 2005, plus des trois-quarts des personnes interrogées et âgées de 15 à 74 ans réalisaient l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine. Les prévalences observées étaient plus faibles chez les femmes que chez les hommes, ainsi que chez les personnes les plus âgées par rapport aux plus jeunes. Ces résultats seront complétés par ceux d'autres enquêtes utilisant le même questionnaire chez les 15 ans et plus (études Inca-2 et ENNS).

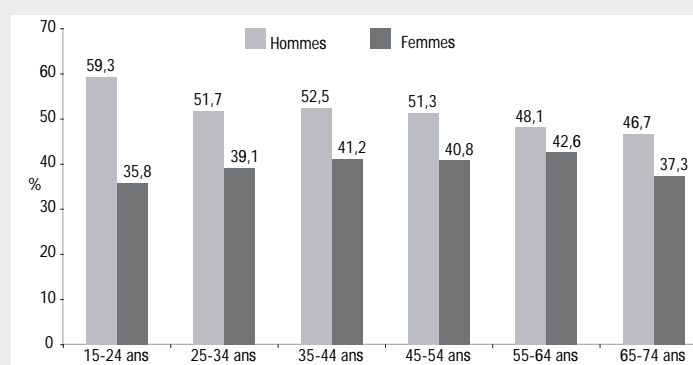
Graphique 1 • Pratique de l'équivalent d'au moins 30 min d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

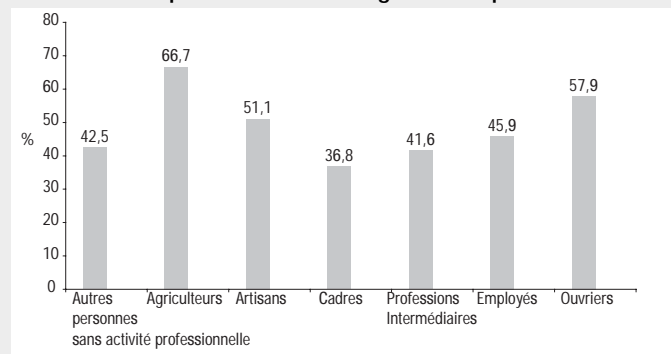
Graphique 2 • Pratique d'un niveau d'activité physique d'intensité élevée, selon le sexe et l'âge



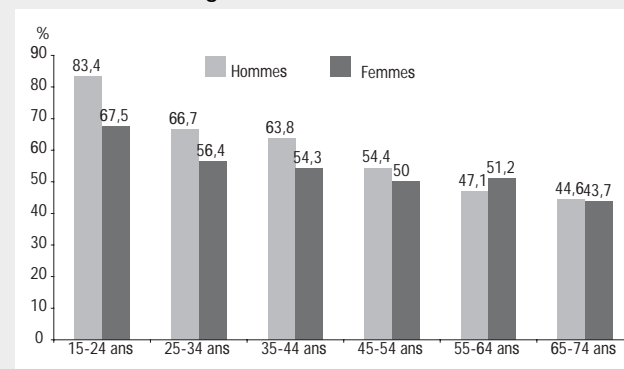
Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Graphique 3 • Pratique d'un niveau d'activité physique d'intensité élevée selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle



Graphique 4 • Pratique d'un sport habituellement, selon le sexe et l'âge



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

CHAMP • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

SOURCES • INPES Baromètre Santé 2005. Enquête téléphonique.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Les indicateurs d'activité physique ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées sur la fréquence et la durée d'activité physique dans les sept jours précédant l'interview selon son intensité (marche, intensité modérée, intensité élevée). La version téléphonique courte du questionnaire IPAQ a été utilisée. L'indicateur décrivant la proportion de personnes réalisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine a été estimé sur la base du niveau «modéré» de l'IPAQ. Ce niveau 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 et/ou de marche pendant au moins une demi-heure par jour OU cinq jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 600 MET-min/semaine. L'indicateur correspondant au niveau «élevé» du score de l'IPAQ, décrit la proportion de personnes pratiquant une activité physique considérée par les experts du comité de recherche international IPAQ comme «favorable à la santé». Cette catégorie est définie 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 1500 MET-min/semaine OU sept jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense, entraînant une dépense énergétique d'au moins 3000 MET-min/semaine (le décompte des jours étant réalisé par type d'activité, la somme peut être ≥7).

LIMITES • Le questionnaire IPAQ n'est pas validé chez les jeunes. Les DOM et le TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est celle résidant en foyer ordinaire, excluant les personnes vivant en institutions.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'IPAQ mise en évidence dans d'autres études.

REFFÉRENCE •

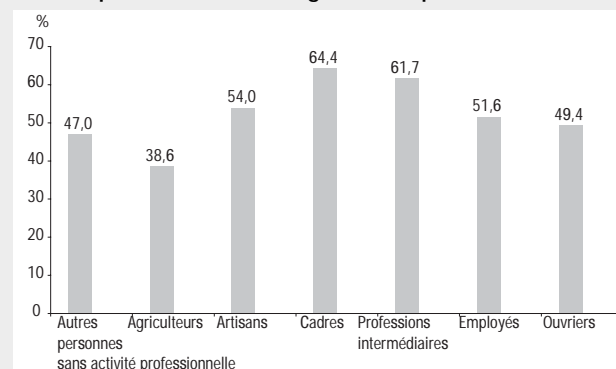
- Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.), 2006, *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, mars, 176 pages.
- Escalon H., Vuillemin A., Erpelding M.-L., Oppert J.-M. «Activité physique, sport et sédentarité», in Beck F., Guilbert P. (dir.), *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé* (à paraître).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Graphique 5 • Pratique d'un sport habituellement selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Consommation de fruits et légumes

L'accroissement de la consommation de fruits et légumes est l'un des 9 objectifs nutritionnels prioritaires de la loi de santé publique et du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Ce programme prévoit de **réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 % en passant d'une prévalence de 60 % en 2000 à 45 % en 2008**. Dans le PNNS, « un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue) ». La prévalence des petits consommateurs selon cette définition n'a pas été évaluée depuis 2000 mais le sera pour 2006 grâce aux enquêtes alimentaires actuellement en cours. L'estimation de la part de la population consommant moins de 5 fruits ou légumes par jour a été retenue comme indicateur complémentaire car il s'agit du repère de consommation du PNNS. Un indicateur complémentaire issu de la comptabilité nationale permet de chiffrer l'évolution des volumes d'achats de fruits et légumes par personne.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportions de personnes déclarant avoir consommé moins de 5 fois et moins de 3 fois des fruits ou légumes la veille

Le Baromètre Santé nutrition réalisé en 2002 par l'INPES a montré que la proportion de personnes déclarant avoir consommé moins de 5 fois des fruits ou des légumes la veille de l'enquête était très élevée : 92,3 % pour les hommes et 87,3 % pour les femmes la proportion de personnes déclarant une consommation inférieure ou égale à 3 fois de fruits et de légumes était respectivement de 80,9 % et 71,2 %. Cette proportion était de 85,8 % parmi les jeunes de 12-17 ans contre 55,9 % chez les personnes de 65 à 75 ans. De façon systématique, elle est plus importante chez les hommes que chez les femmes et la différence est de plus en plus marquée quand l'âge augmente (graphique 1).

Des variations régionales sont observées, avec des fréquences de faible consommation (inférieure ou égale à 3 fois par jour la veille de l'enquête) plus élevées dans le Nord par rapport au Sud, tout particulièrement chez les hommes. En effet, 92,7 % des hommes de la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) Nord déclaraient une consommation inférieure ou égale à 3 fois par jour, contre 73,7 % dans la ZEAT Méditerranée (tableau 1). De fortes variations socio-économiques sont habituellement observées¹.

Achats de fruits et légumes par personne et par an

Les données de la comptabilité nationale estiment à 66,4 kg la consommation apparente de fruits par personne en 2005, contre 62,3 kg en 2000. Ces valeurs comprennent les fruits frais, qui représentent 90,6 % des volumes en 2005, ainsi que les fruits secs, les compotes et les fruits en sirop (jus de fruits et confitures sont exclus).

Les consommations apparentes de jus de fruits frais ont quant à elles augmenté de 20,0 litres à 25,4 litres par personne entre 2000 et 2005, et les confitures ont diminué de 2,6 kg à 2,0 kg. Il faut noter que ces valeurs n'incluent pas les pertes liées à la préparation notamment.

Les consommations apparentes de légumes ont augmenté durant cette période : 190,6 kg par personne en 2000 et 195,7 kg en 2005. On relève une stabilité pour les légumes frais : 87,7 kg en 2005, contre 90,1 kg en 2000, alors

qu'on observe une augmentation des achats de pommes de terre (66,0 kg en 2000 ; 72,0 kg en 2005).

Les données européennes ne portent pas sur les volumes moyens mais sur la part de dépenses des ménages consacrées aux fruits. On peut toutefois remarquer que ce ratio est particulièrement élevé dans les pays méditerranéens (Espagne, Portugal, Grèce, Italie). Il s'élevait ainsi en 2004 à 81,6 pour 10 000 du PIB au Portugal, contre 43,1 pour 10 000 en France. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).
Mise à jour de la fiche septembre 2007.

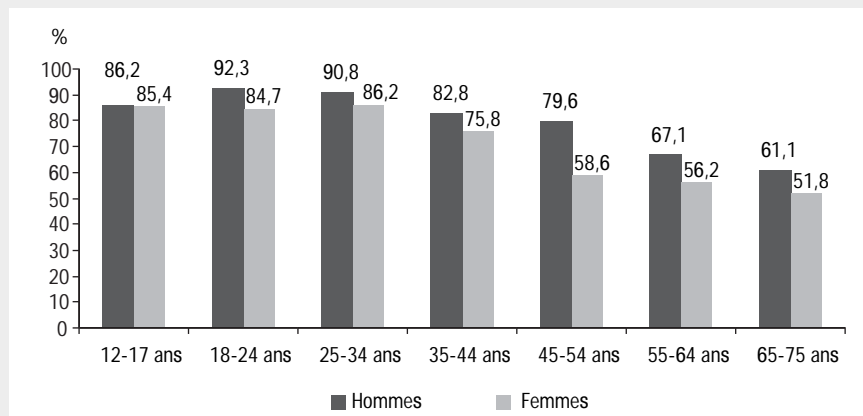
synthèse

En 2002, 81 % des hommes et 71 % des femmes ont une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour la veille de l'enquête alors que le repère de consommation du PNNS est de 5 fois par jour la veille de l'enquête. Cette « faible consommation », au regard du repère du PNNS, concerne l'ensemble de la population mais tout particulièrement les hommes et les jeunes. Des variations régionales sont aussi observées, avec des fréquences de faibles consommations, plus élevées dans le nord de la France.

Les données de consommations apparentes (achats) de fruits par personne ont augmenté entre 2000 et 2005. Durant cette période, les achats de jus de fruits ont augmenté de 13,3 %, augmentation qui s'inscrit dans une tendance plus ancienne, puisque ces achats ont doublé entre 1990 et 2003. De même, les achats de légumes ont légèrement augmenté entre 2000 et 2005.

1. Mais des effectifs trop faibles dans certaines professions et catégories socioprofessionnelles ne permettent pas d'exploiter cette variable de manière satisfaisante.

Graphique 1 • Proportion de personnes ayant une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour la veille de l'enquête



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 12 à 75 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Baromètre Santé nutrition 2002.

CHAMP • France métropolitaine, personnes âgées de 12 à 75 ans vivant en domicile ordinaire.

SOURCES • INPES Baromètre Santé nutrition 2002. Enquête téléphonique.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les indicateurs ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées sur ce qu'elles ont mangé la veille de l'interview. Le nombre de fois où un aliment du groupe « fruits et légumes » a été consommé dans la journée a ensuite été calculé, un repas pouvant en comporter plusieurs.

LIMITES • Les quantités consommées ne sont pas évaluées. Les DOM et TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la consommation de fruits et légumes.

RÉFÉRENCE •

- Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.), 2004, *Baromètre Santé nutrition 2002*, col. Baromètres : 259 p., INPES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Tableau 1 • Proportion de personnes ayant une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour et inférieure à 5 fois par jour la veille de l'enquête selon la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) de résidence

	Hommes		Femmes	
	≤ 3 fois/jour	< 5 fois/jour	≤ 3 fois/jour	< 5 fois/jour
Nord	92,7	96,4	78,6	89,7
Est	81,8	92,9	80,7	93,4
Région parisienne	86,3	94,8	74,1	84,3
Bassin parisien	77,2	88,0	67,3	86,5
Ouest	79,9	92,3	71,0	87,5
Sud-ouest	81,7	94,5	75,7	90,3
Centre Est	77,4	90,4	66,8	83,3
Méditerranée	73,7	91,9	63,0	88,3

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 12 à 75 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Baromètre Santé nutrition 2002.

Sel dans l'alimentation

L'excès de sel (chlorure de sodium) dans l'alimentation est un facteur de risque important de l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires. L'objectif de la loi de santé publique est de **parvenir à une consommation moyenne de sel inférieure à 8 g par jour par personne en 2008**. D'autres pays européens (Royaume-Uni) proposent un objectif de 6 g par jour et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un objectif à 5 g par jour. L'objectif préconisé par la loi de santé publique est ajouté par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) à la liste des objectifs prioritaires en population générale. Cet objectif est basé sur les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Un premier rapport « sel : évaluation et recommandations » préconisait en janvier 2002 « une réduction de l'apport sodé moyen de 20 % étalée sur cinq ans (environ 4 % par an) » estimant la consommation moyenne entre 9 et 10 g par jour soit un objectif « d'apport moyen de 7 à 8 g par jour et d'avoir un impact en terme de réduction de la prévalence des consommations supérieures à 12 g par jour ». Un second groupe de travail « rapport sel : détermination d'une valeur repère de consommation » proposait en mai 2002 une « valeur repère retenue de 8 g de sel par jour ».

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Consommation de sel moyenne dans la population estimée par enquête de consommation alimentaire (méthode validée par rapport à la natriurèse¹ de 24 heures)

Il existe actuellement au niveau national uniquement des données de consommation individuelle de sel provenant des aliments, sans évaluation du sel ajouté à table (salière). Dans l'étude Individuelle et Nationale sur les Consommations Alimentaires INCA1 1999, réalisée auprès de 1 474 adultes², les consommations moyennes (hors sel ajouté) étaient de 9,1 g/jour chez les hommes (IC 95 % [8,9-9,3]) et de 6,9 g/jour chez les femmes (IC 95 % [6,7-7,1]) (tableau 1). Il était constaté peu de variation en fonction de l'âge au-delà de 25 ans.

Par rapport à l'étude « Association Sucre-Produits Sucrés Communication Consommation » (ASPCC) réalisée en 1994 avec une méthodologie voisine (carnet de consommation de 7 jours) une augmentation des apports était constatée. Globalement (2 sexes), les apports étaient de 6,9 g en 1994 dans l'enquête ASPCC et de 7,9 g en 1999 dans l'enquête INCA1. La différence entre les deux études était liée à l'évolution des consommations alimentaires (tartes et biscuits salés, viennoiseries, pâtisseries). On peut ajouter à ces 8 g environ de sel

provenant des aliments les achats de sel utilisés à domicile estimés en 2002 par le panel SÉCODIP à en moyenne 2,2 g/j.

Cependant la totalité de ce sel n'est pas réellement consommée (pertes dans les eaux de cuisson, etc.) et l'on peut donc estimer que les ajouts individuels de sel atteignent en moyenne entre 1 et 2 g/j. L'étude SU. VI. MAX 1994-1998 estimait alors la moyenne des apports de sel par les aliments à 7,5 g/j chez les hommes de 45 à 60 ans et à 5,5 g/j chez les femmes de 35 à 60 ans (tableau 2). Cette étude mettait en évidence une hausse légère mais significative des apports sodés avec l'âge chez les hommes mais non chez les femmes.

D'autres études régionales basées sur la natriurèse de 24 heures pour une population de consultation hospitalière en région parisienne³ et une population de volontaires en Languedoc Roussillon⁴ ont montré respectivement que 12 % des sujets consommaient plus de 12 g/j (en région parisienne) et que 40 % des hommes et 20 % des femmes dépassaient 10 g/j (en Languedoc-Roussillon) avec une moyenne de 9,7 g/j chez les hommes et 7,4 g/j chez les femmes (en Languedoc-Roussillon). L'étude internationale INTERSALT à laquelle la France n'avait pas participé en 1988, montrait des variations d'apports moyens mesurés par natriurèse de 24 heures entre 8,6 g/j et 14 g/j chez les hommes selon les villes et pays parti-

cipants et entre 6,9 et 9,8 g/j chez les femmes. L'étude INCA2-ENNS réalisée en 2006 par l'InVS et l'AFSSA auprès d'un échantillon représentatif de 11 500 sujets âgés de 3 ans et plus permettra de quantifier les apports totaux en sel. Les résultats de cette étude sont attendus pour le 4^e trimestre 2007. Parallèlement, une surveillance de la teneur en sel d'un échantillon de 400 aliments vecteurs principaux de sel en 2003, 2005 et 2007 est menée par l'Institut national de la consommation (INC) et l'AFSSA pour actualiser les tables de composition en sel des aliments. Cette étude montre entre 2003 et 2005, une diminution modérée des teneurs en sel pour certains groupes d'aliments tels que les soupes et les céréales de petit-déjeuner. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS (AFSSA).

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

1. Élimination du sodium (« sel ») dans les urines.
2. 15 ans et plus, représentatifs de la population métropolitaine.
3. Ménard J. (2002), « Étude sur la natrémie de 24 heures, réalisée sur une population de sujets hospitalisés », in AFSSA, *Rapport Sel : évaluation et recommandations*, pp. 16-17.
4. Du Cailar G., Mimran A., Fesler P., Blacher J., Safar ME. (2003), « Dietary sodium and pulse pressure in normotensive and essential hypertensive subjects », *AM J Hypertension*, vol. 16, 5 51, May : 105.

synthèse

Selon plusieurs études convergentes, la consommation moyenne de sel en France était de 9 à 10 g/j autour de l'an 2000. L'atteinte de l'objectif d'un niveau moyen de consommation de 8 g par jour sera vérifié au moyen de l'étude de consommation alimentaire INCA2-ENNS réalisée en 2006 par l'InVS et l'AFSSA. Cette étude sera couplée à de nouvelles données sur la teneur en sel de 400 des principaux aliments contributeurs, mesurés par l'Institut national de la consommation et l'AFSSA en 2007.

Tableau 1 • Estimation des apports moyens en sel provenant des aliments des adultes de 15 ans et plus (en g/j) selon l'étude INCA1 1999

	Effectifs	Moyenne (IC)*	P95**
Hommes 15 ans et plus	672	9,1 (8,9-9,3)	14,5
Femmes 15 ans et plus	802	6,9 (6,7-7,1)	10,5
Deux sexes 15-24 ans	254	6,9 (6,6-7,2)	12,1
Deux sexes 25-44 ans	586	8,0 (7,8-8,2)	12,9
Deux sexes 45-64 ans	389	8,2 (7,9-8,5)	13,5
Deux sexes 65 ans et plus	245	8,0 (7,7-8,3)	13,3
Ensemble 15 ans et plus	1 474	7,9 (7,7-8,1)	13,1

* IC : Intervalle de confiance à 95 % de la moyenne.

** P95 : 95^e percentile des apports sodés : ce qui signifie que 5 % des individus ont un apport moyen supérieur à ce seuil.

Champ : France entière, population de 15 ans et plus.

Sources : INCA1.

Tableau 2 • Estimation des apports moyens en sel provenant des aliments selon l'étude SU. VI. MAX 1994-1998 (en g/j)

	Effectifs	Moyenne (Écart type)	Médiane
Hommes 45-49 ans	771	7,3 (2,0)	7,1
Hommes 50-54 ans	660	7,4 (2,1)	7,3
Hommes 55-60 ans	670	7,7 (2,2)	7,5
Femmes 35-44 ans	1 080	5,5 (1,5)	5,3
Femmes 45-49 ans	808	5,4 (1,6)	5,3
Femmes 50-54 ans	517	5,5 (1,4)	5,5
Femmes 55-60 ans	456	5,6 (0,9)	5,5

Champ : Volontaires sains, femmes de 50 à 60 ans et hommes de 45 à 60 ans.

Sources : SU. VI. MAX.

CHAMP • INCA1 France entière, population de 15 ans et plus ;

SU. VI. MAX : volontaires sains, femmes de 35 à 60 ans et hommes de 45 à 60 ans.

SOURCES • Études de consommation alimentaire SU. VI. MAX 1994-1998 et INCA1 1999, tables de composition en sel des aliments SU. VI. MAX et CIQUAL (pour l'étude INCA).

LIMITES • L'étude SU. VI. MAX porte sur des volontaires même si toutes les régions et tous les groupes sociaux sont représentés, l'échantillonnage de l'étude INCA1 a été réalisé selon la méthode des quotas. Les deux études ne mesurent que les apports en sel provenant des aliments tels que consommés, les ajouts de sel à domicile (salière) ne sont pas pris en compte et ne le seront que dans l'étude INCA2-ENNS 2006 qui bénéficiera par ailleurs d'un échantillonnage aléatoire.

RÉFÉRENCE •

- <http://www.afssa.fr> AFSSA, 2002, « rapport sel : évaluation et recommandations », 200 p.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA).

Surpoids et obésité chez l'enfant

La loi de santé publique a repris l'un des 9 objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé lancé en 2001. Il s'agit d'**interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité et également du surpoids chez les enfants**. Des études régionales françaises ont en effet observé jusqu'au début des années 2000, une évolution forte et continue des prévalences de l'obésité et du surpoids chez les enfants. L'indicateur de référence pour la description de la corpulence, est l'Indice de Masse Corporelle [IMC : poids/taille² (kg/m²)]. Compte tenu de l'évolution physiologique de la corpulence au cours de la croissance, et ce de façon différente chez les garçons et les filles, des valeurs de référence de l'IMC sont adaptées à chaque âge et sexe afin d'identifier les enfants en surcharge pondérale. Les courbes de corpulence de l'International Obesity Task Force (IOTF) ont été retenues pour la description de cet indicateur, car elles permettent de distinguer surpoids et obésité au sein de la surcharge pondérale.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, CM2 et troisième

Dans l'enquête réalisée en milieu scolaire en 1999-2000 auprès des enfants de grande section de maternelle (5-6 ans), 10,5 % des enfants examinés étaient en surpoids et 3,9 % obèses. À ces âges, les filles étaient plus fréquemment en surpoids ou obèses que les garçons (obésité : 4,3 % *versus* 3,6 % ; surpoids : 12,2 % *versus* 8,7 %, respectivement). Les enquêtes réalisées en CM2 en 2001-2002 et en classe de troisième en 2003-2004 montraient qu'un enfant de 10-11 ans sur cinq, et 17 % des adolescents de 14-15 ans présentaient une surcharge pondérale. L'obésité concernait environ 4 % des élèves dans ces deux niveaux scolaires. À ces âges, il n'a pas été relevé de différence significative selon le sexe (tableau 1). Chez les élèves de 3^e, les évolutions ne sont appréciables que sur la base des données excluant la région parisienne en raison de l'absence de participation certaines académies (voir encadré méthodologique) : à champ constant, la prévalence de la surcharge pondérale est stable entre 2000 et 2003 (16,5 % et 16,2 %) ainsi que celle de l'obésité (3,8 % et 4,3 %, augmentation non significative).

Dans toutes ces enquêtes, les proportions d'enfants en surcharge pondérale étaient plus élevées chez les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres. Ces résultats reflètent les disparités sociales marquées illustrées, par exemple, par des prévalences de l'obésité toujours plus importantes parmi les enfants dont le père est

ouvrier que parmi ceux dont le père est cadre (tableau 2). Ce gradient social est moins marqué pour le surpoids, notamment chez les adolescents. Des variations géographiques sont observées, avec des prévalences élevées pour toutes les classes d'âges dans les zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) du Nord et de l'Est, plus spécifiquement pour les grandes sections de maternelle, dans les ZEAT de la région parisienne et de la Méditerranée, et pour les CM2 et élèves de 3^e, dans celles des DOM (tableau 3).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Prévalences de la surcharge pondérale *i.e.*, du surpoids et de l'obésité en CE1 et CE2

Chez les enfants en classes de CE1 et CE2 (7-9 ans) en 2000, 18,1 % présentaient une surcharge pondérale, dont 3,8 % une obésité. Ces fréquences étaient comparables chez les garçons et les filles, et n'étaient pas différentes selon les âges. Pour des âges proches et selon les mêmes références de l'IOTF, ces prévalences sont comparables à celles observées à la fin des années 1990 en Grèce ou en

Angleterre, et inférieures à celles du Canada, de l'Espagne ou encore de Chypre.

La fréquence de la surcharge pondérale était plus élevée chez les enfants dont le père était ouvrier (26,5 %) ou employé (24,4 %) que chez ceux dont le père était cadre (10,4 %), ou de profession intermédiaire (14,5 %). Ces différences étaient moins marquées avec la catégorie socio-professionnelle de la mère (tableau 2).

Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des adolescents de 17 ans

L'enquête ESCAPAD fournit des données complémentaires sur les prévalences de surpoids et d'obésité chez des sujets plus âgés, à savoir 17-18 ans. Conduite en 2003 sur plus de 20 000 individus, cette enquête montre des prévalences de surpoids et d'obésité nettement inférieures à celles observées dans les autres études, dans lesquelles les données sont mesurées, et non autodéclarées comme c'est le cas dans ESCAPAD. D'après cette étude, 5,8 % des adolescents de 17-18 ans seraient en surcharge pondérale et 1,1 % obèses.

Malgré une sous-estimation¹, des différences géographiques et sociales sont observées. Par exemple, les plus faibles prévalences sont observées en Lorraine, Basse-Normandie, Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur (autour de 5 %), tandis que les plus élevées sont notées en Bourgogne, Midi-Pyrénées (9 %). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).
Mise à jour de la fiche septembre 2007.

1. La prévalence de la surcharge pondérale est estimée à 9,8 % et celle de l'obésité à 2,2 % chez les 15-24 ans en 2003 dans l'enquête Obépi où le poids et la taille sont auto-mesurés.

synthèse

Au début des années 2000, les estimations des prévalences du surpoids chez les enfants, pour lesquels le poids et la taille étaient mesurés, se situaient entre 10 et 16 %, et celles de l'obésité à 4 %. Globalement, la fréquence de la surcharge pondérale était donc comprise entre 14 et 20 %. Ces fréquences diffèrent peu selon le sexe mais sont variables selon les classes d'âges. Les conditions socio-économiques reflétées, par exemple, par la catégorie socioprofessionnelle du père, sont des facteurs associés à d'importantes variations, avec des prévalences élevées dans les milieux les plus modestes. Jusqu'au début des années 2000, seules des études régionales répétées ont permis de décrire l'augmentation des fréquences de la surcharge pondérale. La répétition des enquêtes nationales dans les mêmes classes d'âges permettra de juger de leur évolution.

Tableau 1 • Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés à partir de données mesurées (%)

	Années de recueil		Surcharge pondérale (%)	Surpoids	Obésité
Grande section de maternelle (5-6 ans)	1999-2000		14,4	10,5	3,9
		Garçons	12,3	8,7	3,6
		Filles	16,5	12,2	4,3
Classes de CE1 et CE2 (7-9 ans)	2000		18,1	14,3	3,8
		Garçons	17,9	14,0	3,9
		Filles	18,3	14,7	3,6
Classes de CM2 (10-11 ans)	2001-2002		19,9	15,8	4,1
		Garçons	19,5	15,5	4,0
		Filles	20,3	16,1	4,2
Classes de troisième (14-15 ans)	2003-2004		16,8	12,4	4,4
		Garçons	17,5	12,7	4,8
		Filles	16,0	12,1	3,9

Champ : France entière pour les enquêtes triennales en milieu scolaire, France métropolitaine pour l'enquête Surpoids et obésité.

Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire et enquête Surpoids et obésité des enfants de 7 à 9 ans en 2000. Courbes de corpulence de l'IOTF : surcharge pondérale : IMC \geq centile 25 ; surpoids : centile 30 > IMC \geq centile 25 ; obésité : IMC > centile 30.

Tableau 2 • Prévalences du surpoids et de l'obésité selon la catégorie socioprofessionnelle du père (%)

	Enquête Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans en 2000		Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire			
	Classes de CE1 et CE2 (2000)		Classes de CM2 (2001-2002)		Classes de 3 ^e (2003-2004)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Cadres ^a	10,0	0,4	11,5	1,3	8,5	1,4
Professions intermédiaires	13,8	0,7	13,8	2,3	9,1	3,9
Agriculteurs	16,1	3,2	19,7	4,7	10,4	4,1
Artisans ^b	17,9	2,7	15,3	2,8	16,1	5,2
Employés	19,9	4,5	15,6	3,9	11,2	3,1
Ouvriers	20,3	6,2	18,2	5,1	14,4	6,0

Champ : France entière pour les enquêtes triennales en milieu scolaire, France métropolitaine pour l'enquête Surpoids et obésité.

Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire et enquête Surpoids et obésité des enfants de 7 à 9 ans en 2000. a : cadres, professions intellectuelles supérieures ; b : artisans, commerçants, chefs d'entreprise.

Tableau 3 • Prévalences du surpoids et de l'obésité selon la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) (%)

	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire					
	Classes de grande section (1999-2000)		Classes de CM2 (2001-2002)		Classes de 3 ^e (2003-2004)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Nord	11,2	4,5	16,9	7,8	9,0	6,8
Est	10,9	4,4	16,2	4,9	16,7	5,4
Région parisienne	11,5	4,8	15,7	3,6	14,1	4,6
Bassin parisien	9,9	3,8	14,9	4,2	12,7	4,9
Ouest	9,8	2,5	12,6	2,3	11,6	2,7
Sud-ouest	10,9	3,8	18,9	3,7	12,5	3,5
Centre Est	8,8	3,4	14,5	4,4	9,2	4,6
Méditerranée	11,8	4,2	17,2	2,9	11,9	2,8
DOM-TOM	7,4	3,4	20,5	6,4	13,6	5,6

Champ : France entière.

Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire : enquêtes 1999-2000 (grandes sections), 2000-2001 et 2003-2004 (troisièmes) et 2001-2002 (CM2).

CHAMP • France entière.

SOURCES • Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire : enquêtes 1999-2000 (grandes sections), 2000-2001 (troisièmes) et 2001-2002 (CM2).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille², mesures anthropométriques réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation Nationale) ; classification des enfants en surcharge pondérale : surpoids ou obèses selon les références de l'IOTF. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante.

LIMITES • Matériel de mesure non standardisé ni étalonné.

BIAIS SOURCES • 2000-2001 : absence de participation de l'académie de Créteil ; 2001-2002 : absence de participation des académies de Poitiers et Clermont-Ferrand ; 2003-2004 : absence de participation de l'académie de Toulouse.

RÉFÉRENCES •

- Guignon N., Badyan G., 2002, « La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire », *Études et Résultats*, DREES, n° 155, janvier.
- Labeyrie C., Niel X., 2004, « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », *Études et Résultats*, DREES, n° 313, juin.
- Peretti C. de, 2004, « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », *Études et Résultats*, DREES, n° 283, janvier.
- Guignon N., 2007, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats », *Études et Résultats*, DREES, n° 573, mai.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Enquête ESCAPAD, 2003.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille², données déclarées lors de la Journée d'Appel à la Préparation de la Défense) ; classification des adolescents en surcharge pondérale, surpoids ou obèses selon les références OMS pour l'adulte (équivalentes aux références de l'IOTF à 18 ans). Données brutes.

LIMITES SOURCES • Données déclarées (sous-estimation de la corpulence).

BIAIS SOURCES • Données brutes.

RÉFÉRENCE •

- Beck F., Legleyes S., Spilka S., 2004, « Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes », ESCAPAD 2003, *Tendance*, n° 39, OFDT.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

CHAMP • France métropolitaine (11 académies).

SOURCES • Enquête Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans en 2000.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille², mesures anthropométriques réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation nationale) ; classification des enfants en surcharge pondérale, surpoids ou obèses selon les références de l'IOTF. Données standardisées sur le sexe et l'âge selon le recensement de 1999.

LIMITES • Matériel de mesure non standardisé, ni étalonné.

BIAIS • Volontariat des académies participant.

RÉFÉRENCE •

- Castelbon K., Rolland-Cachera MF., 2004, « Surpoids et obésité chez les enfants de 7-9 ans, France, 2000 », rapport de l'Institut de veille sanitaire et du Conservatoire des arts et métiers, 40 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • USEN (InVS – Paris 13 – CNAM).

Accidents routiers mortels liés au travail

L'objectif de réduction du nombre d'accidents routiers mortels liés au travail retenu par la loi de santé publique est assorti d'objectifs préalables. Il s'agit d'**améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents routiers liés au travail ; encourager la négociation de branche dans le cadre des accords sur la prévention des risques professionnels**. La prévention du risque routier encouru par les salariés s'inscrit en effet dans le cadre des conventions d'objectifs signées par la CNAMTS avec chaque branche professionnelle (programme d'action 2002-2005, CNAMTS). La référence aux « accidents liés au travail » inclut d'une part les accidents « de mission », survenus « par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise », et d'autre part, les accidents de trajet entre le domicile et le lieu de travail.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet)

En 2005, on dénombrait 958 accidents mortels liés au travail reconnus par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ou la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) : 543 sont des accidents du travail à proprement parler et 415 des accidents de trajet. Au total, 556 décès, soit 58 %, sont dus à des accidents routiers liés au travail : 517 pour la CNAMTS et 39 pour la CCMSA (graphique 1). Une fois sur quatre (141 soit 25,36 %) il s'agit d'accidents de mission, survenant sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur, et dans les trois-quarts des cas, d'accidents routiers de trajets (415 soit 74,64 %). Le taux global d'accidents routiers mortels liés au travail pour ces deux régimes d'assurance maladie est de 2,92 pour 100 000 salariés en 2005.

En corrélation avec la nature des activités, l'étude des données par branches professionnelles (graphique 2) montre que le taux d'accidents routiers mortels liés au travail est particulièrement élevé dans la branche « transports, eau-gaz-électricité, livre, communication », dont le taux se porte à 5,37 pour 100 000 en 2005. Le taux d'accidents routiers mortels liés au travail est également élevé pour la branche « bâtiment et travaux publics » (4,01 pour 100 000). Sur la période 2002-2005, les évolutions constatées (-45,6 % pour les 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 la mortalité à 30 jours de 30,5 % entre 2002 et 2005). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

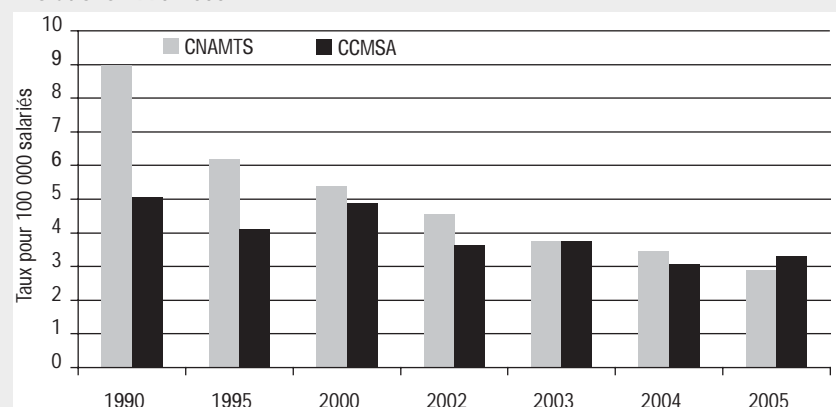
Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

En 2005, 556 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : trois fois sur quatre, il s'agissait d'accidents de trajet et dans un cas sur quatre d'accidents de travail à proprement parler (survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur).

La diminution relative des décès par accidents routiers de mission et de trajet relevée entre 2002 et 2005 est plus importante que celle de l'ensemble des décès routiers comptabilisés par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière.

Graphique 1 • Accidents routiers mortels liés au travail (mission et trajet)
Évolutions 1990-2005



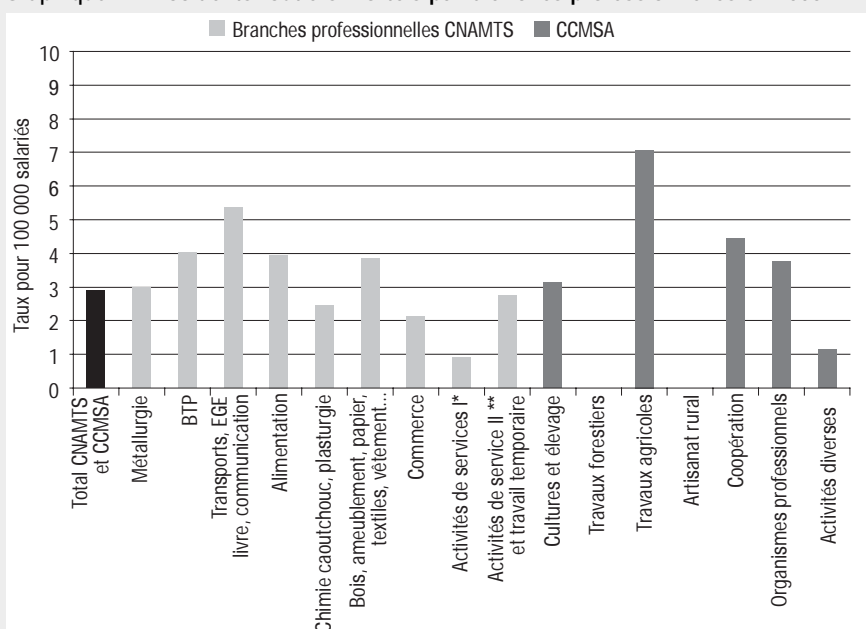
Effectifs de salariés de la CNAMTS : 17 878 256. Effectifs de salariés de la CCMSA : 1 180 614.

Pour la CNAMTS de 1990 à 2000 : accidents de trajet mortels dus à des véhicules et autres causes.

Champ : France entière (CNAMTS), France métropolitaine sauf Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle (CCMSA).

Sources : CNAMTS, CCMSA.

Graphique 2 • Accidents routiers mortels par branches professionnelles en 2005



* Activités de service I : banques, assurances, administrations, etc.

** Activités de service II : santé, etc.

Champ : France entière (CNAMTS), France métropolitaine sauf Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle (MSA).

Sources : CNAMTS, CCMSA.

CHAMP • France entière pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à partir de 2000 (principales branches professionnelles), France métropolitaine pour la CNAMTS en 1990 et 1995 et France métropolitaine sauf Alsace (Haut-Rhin, Bas-Rhin) et Moselle pour la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA).

SOURCES • Statistiques technologiques des accidents du travail de la CNAMTS et enquête accidents mortels pour la CCMSA.

CONSTRUCTION DU TAUX • Le nombre total d'accidents mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet) est rapporté à l'effectif salarié correspondant (nombre trimestriel moyen de travailleurs pour la CCMSA).

LIMITES • Salariés des 9 branches professionnelles pour la CNAMTS. L'année prise en compte est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de l'accident a été reconnu. Les données de la CCMSA n'incluent pas les données du Haut-Rhin, de Bas-Rhin et de Moselle, ces départements étant soumis à un régime particulier. Par ailleurs, le régime des indépendants ne couvre pas les accidents du travail.

BIAS • Sous-estimation probable puisque ces données comptabilisent les accidents reconnus comme accidents de travail (trajet, mission) par l'assurance maladie.

RÉFÉRENCES •

- Direction des risques professionnels, 2007, «Statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles – année 2005», Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- Direction de la Santé, Sous-direction Santé Sécurité au travail, Observatoire des risques professionnels et du machinisme agricole, «Enquête annuelle accidents mortels - années 2000 à 2005», Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.

Exposition des travailleurs soumis à des contraintes articulaires

C'est pratiquement l'ensemble de la pathologie somatique et psychique qui est potentiellement concernée par des facteurs de risque d'origine professionnelle. Par ailleurs, les conditions de travail et les expositions professionnelles sont sources majeures des inégalités sociales particulièrement importantes dans notre pays. Des données fiables sont disponibles en France sur les conditions de travail mais leurs conséquences sur la santé sont toujours en discussion. Les troubles musculo-squelettiques constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées et de journées de travail perdues du fait d'arrêts de travail. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de **réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine**. L'enquête SUMER 2003 permet de connaître le nombre de personnes soumises à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » et parmi elles, à la répétition « de cycle de moins d'une minute ». L'enquête sur les Conditions de travail permet, quant à elle, de repérer les salariés exposés actuellement à « des postures pénibles ou fatigantes durant leur travail » (debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air...)

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de salariés exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine

En 2003, selon l'enquête SUMER, 1,2 million de salariés étaient soumis à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée », plus de 20 heures par semaine, soit 6,6 % d'entre eux. Pour 3,8 % des salariés, cette contrainte s'exerce en plus avec un temps de cycle de moins d'une minute des gestes répétitifs. Les femmes sont plus exposées que les hommes à cette contrainte ainsi que les jeunes (9 % des moins de 25 ans, tableaux 1 et 2).

Le secteur industriel est de loin celui qui affiche les plus fortes prévalences, en particulier ceux de l'industrie automobile, de l'agroalimentaire (16 % chacun) et de l'industrie des biens de consommation (graphique 1). La catégorie sociale des ouvriers est la plus soumise aux contraintes articulaires (14 %) (tableau 2).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de salariés déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail

En 2005, selon l'enquête Conditions de travail, 34 % des salariés déclarent devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue pendant leur travail, ce qui

et 2005 (66 % à 71 %) et de la construction (64 %) qui exposent le plus leurs salariés à ce type d'effort (graphique 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DARES.

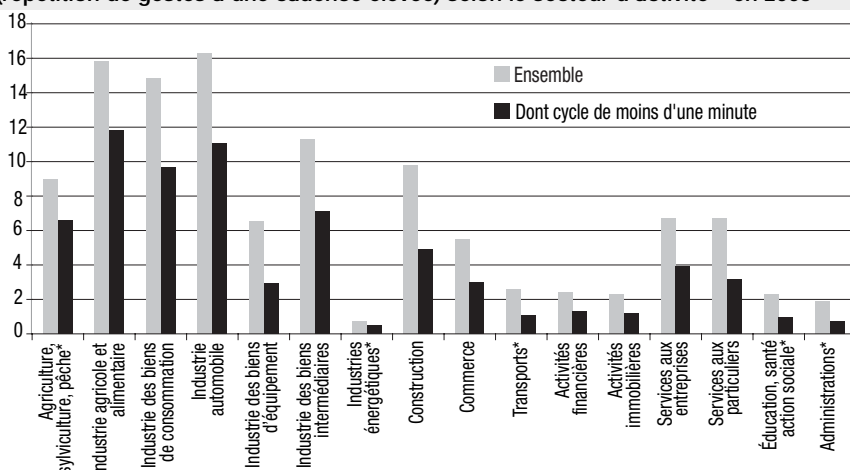
Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

Les contraintes articulaires mesurées à partir de « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » de plus de 20 heures par semaine concernent dans l'enquête SUMER, en 2003, 1,2 million de salariés, soit 6,6 % d'entre eux. Dans l'enquête Conditions de travail de 2005, 34 % soit un peu plus de 7 millions de salariés déclarent devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. Ils étaient 37 % en 1998. Ces indicateurs de pénibilité au travail sont d'autant plus souvent déclarés que les personnes sont jeunes. Ils sont plus fréquents chez les ouvriers et sont très différents selon les secteurs d'activité.

représente 7,6 millions de personnes. Cette contrainte a fortement progressé au cours des vingt dernières années, puisqu'elle s'élevait seulement à 16 % en 1984 mais semble marquer une pause. Les jeunes de moins de 25 ans sont plus fortement touchés (46 %) par cette pénibilité que les salariés plus âgés (tableau 3). Les ouvriers (55 %) et employés de la fonction publique (41 %) sont particulièrement concernés, ainsi que les policiers (43 %) et les employés des services aux particuliers (41 %). Ce sont les secteurs de l'agriculture, avec une forte augmentation entre 1998

Graphique 1 • Proportion de salariés soumis à des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon le secteur d'activité** en 2003



*Secteurs incomplets (voir limites et biais de l'enquête SUMER). **Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : 15,8 % des salariés de l'industrie agricole et alimentaire sont exposés à un travail répétitif.

Champ : France métropolitaine, population salariée. Sources : Enquête SUMER.

Tableau 1 • Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon le sexe en 2003 (%)

Type de contrainte	Hommes	Femmes	Ensemble
Travail répétitif de plus de 20 heures	6,0	7,4	6,6
dont cycle de moins d'une minute	3,3	4,5	3,8

Champ : France métropolitaine, population salariée.

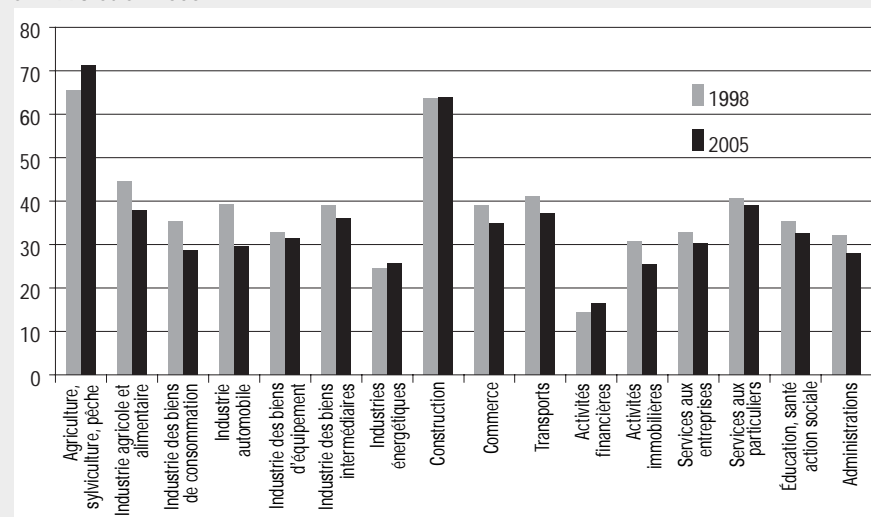
Sources : Enquête SUMER.

Tableau 2 • Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon l'âge et la profession en 2003 (%)

Âge	Travail répétitif	dont cycle de moins d'une minute
Moins de 25 ans	8,7	4,9
25-29 ans	7,1	4,1
30-39 ans	6,3	3,7
40-49 ans	6,5	3,8
50 ans et +	5,7	3,1
Ensemble	6,6	3,8
Catégorie socioprofessionnelle		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,0	0,6
Professions intermédiaires	1,7	0,8
Employés	5,0	2,5
Ouvriers	13,5	8,2
Ensemble	6,6	3,8

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER.

Graphique 2 • Proportion de salariés déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante pendant leur travail selon le secteur d'activité* en 1998 et en 2005

*Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : En 2005, 71,4 % des salariés de l'agriculture, sylviculture, pêches sont exposés à une posture pénible ou fatigante pendant leur travail.

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête Conditions de travail.

Tableau 3 • Proportion de salariés déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante pendant leur travail en 1998 et en 2005

Sexe	1998	2005	Âge	1998	2005	Catégorie socioprofessionnelle	1998	2005
Hommes	39,2	37,2	< 25 ans	46,8	45,5	Cadres et professions intellectuelles supérieures	12,9	12,7
Femmes	35,1	30,9	25-29 ans	36,1	32,9	Professions intermédiaires	25,7	24,7
			30-39 ans	36,7	32,8	Employés	37,4	35,0
			40-49 ans	36,3	33,4	Ouvriers	57,0	54,8
			50 ans et +	37,3	33,4			
Ensemble	37,3	34,2		37,3	34,2		37,3	34,2

Champ : France métropolitaine, population salariée. Sources : Enquête Conditions de travail.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCES • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 copilotée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), et Direction des relations au travail (DRT), ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement et réalisée par la médecine du travail. 56 314 salariés tirés au sort dont 49 984 ont répondu.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.

En sont exclus les salariés :

- de la pêche,
- des mines,
- des transports urbains et maritimes,
- des administrations nationales et territoriales.

RÉFÉRENCES •

- <http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/98.html>
- 2006, « Contraintes posturales et articulaires au travail », *Premières Synthèses*, DARES, n° 011.2, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée. Le champ est celui de l'enquête Emploi. Il inclut l'ensemble des ménages ordinaires de la France métropolitaine, et une partie de la population des communautés, dans la mesure où leurs membres ont des liens familiaux avec des ménages ordinaires. Restent toutefois exclus certains ouvriers des chantiers temporaires, des jeunes et des étrangers hébergés en foyers, ainsi que des personnes des établissements hospitaliers, scolaires et hôteliers vivant en collectivité.

SOURCES • Enquêtes Conditions de travail 1998 et 2005, complémentaires à l'enquête Emploi de l'INSEE (échantillon de 22 000 personnes). Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage. Enquête organisée et exploitée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES).

LIMITES • Celles des enquêtes déclaratives, notamment il peut être difficile d'apprécier en évolution la part des changements de perception et des modifications effectives des conditions de travail.

RÉFÉRENCES •

- <http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/98.html>
- 2007, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », *Premières Synthèses*, DARES, n° 01.2, janvier.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Exposition des travailleurs au bruit

L'exposition au bruit est un problème important en termes de conditions de travail et d'expositions professionnelles dans notre pays. La loi de santé publique préconise **de réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB A plus de 20 heures par semaine sans protection auditive**. L'enquête SUMER 2003 permet de connaître le nombre de salariés subissant un bruit de ce niveau d'exposition sonore, la durée de cette exposition et la mise à disposition ou non d'une protection auditive. L'enquête Conditions de travail ne permet pas quant à elle de repérer le nombre de salariés qui déclarent que, dans leur travail, ils ne peuvent pas entendre une personne placée à deux ou trois mètres qui leur adresse la parole.

ture (graphique 2). Les ouvriers sont les plus touchés par cette nuisance au travail: 8,6 % contre moins de 2 % pour les autres catégories socioprofessionnelles (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • DARES.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de travailleurs exposés à un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 dB A plus de 20 heures par semaine sans disposer de protections auditives

En 2003, 1,03 million de salariés du champ de l'enquête SUMER (17,5 millions de salariés sur un total de 21,5 millions, soit 80 %) étaient soumis à un niveau de bruit de 85 dB A plus de 20 heures par semaine, soit 5,9 % de ces salariés. Parmi eux, 275 000 soit 26,7 %, n'avaient pas de protection auditive mise à leur disposition (l'enquête SUMER ne permet pas de savoir si les salariés utilisaient ou non les protections mises à leur disposition). Cette enquête révèle que les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes à cette contrainte (917 000 contre 115 000), soit un taux d'exposition de 9,2 % contre 1,5 %. En revanche, les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protection auditive mise à leur disposition. En effet 39 % des femmes soumises à un tel bruit n'en ont pas (soit 45 000) contre 25 % pour les hommes (soit 230 000). Il n'y a pas de différence notable d'exposition à cette contrainte selon les âges. Cette nuisance se rencontre surtout dans l'industrie, notamment dans les industries de biens intermédiaires, l'industrie automobile et les industries agricoles et alimentaires. Elle touche aussi, dans une moindre mesure, l'agriculture, sylviculture et la construction (graphique 1). Alors que l'exposition est beaucoup moins importante dans le tertiaire, c'est là que les personnes exposées ont le moins souvent une protection auditive mise à leur disposition, notamment dans le secteur «commerce, réparation automobile et d'articles domestiques». Les ouvriers sont de loin la catégorie de travailleurs la plus soumise à ce type de bruit. Viennent ensuite les professions intermédiaires (tableau 1).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel

En 2005 lors de l'enquête Conditions de travail, un peu plus de 700 000 salariés déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres lorsqu'elle leur adresse la parole, soit 3,3 % des salariés de métropole. Cette proportion est stable depuis 1998. Il n'y avait pas de différence notable d'exposition à cette contrainte selon les âges. Par contre, les hommes étaient beaucoup plus exposés (5 %) que les femmes (1,4 %) y compris dans les catégories socioprofessionnelles et les secteurs les plus concernés. C'est dans le secteur industriel que l'on rencontre les plus fortes proportions de salariés exposés à cette contrainte, et notamment dans les industries des biens intermédiaires, les industries agricoles et alimentaires, mais aussi dans l'agricul-

synthèse

En 2003 selon l'enquête SUMER, 275 000 salariés, soit 26,7 % des salariés soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB A pendant plus de 20 heures par semaine, n'avaient pas à leur disposition de protection auditive.

D'après l'enquête Conditions de travail de 2005, 700 000 salariés soit 3,3 % des salariés déclaraient ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole. Ce pourcentage n'a pas évolué depuis la dernière enquête, en 1998. Les hommes sont plus exposés que les femmes à des niveaux de bruit importants mais les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protections auditives. Les différentes catégories professionnelles ne sont pas toutes concernées de la même façon, les ouvriers étant la catégorie la plus touchée. C'est le secteur industriel et l'agriculture qui exposent le plus leurs salariés aux nuisances sonores intenses.

Tableau 1 • Taux d'exposition à un bruit de niveau sonore supérieur à 85 décibels A pendant plus de 20 heures par semaine (%)

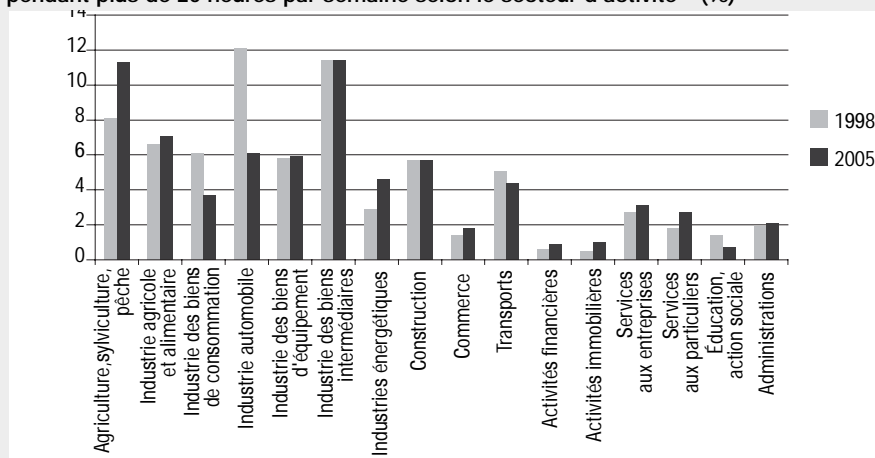
Type de bruit		Bruit supérieur à 85 dB A pendant plus de 20 heures par semaine	dont sans protection auditive mise à disposition
Sexe	Hommes	9,2	25,1
	Femmes	1,5	38,9
Âge	Moins de 25 ans	6,30	27,80
	25-29 ans	6,20	23,70
	30-39 ans	6,00	24,30
	40-49 ans	5,80	28,30
	50 ans et +	5,50	29,60
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,50	-
	Professions intermédiaires	2,40	29,20
	Employés	0,30	-
	Ouvriers	15,00	25,30
Ensemble		5,90	26,70

Lecture : 9,2 % des hommes salariés étaient exposés à un bruit intense en 2003 et parmi eux, 25,1 % ne disposaient pas de protection auditive.

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER 2003.

Graphique 1 • Taux d'exposition à un bruit de niveau sonore supérieur à 85 décibels A pendant plus de 20 heures par semaine selon le secteur d'activité** (%)



° Pas de données sur la mise à disposition de protections auditives.

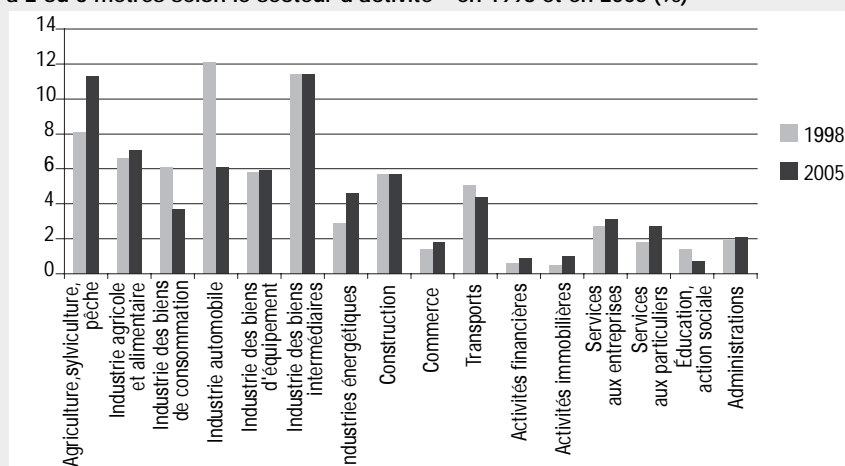
* Secteurs incomplets (voir limites et biais de l'enquête SUMER).

** Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : 16,6 % des salariés de l'industrie agricole et alimentaire étaient exposés à un bruit intense en 2003 et parmi eux, 21 % ne disposaient pas de protection auditive.

Champ : France métropolitaine, population salariée. **Sources :** Enquête SUMER 2003.

Graphique 2 • Proportion de salariés déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres selon le secteur d'activité** en 1998 et en 2005 (%)



** Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : En 1998, 7,1 % des salariés de l'industrie agricole et alimentaire déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres.

Champ : France métropolitaine, population salariée. **Sources :** Enquêtes Conditions de travail 1998 et 2005.

Tableau 2 • Proportion de salariés déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 1998 et 2005 (%)

Année		1998	2005
Sexe	Homme	5,0	5,0
	Femme	1,8	1,4
Âge	Moins de 25 ans	3,5	3,3
	25-29 ans	2,8	2,3
	30-39 ans	3,3	3,2
	40-49 ans	4,0	3,5
	50 ans et +	3,7	3,7
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,4	0,9
	Professions intermédiaires	1,8	1,7
	Employés	1,3	1,4
	Ouvriers	8,3	8,6
Ensemble		3,5	3,3

Lecture : 3,5 % des salariés de moins de 25 ans déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 1998.

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquêtes Conditions de travail 1998 et 2005.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCES • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 réalisée par la médecine du travail.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.

En sont exclus les salariés :

- de la pêche ;
- des mines ;
- des transports urbains et maritimes ;
- des administrations nationales et territoriales.

RÉFÉRENCE •

- <http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/98.html>
- Dr Magaud-Camus I. *et al.*, 2005, « Le bruit au travail en 2003 », *Premières Synthèses*, DARES, n° 25.3, juin.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée. Le champ est celui de l'enquête Emploi.

SOURCES • Enquête Conditions de travail 1998, complémentaire à l'enquête Emploi de l'INSEE (échantillon de 22 000 personnes). Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage. Enquête organisée et exploitée par la DARES.

LIMITES • Celles des enquêtes déclaratives, notamment il peut être difficile d'apprécier en évolution la part des changements de perception et des modifications effectives des conditions de travail.

RÉFÉRENCES •

- <http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/etudes-recherche/publications-dares/98.html>
- Rougerie C., Vinck L., 1999, « Efforts, risques et charge mentale au travail », *Les Dossiers de la DARES*, La Documentation française.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel

L'exposition à des cancérogènes professionnels concerne une fraction imposante de la population des travailleurs, estimée à 9 % en 1994, même si la grande majorité était exposée à des niveaux considérés comme faibles.

La loi de santé publique s'est fixé comme objectif de **réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (catégories 1 et 2¹) par diminution des niveaux d'exposition**. Les études portant sur les expositions aux risques sont des études transversales qui apportent des informations extrêmement utiles pour la connaissance du niveau d'exposition au risque mais qui ne permettent pas l'analyse de relations entre expositions et santé. Trois objectifs préalables ont donc été fixés : 1. évaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer ; 2. systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur les lieux de travail ; 3. développement de la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de personnes exposées aux agents cancérogènes (catégories 1 et 2) par secteur d'activité et par type de substance pour les 7 principales substances cancérogènes

En 2003, 1,1 million de salariés étaient exposés à au moins un des produits cancérogènes appartenant aux catégories 1 ou 2¹ de la liste de l'Union européenne, soit 6,3 % des salariés du champ de l'enquête SUMER (secteur marchand et hôpitaux publics). Parmi eux, 930 000 étaient exposés à un des sept produits les plus fréquents, soit dans l'ordre d'importance les poussières de bois, le trichloréthylène, les goudrons de houille, le chrome et dérivés, l'amiante, les hydrocarbures halogénés et/ou nitrés et les fibres céramiques (tableau 1).

Les secteurs où les expositions sont les plus fréquentes sont la construction et les secteurs des biens intermédiaires et des biens de consommation. Les poussières de bois, agents cancérogènes les plus répandus parmi ceux reconnus par l'UE, concernent de nombreux secteurs, la construction (12 % des salariés) les industries de biens de consommation (6 %), l'agriculture (6 %) et les industries des biens intermédiaires (4 %).

Pour tous ces produits, ce sont les ouvriers qui sont les plus exposés, en général deux fois plus que la moyenne des salariés. Les employés sont les moins exposés. Les professions intermédiaires de production subissent une exposition identique à la moyenne des salariés.

Pour une proportion importante des salariés ainsi exposés, aucune protection collective ou individuelle n'est mise à disposition : 46 % des salariés exposés au trichloréthylène sont dans ce cas, pour 41 % des salariés exposés aux poussières de bois ou aux fibres céramiques, 39 % des salariés exposés à l'amiante, 32 % des sala-

riés exposés au chrome ou aux hydrocarbures halogénés, et 30 % aux goudrons de houille.

Les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes du fait de leur prédominance parmi les ouvriers.

L'âge des salariés ne semble pas jouer un rôle important à l'exception du cas des poussières de bois pour lesquelles les moins de 25 ans sont plus exposés, et les quinquagénaires moins exposés que la moyenne. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DARES.

Mise à jour de la fiche septembre 2006.

1. **Catégorie 1** : substances que l'on sait être cancérigènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition de l'homme à de telles substances et l'apparition d'un cancer.

Catégorie 2 : substances devant être assimilées à des substances cancérigènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances peut provoquer un cancer. Cette présomption est généralement fondée sur : des études appropriées à long terme sur l'animal, d'autres informations appropriées.

synthèse

En 2003, 1,1 million de salariés étaient exposés à des produits cancérigènes classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne. Plus de 930 000 salariés étaient exposés à au moins un des sept produits les plus fréquents qui constituaient 85 % des produits cancérigènes. Ce sont des produits répandus principalement dans l'industrie et la construction qui touchent surtout les hommes ouvriers. De 30 à 46 % d'entre eux ne bénéficiaient alors d'aucune protection ni collective, ni individuelle.

Tableau 1 • Salariés exposés à au moins un des sept produits cancérigènes les plus fréquents (classification de l'Union européenne) (%)

Sexe	Poussières de bois	Trichloréthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Hommes	3,6	1,3	1,1	0,9	1,0	0,9	1,0
Femmes	0,3	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

Tranche d'âge	Poussières de bois	Trichloréthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Moins de 25 ans	3,4	0,7	0,8	0,7	0,6	0,5	1,0
25 à 29 ans	2,1	0,9	0,6	0,8	0,7	0,8	0,6
30 à 39 ans	2,3	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
40 à 49 ans	2,1	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5
50 ans et plus	1,5	1,0	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

Tableau 1 (suite) • Salariés exposés à au moins un des sept produits cancérogènes les plus fréquents (classification de l'Union européenne) (%)

Secteur d'activité économique**	Poussières de bois	Trichloréthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Agriculture, sylviculture, pêche*	6,2	0,1	0,4	0	0,3	0,1	0,1
Ind. agricoles et alimentaires	0,2	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ind. biens de consommation	6,4	2,6	0,2	0,5	0,4	1,4	0,2
Ind. automobiles	0,7	0,3	0,2	0,7	0	0,9	0,8
Ind. biens d'équipement	1,3	1,6	0,2	3,4	0,5	0,6	1,0
Ind. biens intermédiaires	3,6	2,3	0,6	2,5	0,3	1,7	1,3
Ind. énergétiques*	0,3	0,1	2,2	0,7	5,1	0,6	1,9
Construction	11,8	1,9	5,5	0,6	2,7	0,9	1,2
Commerce, réparation auto articles domestiques	1,2	1,0	0,2	0,3	1,0	0,5	1,3
Transports*	1,0	0,3	0,7	0,2	0,6	0,8	0,8
Activités financières	0,2	0,1	0,1	0	0,1	0	0
Activités immobilières	0,6	0,4	0	0	0,5	0	0,2
Services aux entreprises	1,1	0,6	0,5	0,5	0,3	0,5	0,2
Services aux particuliers	0,5	0,6	0,1	0,2	0	0,2	0
Éducation, santé action sociale*	1,0	0,3	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1
Administrations*	0,8	0,1	0	0	0,1	0,2	0,1
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

* Secteurs incomplets.

** Nomenclature d'activité française (NAF16).

Catégorie socioprofessionnelle	Poussières de bois	Trichloréthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1
Professions intermédiaires	1,0	0,8	0,5	0,7	0,5	0,8	0,5
Employés	0,4	0,1	0	0,1	0	0	0
Ouvriers	5,2	1,7	1,5	1,1	1,3	1,0	1,4
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.**SOURCES** • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 réalisée par la médecine du travail.**LIMITES ET BIAIS** • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.

En sont exclus les salariés :

- de la pêche,
- des mines,
- des transports urbains et maritimes,
- des administrations nationales et territoriales.

Cette identification repose, comme le prévoit la loi relative à la politique de santé publique, sur l'appartenance aux catégories 1 ou 2 de la classification européenne des produits cancérogènes. La publication de référence de la DARES (voir ci-dessous) fait aussi référence aux catégories 1 ou 2A du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Les produits certainement cancérigènes pour l'homme sont dans les catégories 1 du CIRC et de l'annexe de la directive européenne. Les produits probablement cancérigènes pour l'homme sont les catégories 2A du CIRC et 2 de la liste européenne.

La définition du CIRC donne une vision plus large des situations d'exposition à des produits cancérigènes que la définition de l'Union européenne. Les classements ne sont pas identiques dans les deux listes pour certains produits : par exemple les gaz d'échappement diesel sont en 2A pour le CIRC et ne sont pas classés dans la liste européenne, le perchloréthylène est classé 2A par le CIRC et 3 par l'Union européenne. A contrario, les fibres céramiques sont en catégorie 2 pour l'Union européenne et 2B pour le CIRC. Enfin les huiles minérales ne sont pas classées par l'union européenne, mais apparaissent dans le tableau 36bis des maladies professionnelles dans le cas d'utilisation à très haute température et sont classées 1 par le CIRC.

Selon que l'on se réfère à l'une ou l'autre liste, le nombre de situations d'expositions, c'est-à-dire de produits auxquels les salariés sont exposés, varie. Si on se réfère aux catégories 1 et 2 de l'Union européenne, SUMER recense 1,4 million de situations d'exposition concernant 1,1 million de salariés soit 6,3% des salariés. Si on se réfère aux catégories 1 et 2A du CIRC, le nombre de situations d'expositions est de 3,4 millions touchant 13,3% salariés. Enfin, si l'on prend en compte l'ensemble des catégories citées des deux listes, ce qui est le choix opéré dans le document de référence évoqué ci-dessus, SUMER repère 3,6 millions situations d'expositions concernant 13,4% des salariés.

RÉFÉRENCES •

- Guignon N., Sandret N., 2005, « Les expositions aux produits cancérigènes », *Premières synthèses*, DARES. 07-n°28.1.
- http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_h.html
- INRS, 2006, « Produits chimiques cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction ». <http://www.inrs.fr>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Exposition des enfants au plomb

L'intoxication par ingestion ou inhalation de plomb, appelée saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main/bouche). La loi de santé publique a ainsi pour objectif de **réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/L ; de passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008.**

L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la limitation puis de la suppression de l'usage du plomb tétraéthyle dans les essences (1^{er} janvier 2000). La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse présente 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. Les autres sources d'exposition sont les sites pollués par des activités industrielles, les canalisations d'eau potable en plomb, les plats en céramique d'origine artisanale, les cosmétiques traditionnels, les activités professionnelles ou de loisir des parents : récupération de métaux non ferreux, bricolage... Les symptômes de l'intoxication par le plomb sont peu spécifiques et passent souvent inaperçus ; le dépistage doit s'appuyer sur une recherche active des facteurs de risque d'exposition, surtout chez les enfants de moins de 3 ans.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie \geq 100 µg/L en population générale

L'enquête de prévalence menée en 1995 par l'INSERM et le Réseau national de santé publique (RNSP) a conduit à estimer à 2 % la proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant un niveau de plombémie correspondant à la définition du cas de saturnisme, soit 85 000 enfants. Une nouvelle enquête de prévalence sera réalisée par l'InVS en 2008.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme

L'activité de dépistage du saturnisme de l'enfant, relativement stable de 1995 à 2000, a nettement augmenté à partir de l'année 2001. Selon les données du système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE), le nombre annuel d'enfants de moins de 18 ans pour lesquels un test de plombémie a été réalisé a presque triplé entre 1995 et 2004, passant de 3 422 à 9 966. Le nombre total de tests de plombémies réalisés chez des enfants (primodépistage et suivi) a progressé de 120 % (tableau 1 ; graphique 1). L'activité de dépistage est toutefois répartie très inégalement sur

le territoire national : en 2004, la région Île-de-France représentait à elle seule les deux tiers de l'activité de dépistage (tableau 2).

Le nombre de cas incidents a diminué entre 1995 (923 cas) et 1998 (570 cas) puis est resté relativement stable. Il était de 598 cas en 2004 selon les données corrigées du SNSPE. Le nombre de cas incidents est très faible au regard des estimations de prévalence faites en 1996, ce qui peut s'expliquer à la fois par une diminution de la prévalence du saturnisme et par une activité de dépistage encore modeste : le taux annuel de dépistage des enfants de moins de 7 ans était en moyenne en France de 80 pour 100 000 entre 1995 et 2002 (c'est-à-dire que la probabilité pour un enfant d'avoir au moins un test de plombémie avant l'âge de

7 ans était de 0,6 %). Le taux annuel de dépistage était de 170 pour 100 000 en 2004. Les données de même nature ne sont pas disponibles dans des pays équivalents.

Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L parmi ceux qui ont été dépistés

La proportion d'enfants de moins de 18 ans ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L parmi ceux qui ont été dépistés décroît régulièrement ; elle est passée de 24,5 % à 5,1 % entre 1995 et 2004. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

Le cas de saturnisme de l'enfant est défini par « la constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang » (arrêté du 5 février 2004).

L'activité de dépistage s'adresse à des populations ciblées en fonction de facteurs de risque. Le taux de couverture du dépistage dans une population ciblée est variable ; la récupération des données n'est pas toujours exhaustive ; par ailleurs, la prescription d'une plombémie à un enfant est souvent décidée par le médecin à partir de facteurs de risque individuels. C'est pourquoi, il est rarement possible, sur une zone géographique donnée, de connaître la prévalence de l'imprégnation par le plomb à partir de données de dépistage.

Il est toutefois intéressant de noter la diminution du rendement des actions de dépistage du saturnisme, qui témoigne probablement d'une imprégnation moindre de la population, consécutive aux mesures de prévention environnementales.

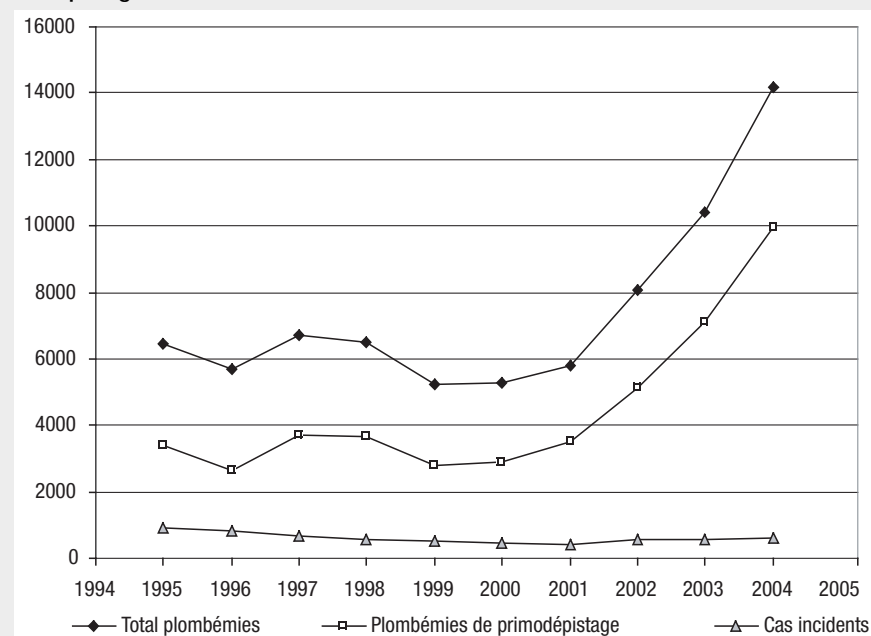
Tableau 1 • Évolution dans le temps de l'activité de dépistage, du rendement du dépistage et du nombre de cas incidents de saturnisme en France

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre total de plombémies (primodépistage et suivi)	6 432	5 692	6 719	6 479	5 208	5 258	5 776	8 069	10 406	14 179
Nombre de plombémies de primodépistage	3 422	2 620	3 714	3 660	2 808	2 887	3 494	5 148	7 092	9 966
Nombre ≥ 100 $\mu\text{g/L}$ au primodépistage	837	699	586	487	421	372	339	439	483	505
% ≥ 100 $\mu\text{g/L}$ au primodépistage	24,5 %	26,7 %	15,8 %	13,3 %	15,0 %	12,9 %	9,7 %	8,5 %	6,8 %	5,1 %
Nombre de cas incidents de saturnisme	923	821	661	570	513	466	413	560	564	598

Champ : France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

Sources : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant.

Graphique 1 • Évolution dans le temps de l'activité de dépistage, du rendement du dépistage et du nombre de cas incidents de saturnisme en France



NB : les plombémies totales comportent les plombémies de primodépistage (première plombémie réalisée chez un enfant) et les plombémies d'enfants déjà testés les années antérieures. Les cas incidents sont les enfants dont la plombémie est devenue supérieure ou égale à 100 $\mu\text{g/L}$ pour la première fois au cours de l'année ; il peut s'agir d'enfants primodépistés ou d'enfants dont la plombémie était inférieure à 100 $\mu\text{g/L}$ lors de tests réalisés les années antérieures.

Champ : France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

Sources : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant.

Tableau 2 • Part des régions dans l'activité de dépistage du saturnisme en 2004 (%)

Île-de-France	68,2
Nord-Pas-de-Calais	16,9
Rhône-Alpes	2,9
Aquitaine	1,8
Lorraine	1,3
PACA	1,2
Autres régions	6,9
Région non renseignée	0,7
Total*	100,0

* Ensemble des plombémies réalisées en 2004 chez des personnes mineures.

Champ : France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

Sources : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant.

CHAMP • France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

SOURCES • Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) mis en œuvre par les prescripteurs, les laboratoires, les centres antipoison et l'Institut de veille sanitaire - mai 2007.

LIMITES ET BIAIS • Ces données ne sont pas exhaustives ; l'exhaustivité du système de surveillance a été estimée par une enquête auprès des laboratoires à 81 % en 2003 et 90 % en 2004.

RÉFÉRENCE •

- <http://www.invs.sante.fr/surveillance/saturnisme.htm>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Exposition au radon dans les bâtiments publics

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle présent sur l'ensemble de la surface terrestre. Il provient surtout des sous-sols granitiques ou volcaniques ainsi que de certains matériaux de construction.

Les études épidémiologiques menées chez les mineurs de fond ont clairement montré des excès statistiquement significatifs de mortalité par cancer du poumon après exposition prolongée au radon. De fait, le Centre international de recherche sur le cancer a classé le radon comme cancérigène pulmonaire certain chez l'homme (groupe 1). Les récentes analyses conjointes des études cas-témoins menées directement en population générale ont permis de valider la persistance des risques pour des concentrations de radon habituelles dans l'habitat français. Toutes ces analyses permettent de conclure à une augmentation du risque de décès par cancer du poumon attribuable au radon présent dans les immeubles bâtis.

L'arrêté du 22 juillet 2004 relatif aux modalités de gestion du risque lié au radon dans les certaines catégories d'établissements ouverts au public¹ précise notamment la liste des 31 départements prioritaires. Les mesures de radon y sont rendues obligatoires. Tous ces départements ont lancé les mesures demandées. Ces mesures sont effectuées selon les normes AFNOR par des organismes agréés.

Dans ce contexte, la loi de santé publique se fixe comme objectif de **réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq.m⁻³.**

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage d'établissements scolaires et autres (sanitaires et sociaux) ayant des concentrations de radon supérieures à 400 Bq.m⁻³ parmi ceux des 31 départements considérés comme prioritaires

Un bilan de la campagne 2005-2006 montre que l'ensemble des 31 départements prioritaires (carte) avait initié des mesures; il en est de même pour 13 départements parmi ceux jugés non prioritaires. Au total, sur les 3 191 établissements contrôlés, 89 % sont en dessous du niveau d'action fixé par l'arrêté à 400 Bq.m⁻³ (tableau). Pour les autres, soit environ 11 % des établissements, il sera nécessaire de mettre en œuvre des actions destinées à

réduire l'exposition des personnes au radon, voire de réaliser des travaux. Plusieurs départements ne possèdent aucune valeur supérieure à 400 Bq.m⁻³ tandis que dans certains départements les pourcentages d'établissements au-dessus des niveaux d'actions sont supérieurs aux pourcentages nationaux (par exemple dans le Finistère, 19 % des établissements sont au-dessus du niveau d'action de 400 Bq.m⁻³ et 7,6 % sont au-dessus du niveau d'action de 1 000 Bq.m⁻³).

Ces résultats ne sont cependant pas représentatifs de la distribution des niveaux annuels de radon rencontrés dans l'ensemble de ces établissements. En effet, des corrections sont nécessaires pour prendre en compte la saisonnalité des concentrations de radon et le défaut d'exhaustivité des données.

Enfin, ces contrôles portent sur l'ensemble des établissements ouverts au public et couvrent donc un champ légèrement plus large que celui visé par la loi relative à la santé publique.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de couverture du programme de détection : pourcentage d'établissements où les mesures de radon ont été faites dans un programme de détection parmi les établissements du département

Actuellement de nouvelles campagnes de mesures sont en cours. La poursuite actuelle de ces campagnes de mesure du radon dans les établissements ouverts au public devrait permettre d'être exhaustif pour les départements prioritaires. Cela semble déjà être le cas pour certains types d'établissements comme les établissements publics d'enseignement (région Bretagne), et pour tous les établissements d'enseignement (Rhône, Territoire de Belfort, Doubs, Haute-Saône...). Par ailleurs des campagnes de mesure de radon ont été lancées dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux de plusieurs départements. L'ensemble de ces résultats devrait être synthétisé prochainement.

Impact du traitement sur les établissements : pourcentage d'établissements dont les concentrations de radon sont descendues au-dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil

Cet indicateur n'est pas encore disponible. Il pourrait être renseigné grâce à la synthèse prochaine des résultats issus des campagnes de mesures. ●

synthèse

Le radon présent dans les immeubles bâtis représente un enjeu de santé publique majeur. D'après une récente évaluation des risques, entre 5 et 12 % des décès par cancer du poumon observés chaque année en France seraient attribuables à l'exposition domestique à ce gaz radioactif soit entre 1 234 et 2 913 décès. La diminution de cet impact passe à la fois par la poursuite des campagnes de mesure et par la poursuite des études épidémiologiques afin notamment d'améliorer les connaissances sur l'interaction suggérée entre le tabac et le radon.

Ces dernières années, les campagnes de mesure du radon dans les établissements ouverts au public ont révélé qu'environ 11 % des établissements contrôlés étaient au-dessus du seuil d'action fixé à 400 Bq.m⁻³. Actuellement, ces campagnes continuent dans le but de couvrir l'ensemble des établissements ouverts au public des départements prioritaires.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juillet 2007.

1. Les catégories de lieux ouverts au public concernées par les mesures de radon sont : les établissements d'enseignement, y compris les bâtiments d'internat; les établissements sanitaires et sociaux disposant d'une capacité d'hébergement; les établissements thermaux; les établissements pénitentiaires.

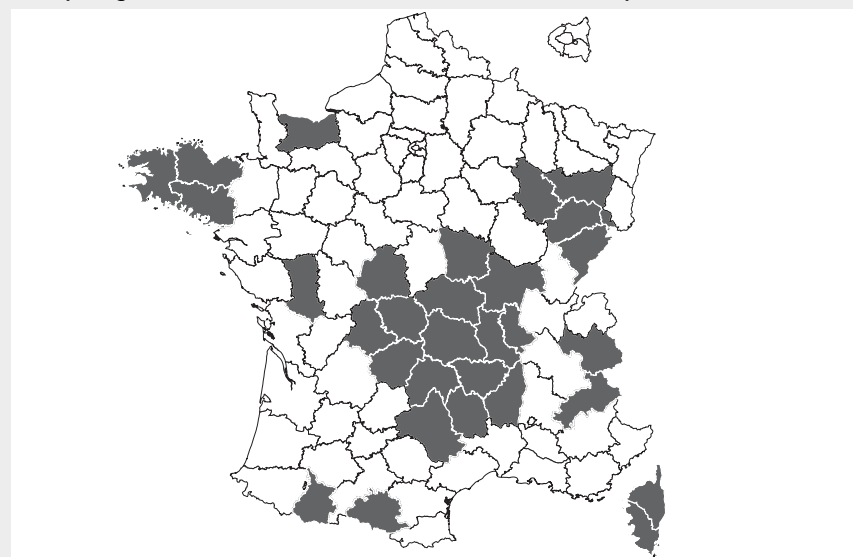
Tableau 1 • Résultats de mesure du radon dans des établissements ouverts au public lors des campagnes de mesure réalisées en 2005 et 2006

Départements prioritaires					Départements non prioritaires				
Départements	Nombre d'établissements investigués	Nombre d'établissements dont les concentrations de radon mesurées ont été :			Départements	Nombre d'établissements investigués	Nombre d'établissements dont les concentrations de radon mesurées ont été :		
		< 400 Bq.m ⁻³	entre 400 et 1 000 Bq.m ⁻³	> 1 000 Bq.m ⁻³			< 400 Bq.m ⁻³	entre 400 et 1 000 Bq.m ⁻³	> 1 000 Bq.m ⁻³
Allier	32	27	5	0	Ain	14	9	5	0
Hautes-Alpes	25	25	0	0	Ardennes	29	29	0	0
Ardeche	101	92	6	3	Aude	6	5	1	0
Ariège	19	10	8	1	Charente-Maritime	1	1	0	0
Aveyron	58	48	10	0	Côte-d'Or	33	31	2	0
Calvados	203	192	10	1	Gard	11	7	0	4
Cantal	7	6	0	1	Haute-Garonne	3	1	2	0
Corrèze	8	7	1	0	Maine-et-Loire	22	19	3	0
Corse-du-Sud et Haute-Corse	8	8	0	0	Meurthe-et-Moselle	3	2	0	1
Côtes d'Armor	54	47	6	1	Moselle	29	26	3	0
Creuse	14	11	3	0	Orne	10	10	0	0
Doubs	102	89	6	7	Vaucluse	1	1	0	0
Finistère	357	289	41	27	Yonne	69	67	1	1
Indre	26	26	0	0	Total	231	208	17	6
Loire	119	111	8	0	Pourcentage	100	90	7	3
Haute-Loire	15	12	2	1					
Lozère	33	27	2	4					
Haute-Marne	8	5	3	0					
Morbihan	200	170	20	10					
Nièvre	71	69	0	2					
Puy-de-Dôme	103	84	19	0					
Hautes-Pyrénées	19	16	3	0					
Rhône	429	416	11	2					
Haute-Saône	67	61	6	0					
Saône-et-Loire	257	244	12	1					
Savoie	92	86	6	0					
Deux-Sèvres	334	277	49	8					
Haute-Vienne	145	130	12	3					
Vosges	46	46	0	0					
Territoire de Belfort	8	8	0	0					
Total	2 960	2 639	249	72					
Pourcentage	100	89	8	2					

Champ : France entière.

Sources : ASN.

Carte des 31 départements prioritaires* pour la réalisation des campagnes de dépistage du radon dans les établissements recevant du public



* Pour ces départements une campagne de dépistage exhaustive est demandée. Pour les autres départements, il est demandé d'effectuer une étude géologique au préalable pour lancer ensuite des campagnes de dépistage ciblées géographiquement.

Champ : France entière.

Sources : DGS circulaire DGS n° 2001/303 du 2 juillet 2001 et arrêté du 22 juillet 2004 relatif aux modalités de gestion du risque lié au radon dans les lieux ouverts au public.

CHAMP • Départements français, établissements recevant du public : enseignement et médico-sociaux

SOURCES • Données campagnes radon, Autorité de sûreté nucléaire (ASN).

LIMITES ET BIAIS • Mesures issues de campagnes non exhaustives pour la plupart des départements. Cela devrait s'améliorer pour les prochains résultats.

RÉFÉRENCE •

- Sources DGS2000 : « Campagne 1999-2000 de mesure du radon dans les établissements recevant du public : bilan intermédiaire novembre 2000 », ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • ASN.

Exposition de la population aux polluants atmosphériques (1)

L'objectif proposé par la loi de santé publique (pour les polluants réglementés au plan européen, NO_x, ozone et particules en particulier) a été repris et précisé dans le Plan national santé-environnement :

1°) **réduire de 30 % les concentrations urbaines moyennes en particules PM10, PM2,5 (particules de moins de 10 et de 2,5 µm de diamètre) et ultrafines et de dioxyde d'azote, par rapport aux niveaux mesurés en 2002 ;**

2°) **réduire de 20 % les concentrations urbaines moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone, dioxyde de soufre).**

Les concentrations en PM10 sont mesurées par toutes les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air. Les particules PM2.5 ne sont actuellement mesurées que par certaines d'entre elles. Les concentrations en particules PM2.5 dans l'air sont en voie d'être réglementées au plan européen. Les indicateurs décrivent la moyenne annuelle (et le nombre de dépassements réglementaires) des concentrations en particules PM10, dioxyde d'azote (NO₂), ozone (O₃) et dioxyde de soufre (SO₂) et l'impact sanitaire attribuable à la pollution atmosphérique.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Concentrations moyennes annuelles en particules NO_x, PM10, SO₂, O₃ dans l'air ambiant

Les données sont exprimées en µg/m³ pour les années 2000 à 2006. Il s'agit des moyennes de concentrations annuelles calculées sur 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants (graphiques 1 à 4).

Pour le NO₂, les concentrations moyennes ont diminué régulièrement pendant cette période, avec toutefois une légère augmentation en 2003, à rapprocher des conditions climatiques exceptionnelles rencontrées pendant cette année.

Les moyennes annuelles de PM10, sont relativement stables entre 2000 et 2006, à l'exception d'une pointe en 2003 et d'une légère remontée en 2006. On note depuis 2004 une légère tendance à la hausse des moyennes annuelles et des valeurs extrêmes de PM10. Les hausses demeurent modestes cependant. Les niveaux de PM10 dans les villes françaises sont parmi les plus bas quand on les compare aux autres grandes villes européennes, les moyennes annuelles étant assez contrastées d'une ville à l'autre (variant entre 15 et 33 µg/m³ en 2006). Bien que les moyennes des concentrations en particules (PM10) soient plus faibles l'hiver que l'été, on constate que les épisodes de forte pollution sont observés plus fréquemment en hiver et souvent près des grands axes de circulation. Certains sites en milieu urbain et en sites de proximité « trafic »

risquent également de ne pouvoir atteindre les objectifs en matière de niveaux PM10 fixés pour 2010 par la directive 1999/30/CE¹ (des tendances semblables s'observent dans d'autres pays européens).

Les niveaux de SO₂, polluant lié à l'industrie et au chauffage urbain, sont actuellement, à de rares exceptions près, extrêmement faibles.

Pour l'ozone, le niveau de fond augmente depuis plusieurs années en France et en Europe, comme on le voit sur le graphique 4 qui présente la moyenne annuelle des concentrations observées en ozone depuis 1994 si l'on omet l'année 2003 qui présentait également pour ce polluant des niveaux exceptionnels en relation avec les conditions climatiques (canicule). L'augmentation des niveaux de fond d'ozone est à mettre en relation avec la non-linéarité des processus photochimiques impliqués dans la formation de ce polluant : dans nos régions la réduction des émissions de précurseurs n'a sans doute pas encore atteint des valeurs suffisantes pour se répercuter par des baisses importantes des niveaux en sites de fond. Les niveaux d'ozone les plus élevés s'observent en été dans les zones périurbaines et rurales et les seuils réglementaires sont souvent dépassés tous les ans, tant en France qu'en Europe (notamment les régions ensoleillées).

Fréquence de dépassement des seuils légaux (1 mesure par polluant)

En 2006, le nombre de déclenchements de

procédures² liés aux dépassements de seuil d'information, était disponible en France : 534 déclenchements d'une procédure préfectorale pour l'ozone étaient dénombrés du 1^{er} janvier au 31 décembre (tableau 1).

Nombre de personnes exposées à des dépassements de seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO₂ et ozone)

Cet indicateur est encore du domaine de la recherche. L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) a lancé une étude sur ce sujet en collaboration avec l'Institut français de l'environnement (IFEN). Les résultats devraient être disponibles à brève échéance. Les premières estimations de population potentiellement exposée au risque du seuil d'ozone pour la santé humaine (soit risque de plus de 25 jours d'exposition au seuil de 120 µg/m³ sur 8 heures en ozone) montrent que le nombre d'habitants concerné est compris entre 13 et 15,6 millions en 2004. Ces chiffres, en cours de validation, sont encore à considérer avec prudence.

Airparif a mené une étude en région parisienne dans le cadre du programme européen LIFEResolution sur le nombre de Franciliens

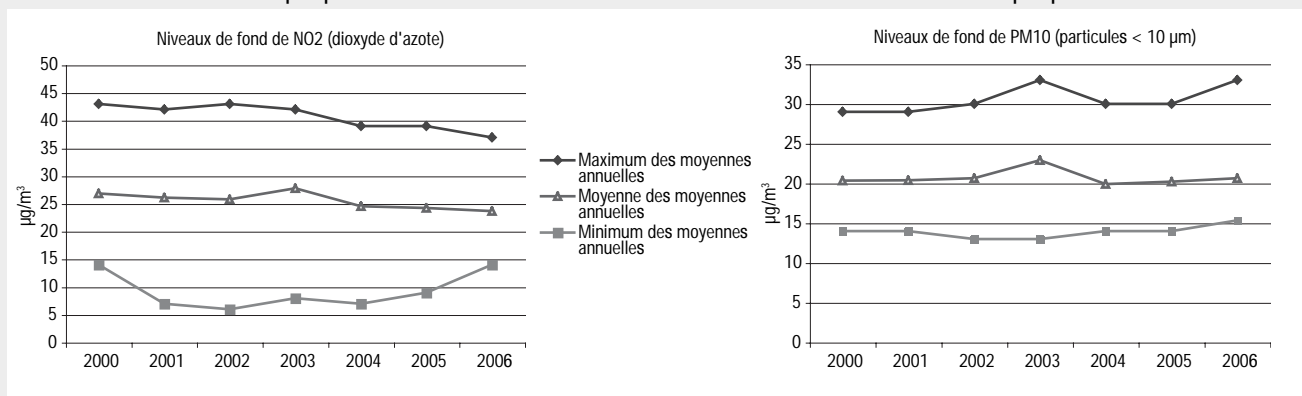
1. 20 µg/m³ par an et 50 µg/m³ par 24 heures (nombre maximal de dépassements permis = 7).

2. Les seuils d'information et d'alerte correspondent à deux niveaux de recommandation, le premier s'adressant aux populations ou aux sujets sensibles, le second à l'ensemble de la population.

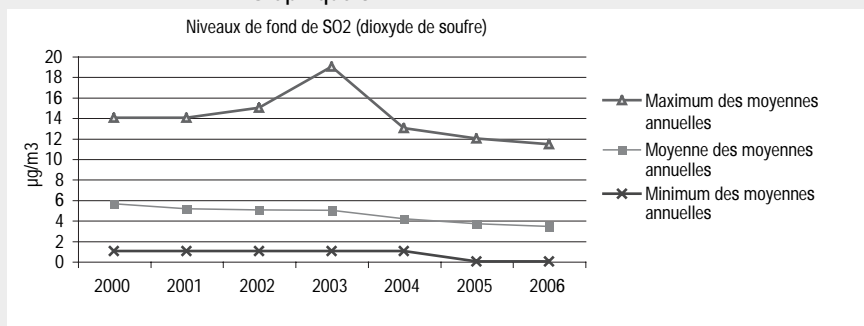
Évolution des niveaux de polluants en France de 1998 à 2006 pour 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants

Graphique 1 •

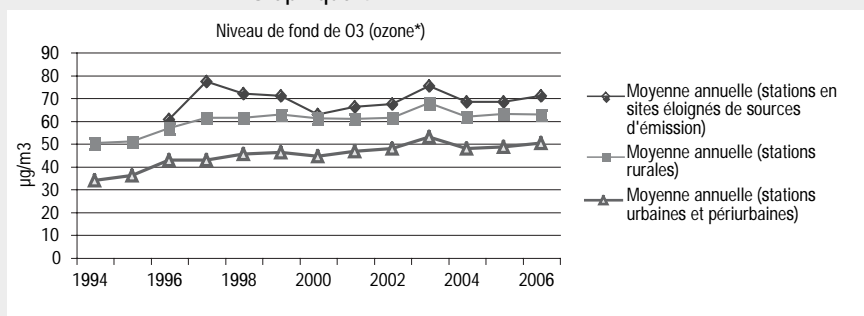
Graphique 2 •



Graphique 3 •



Graphique 4 •



* L'ozone est formée dans la troposphère au travers de processus photochimiques complexes à partir de composés précurseurs émis par des **sources** naturelles et les activités humaines (oxydes d'azote, composés organiques volatils, monoxyde de carbone). De plus, l'ozone a une durée de vie de quelques jours dans les basses couches de l'atmosphère, de sorte qu'il peut être transporté loin de sa zone de production. En raison de ces mécanismes les valeurs de fond les plus élevées se mesurent à distance des agglomérations.

Champ : France, 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Sources : ADEME-BDOA/fédération ATMO.

Tableau 1 • Nombre de déclenchements de procédures préfectorales* en 2006 en France

Polluant	Nombre de déclenchement du seuil de procédure d'information	Nombre de déclenchement du seuil de procédure d'alerte
Dioxyde d'azote	24	9
Ozone	534	57
Dioxyde de soufre	59	11

* Cette liste est établie en fonction des dépassements ou des risques de dépassements des seuils d'information et/ou d'alerte lorsqu'il y a déclenchement d'une procédure préfectorale.

Champ : France.

Sources : Déclaration des AASQA au MEDD via un système de saisie mis en place par l'ADEME.

Exposition de la population aux polluants atmosphériques (2)

concernés par des dépassements des objectifs pour le NO₂ et le benzène. Leurs résultats peuvent être consultés sur le site : <http://www.air-parif.asso.fr/airparif/pdf/3LIFE1.pdf>.

Évaluation de l'impact sanitaire à court terme de la pollution atmosphérique dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés

Dans le cadre du programme de surveillance Air et santé de l'InVS (Psas), un guide méthodologique pour l'évaluation des impacts sanitaires de la pollution atmosphérique dans les zones urbaines françaises a été diffusé et mis à jour. La méthode d'Évaluation des impacts sanitaires (EIS) se fonde sur les relations établies au moyen d'études épidémiologiques et liant les niveaux d'exposition au risque sanitaire pour évaluer le nombre de cas (décès, hospitalisations...) attribuables aux expositions à la pollution atmosphérique dans une situation locale donnée. Cette méthode permet également de comparer les bénéfices sanitaires attendus selon différents scénarios de réductions des niveaux de pollution atmosphérique.

À ce jour, des évaluations de l'impact sanitaire à court terme (sur la mortalité et les hospitalisations) de la pollution atmosphérique ont ainsi été réalisées dans 36 agglomérations françaises, dont 29 de plus de 100 000 habitants. De plus, 4 agglomérations ont fait l'objet d'une étude de faisabilité. Les résultats de ces évaluations ne peuvent cependant être somés, ou directement comparés entre villes en raison de différences trop importantes quant aux années prises pour référence et aux scénarios étudiés.

En revanche, dans le cadre de la participation du Psas au programme européen Apehs, une évaluation des impacts sanitaires à court terme de la pollution atmosphérique particulaire a été réalisée de façon standardisée dans neuf agglomérations françaises (Bordeaux, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rouen, Strasbourg, Toulouse). La population de ces neuf agglomérations représente au total environ 11 millions d'habitants. Les niveaux de pollution atmosphérique particulaire, caractérisée par les PM₁₀ (particules de diamètre aérodynamique inférieur à 10 µm), varient de 20 µg/m³ (à Bordeaux) à 27 µg/m³ (à Marseille)

en moyenne annuelle entre 2000 et 2002. Le nombre de jours par an où le niveau moyen journalier dépassait 20 µg/m³ variait de 144 (à Bordeaux) à 257 (à Marseille).

Le nombre de cas (décès) potentiellement évitables si les niveaux journaliers de PM₁₀ étaient ramenés à 20 µg/m³ lorsque ce niveau était dépassé, ou si les niveaux journaliers étaient systématiquement diminués de 5 µg/m³ ont été calculés (tableau 2).

La comparaison des résultats obtenus pour les EIS à très court terme et à court terme dans les neuf villes françaises par rapport aux autres villes européennes (graphique 5) montre une situation relativement favorable pour les villes françaises.

Cependant, bien que dans la totalité des neuf villes la norme à atteindre en moyenne annuelle pour 2005, fixée réglementairement à 40 µg/m³ pour les PM₁₀, soit respectée, une réduction, même minime, des niveaux de pollution atmosphérique particulaire serait susceptible d'induire des bénéfices en termes de décès évitables.

Enfin les impacts sanitaires calculés ici ne concernent que la mortalité en population générale, et ne représentent donc qu'une partie de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique particulaire : tous les effets en terme de morbidité ne sont pas pris en compte dans cette évaluation. Il s'agit donc d'estimations a minima. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

Au cours de la période 2000-2006, les niveaux de particules PM₁₀ sont restés stables en France. Dans les villes françaises ils sont parmi les plus bas quand on les compare à ceux des autres grandes villes européennes. Les concentrations moyennes de NO₂ ont diminué régulièrement pendant la même période alors que celles de SO₂ sont maintenant extrêmement faibles. Par contre, le niveau d'ozone enregistre une augmentation régulière entre 2000 et 2006. En 2006, le seuil d'information pour l'ozone a été dépassé 534 fois.

S'agissant de l'évaluation de l'impact sanitaire, si les niveaux journaliers de PM₁₀ étaient réduits de 5 µg/m³ dans les neuf villes du Programme de surveillance air et santé, environ 200 décès seraient potentiellement évitables du fait de la réduction des impacts à très court terme de l'exposition à la pollution atmosphérique particulaire. Si les niveaux moyens annuels de PM₁₀ étaient ramenés à 20 µg/m³, environ 1 900 décès seraient potentiellement évitables du fait de la réduction des impacts de l'exposition chronique à la pollution atmosphérique particulaire. Cette étude concernait environ 11 millions d'habitants, mais il ne s'agissait pas d'un échantillon représentatif de la population nationale.

Tableau 2 • Nombre annuel de décès toutes causes attribuables à la pollution atmosphérique dans neuf agglomérations françaises*

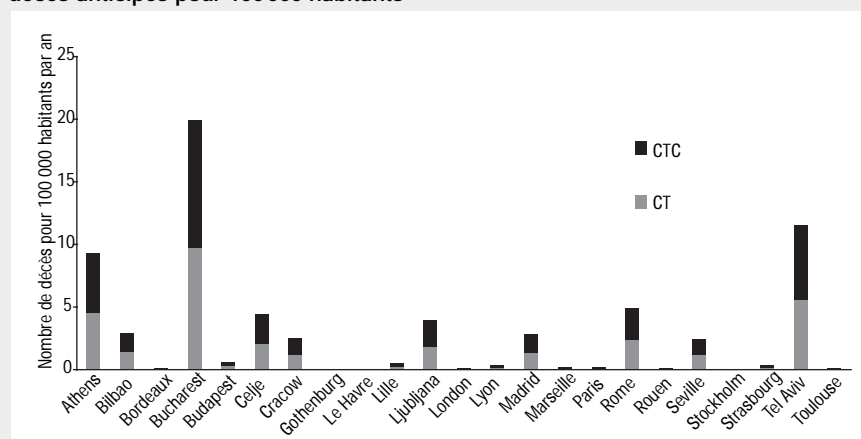
Indicateur sanitaire	Scénario de réduction des niveaux de pollution	Très court terme (0 à 1 jours après l'exposition)		Court terme (jusqu'à 40 jours après l'exposition)	
		Nombre de décès	Taux pour 100 000 hab.	Nombre de décès	Taux pour 100 000 hab.
Mortalité toutes causes non accidentelles	Réduction à 20 µg/m ³ (a)	233	2,06	478	4,23
	Réduction de 5 µg/m ³ (a)	240	2,12	483	4,27
Mortalité pour causes cardio-vasculaires	Réduction à 20 µg/m ³ (a)	106	0,94	160	1,41
	Réduction de 5 µg/m ³ (a)	112	0,99	166	1,47
Mortalité pour causes respiratoires	Réduction à 20 µg/m ³ (a)	43	0,38	135	1,19
	Réduction de 5 µg/m ³ (a)	40	0,35	128	1,13

* Bordeaux, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rouen, Strasbourg et Toulouse.

(a) Réduction des concentrations moyennes en PM10 journalières et annuelles respectivement pour les effets à court et à long terme.

Champ : France.

Sources : InVS.

Graphique 5 • Estimation d'impact sanitaire court terme (CT, soit 1 à 2 jours) et court terme cumulatif (CTC, soit 40 jours) sur la mortalité toutes causes dans des grandes villes européennes. Diminution de la concentration de PM10 à 50 µg/m³. Nombre de décès anticipés pour 100 000 habitants

Lecture : À Rome, au cours d'une année, une diminution de la concentration de PM10 à 50 µg/m³ aurait permis une baisse de la mortalité de 2,5 décès pour 100 000 habitants liés à l'effet à court terme (1 à 2 jours) et de 5 décès pour 100 000 habitants liés à l'effet à moyen terme (40 jours).

Champ : Europe.

Sources : Apeis Third-year report.

CHAMP • Agglomérations de plus de 100 000 habitants, population tous âges.

SOURCES • Niveaux des polluants et nombre de dépassements : ADEME ; Évaluations d'impact sanitaire : InVS pour la France et Programme Apeis pour les villes européennes.

LIMITES ET BIAIS • Causes de décès renseignées de façon imprécise par les praticiens, données d'hospitalisation extraites de la base PMSI des hôpitaux qui renseignent la pathologie ayant mobilisé le plus de ressources et non le diagnostic d'admission.

RÉFÉRENCES •

- ADEME : <http://www.ademe.fr>

- Psas-9 :

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/psas9/default.htm>- Apeis : <http://www.apais.net>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS/ADEME/BDQA/ATMO.

Qualité de l'eau

L'objectif de la loi de santé publique est de **diminuer par deux en 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.**

La directive européenne n° 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé des limites de qualité pour une quarantaine de paramètres. Pour les paramètres microbiologiques et pesticides les limites de qualité sont les suivantes :

- les germes indicateurs de contamination fécale *Escherichia coli* et entérocoques doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau prélevée ;
- les substances individualisées de pesticides ne doivent pas être présentes à une concentration supérieure à 0,1 µg/L.

Ce sont ces valeurs qui figurent dans le code de la santé publique. Le suivi des indicateurs microbiologiques et pesticides se justifie ainsi :

- la bonne qualité microbiologique des eaux d'alimentation est essentielle afin de limiter l'apparition de pathologies telles que les gastro-entérites (risque à court terme) ;
- la présence de pesticides dans l'eau potable donne des indicateurs pertinents de la dégradation des ressources en eau.

De plus, ces substances, même à faible dose d'exposition, sont susceptibles d'engendrer des effets sur la santé principalement dans le champ des cancers, des troubles neurologiques et de la reproduction.

La défaillance ou l'absence de système de désinfection des eaux sont généralement à l'origine des situations de non-conformité microbiologique recensées. L'instauration de périmètres de protection autour de l'ensemble des points de captage d'eau souterraine et superficielle, qui constitue un des objectifs du plan national santé-environnement à l'échéance de 2010, contribuera à améliorer la qualité microbiologique des eaux distribuées à la population.

Les ministres en charge de la santé, de l'agriculture, de l'écologie et de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes ont décidé, en juin 2006, de mettre en œuvre un nouveau plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides. Celui-ci vise à réduire leur utilisation et les risques qu'ils engendrent sur le plan sanitaire pour les utilisateurs de produits et les consommateurs de denrées, ainsi que leurs effets potentiels sur les différents compartiments de l'environnement (eau, air, sol) et la biodiversité.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques estimée par le rapport de la population ayant été 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

Au cours de l'année 2006, 4,4 % de la population a été alimentée par de l'eau du réseau public ayant été non conforme pour les paramètres microbiologiques.

Les zones géographiques où la qualité de l'eau ne respectait pas le plus souvent les limites de qualité microbiologiques correspondaient à celles où les réseaux d'adduction étaient les plus nombreux et desservaient peu de population (zones de montagne, zones rurales). Ainsi, 99,8 % des prélèvements étaient conformes pour les unités de distribution (UDI) de plus de 50 000 habitants contre 87,5 % pour les UDI de moins de 500 habitants.

Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides estimée à partir des informations fournies par les DDASS

Au cours de l'année 2006, 5,14 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres pesticides.

Les concentrations élevées et durables en pesticides dans les eaux ont nécessité de restreindre les usages alimentaires de l'eau de la distribution publique pour 111 000 personnes (0,18 % de la population française) au cours de l'année 2006. Les zones concernées par ce type de restriction étaient situées dans le bassin parisien et le quart Nord-Est de la France. ●

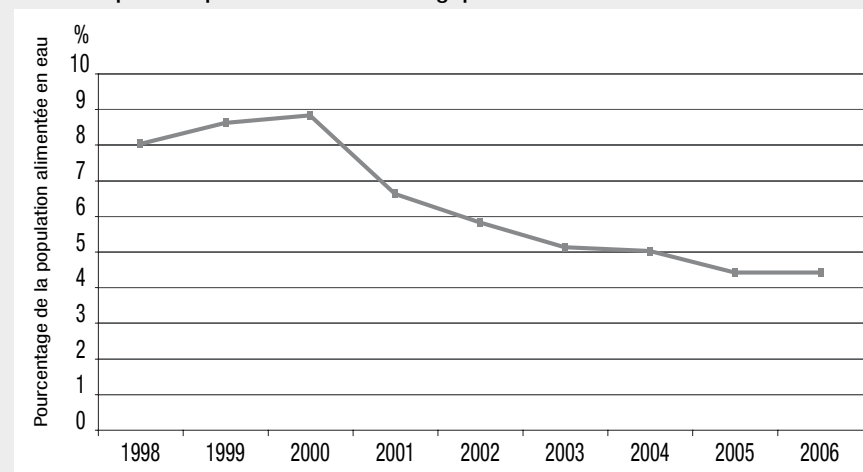
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DGS EA4.
Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

La proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au cours de l'année pour les paramètres microbiologiques a diminué de 3,9 % entre 2000 (8,8 %) et 2006 (4,4 %).

Cette tendance à l'amélioration semble durable et traduit les efforts faits par les responsables de la distribution d'eau et les services de l'État pour améliorer la qualité de l'eau de la distribution publique. S'agissant des pesticides la population alimentée par l'eau au moins une fois non conforme a diminué de 43 % entre 2003 et 2006. La proportion de personnes concernée en 2003 était de 9 % contre 5,14 % en 2006.

Graphique 1 • Proportion de la population desservie par une eau ayant été non conforme pour les paramètres microbiologiques



Champ : France entière.

Sources : Ministère chargé de la santé – DDASS - SISE-Eaux.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Données du contrôle sanitaire des eaux contenues dans la base de données SISE-Eaux (Système d'Information en Santé-Environnement sur les Eaux) et informations recueillies auprès des DDASS.

LIMITES ET BIAIS • Indicateur relatif aux paramètres microbiologiques : compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, l'indicateur de conformité des eaux pour ces paramètres se fonde, dans le cadre de cette synthèse, sur le respect des limites de qualité microbiologiques (*Escherichia coli* et entérocoques) pour 95 % des prélèvements réalisés annuellement. Indicateur relatif aux pesticides : des informations ne sont pas disponibles pour 0,7 % de la population.

RÉFÉRENCES •

- Les pesticides dans l'eau potable en France 2001-2003. Publication du ministère de la Santé et des Solidarités. Septembre 2005.

- L'eau potable en France 2002-2004. Publication du ministère de la Santé et des Solidarités, septembre 2005.

Ces rapports sont disponibles sur le site Internet du ministère chargé de la santé (www.sante.gouv.fr), dossier : eaux.

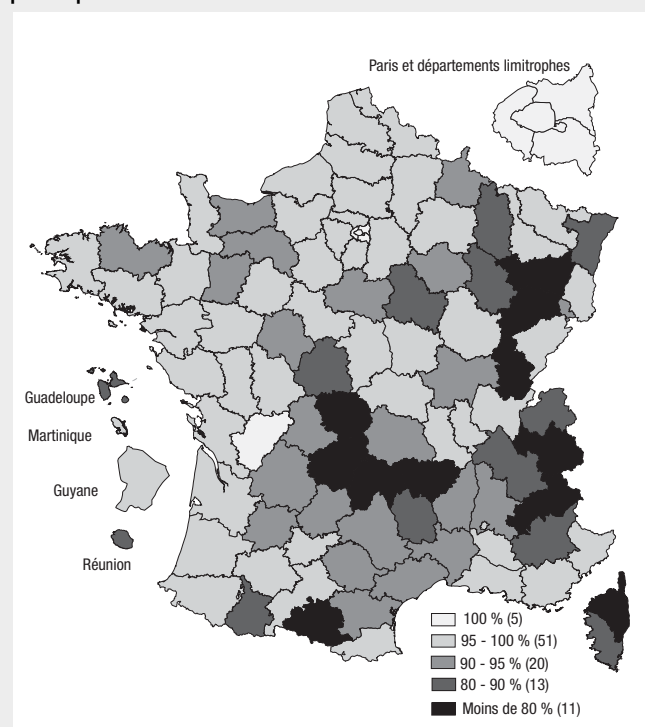
Tableau 1 • Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres pesticides (%)

Année	Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme dans l'année pour les paramètres pesticides
2003	9,0
2004	6,8
2005	6,2
2006	5,1

Champ : France entière.

Sources : Ministère chargé de la santé – DDASS - SISE-Eaux.

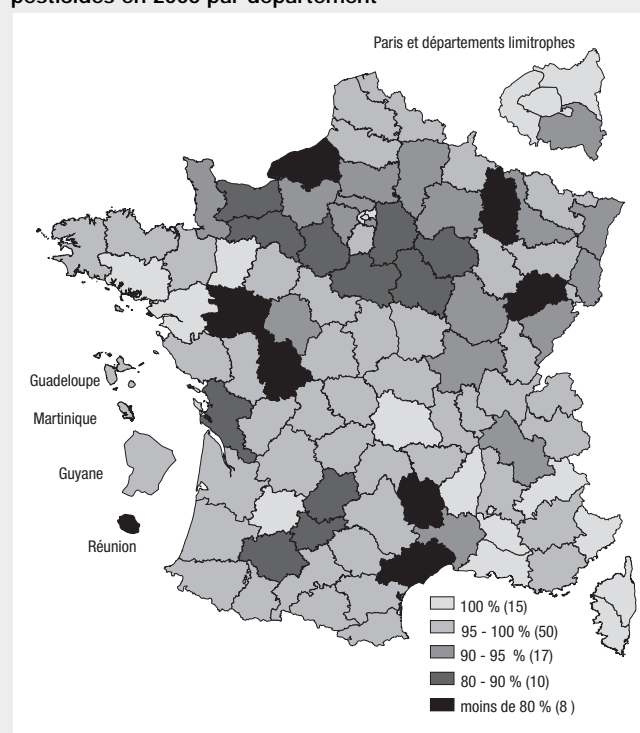
Carte 1 • Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres microbiologiques en 2006 par département



Champ : France entière.

Sources : Ministère chargé de la santé – DDASS - SISE-Eaux.

Carte 2 • Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres pesticides en 2006 par département



Champ : France entière.

Sources : Ministère chargé de la santé – DDASS - SISE-Eaux.

Intoxication au CO

L'un des objectifs du plan national santé environnement 2004-2008 vise essentiellement la réduction du risque accidentel lié à l'utilisation d'appareils, d'installations ou de moteurs thermiques produisant du CO. Cet objectif figure également dans la loi relative à la politique de santé publique et préconise de **réduire de 30 % en 2008 le risque de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone** (150 à 300 décès actuellement). La mortalité par intoxication au CO exclut à cet égard les décès liés à une intoxication volontaire (suicide) ou aux fumées d'incendie. Parmi les causes de décès, sont comptabilisées les intoxications au CO accidentelles survenues dans l'habitat, dans des locaux à usage collectif, en milieu professionnel, ou encore celles, plus rares, liées à l'usage de véhicules à moteur en mouvement¹. On différencie la mortalité par intoxication au CO « certaine » correspondant aux décès pour lesquels le CO est clairement identifié, de la mortalité « possible » qui adjoint des décès pour lesquels on ne peut affirmer que le gaz en cause est bien le CO. Les fourchettes de chiffres (décès certains/décès possibles) sont présentées, la mortalité n'étant qu'un indicateur partiel du problème de santé publique posé par l'intoxication au CO qui provoque plusieurs milliers d'hospitalisations chaque année, dont certaines suivies de séquelles irréversibles.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)

Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendie et suicide) a régulièrement diminué en France métropolitaine depuis la fin des années 1970 passant de 260/280 sur la période 1979-1984 (décès certains/décès possibles), à 174/183 sur la période 1990-1994 puis à 88/107 dans les années 2000 à 2004 (tableau 1). En 2004, on dénombrait 78 décès par intoxication au CO de cause certaine (hors incendie et suicide). Le nombre de décès possibles était de 97 si l'on considérait les intoxications pour lesquelles il n'était pas spécifié que la cause de décès était bien le CO.

Ces taux annuels bruts et standardisés de mortalité ont connu une décroissance régulière au cours du temps. En 2004, le taux brut de mortalité par intoxication au CO certaine était de 0,13/100 000 et le taux standardisé de 0,11/100 000, ce qui représentait une diminution de plus de 75 % par rapport à ceux de 1979. Sur la période 1990-2004, la décroissance annuelle moyenne du taux brut de mortalité atteignait 4,6 %, après standardisation sur l'âge, la décroissance était plus marquée avec 5,5 % en moyenne (graphique 1).

Depuis 1990, les décès hors suicides et incendies représentaient chaque année 35 à 46 % de l'ensemble des décès qui mettaient en cause de façon certaine le CO.

Les taux de mortalité annuels par intoxication au CO (hors incendie et suicide) sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et cela quelles que soient la classe d'âge et la période considérées. Les taux de mortalité par intoxication au CO augmentent avec la classe d'âge. En revanche la diminution de la mortalité décrite sur l'ensemble de la population française depuis les années 1980 s'observe dans les deux sexes et les différentes catégories d'âge (tableau 1).

Sur la période 2000 à 2004, la Corse était la seule région de France métropolitaine à avoir enregistré un seul décès par intoxication au CO parmi ses habitants. Dans les autres régions, le nombre moyen annuel de décès par intoxication au CO de cause certaine allait de 1 dans le Limousin, la Franche-Comté et l'Auvergne à 12 en Île-de-France. La région ayant le plus fort taux brut de décès par intoxication au CO de

cause certaine durant cette période était le Nord-Pas-de-Calais (0,29/100 000 habitants) tandis que le taux brut le plus bas était enregistré pour l'Auvergne (0,02/100 000 habitants). Il n'était pas identifié de gradient géographique particulier.

La situation de la France par rapport aux autres pays européens n'a pu être évaluée en l'absence de données internationales comparables. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche août 2007.

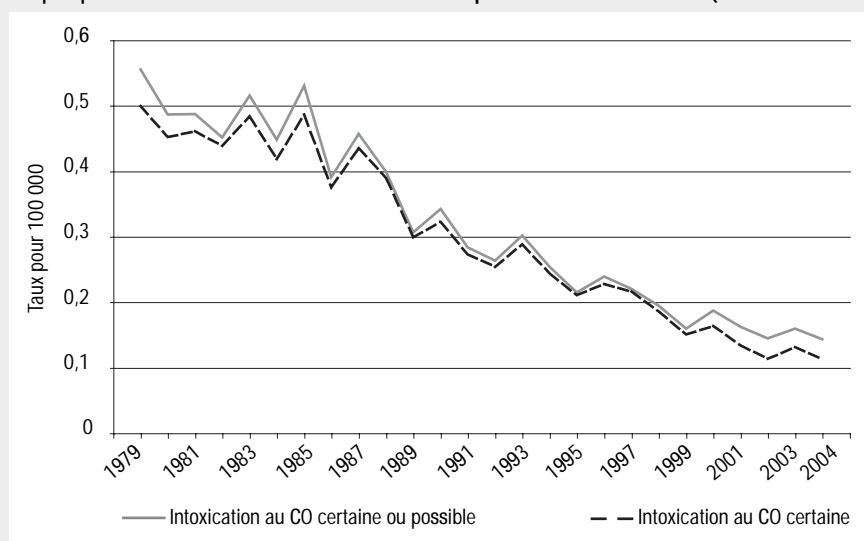
synthèse

Les décès par intoxication au CO accidentelle, hors incendie et suicide, représentent chaque année 35 à 46 % de l'ensemble des décès identifiés comme liés au CO.

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 bruts et standardisés sur l'âge de plus de 75 % en 20 ans. Le taux de mortalité standardisé sur l'âge a ainsi diminué de 5,5 % en moyenne annuelle sur la période 1990 à 2004. En 2004, dernière année disponible, les taux de mortalité bruts et standardisés étaient respectivement de 0,13 et 0,11 décès/100 000 habitants en France métropolitaine. La mortalité par intoxication au CO était plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmentait également avec la classe d'âge.

1. L'estimation indiquée dans le libellé de l'objectif (150 à 300 décès annuels) se réfère à des publications prenant en compte une définition large des cas (toutes intoxications y compris suicides et incendies).

Graphique 1 • Taux standardisés de mortalité par intoxication au CO (hors incendies et suicides) entre 1979 et 2004



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Tableau 1 • Nombre annuel moyen de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) et taux annuel moyen selon le sexe et la classe d'âge. Années 1979-1984, 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999 et 2000-2004

	1979-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004	
	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000
Femmes										
< 25 ans	28 (+1)	0,28 (+0,01)	21 (+1)	0,20 (+0,02)	10 (+0)	0,10 (+0,00)	8 (+0)	0,08 (+0,00)	6 (+0)	0,06 (+0,00)
25-44 ans	14 (+1)	0,19 (+0,01)	15 (+0)	0,18 (+0,00)	12 (+0)	0,14 (+0,00)	7 (+0)	0,08 (+0,00)	4 (+2)	0,05 (+0,02)
45-64 ans	13 (+1)	0,22 (+0,01)	13 (+0)	0,20 (+0,01)	16 (+1)	0,24 (+0,01)	9 (+0)	0,13 (+0,00)	8 (+1)	0,12 (+0,02)
65 ans	48 (+3)	1,07 (+0,06)	33 (+2)	0,65 (+0,03)	32 (+2)	0,70 (+0,03)	26 (+1)	0,49 (+0,01)	17 (+4)	0,42 (+0,10)
Total	103 (+6)	0,37 (+0,02)	81 (+3)	0,27 (+0,02)	69 (+3)	0,23 (+0,01)	50 (+1)	0,17 (+0,00)	35 (+7)	0,12 (+0,02)
Hommes										
< 25 ans	35 (+3)	0,34 (+0,02)	31 (+2)	0,30 (+0,02)	17 (+1)	0,17 (+0,01)	11 (+1)	0,12 (+0,00)	7 (+1)	0,07 (+0,01)
25-44 ans	50 (+3)	0,66 (+0,04)	50 (+2)	0,61 (+0,03)	33 (+1)	0,38 (+0,01)	23 (+1)	0,27 (+0,01)	14 (+4)	0,17 (+0,04)
45-64 ans	36 (+4)	0,64 (+0,06)	38 (+2)	0,62 (+0,04)	29 (+2)	0,47 (+0,02)	23 (+0)	0,35 (+0,01)	16 (+4)	0,23 (+0,06)
65 ans	38 (+3)	1,33 (+0,10)	40 (+1)	1,13 (+0,04)	26 (+2)	0,90 (+0,07)	23 (+1)	0,64 (+0,03)	16 (+3)	0,41 (+0,08)
Total	159 (+13)	0,60 (+0,05)	159 (+7)	0,56 (+0,03)	105 (+6)	0,38 (+0,02)	80 (+4)	0,28 (+0,02)	53 (+12)	0,19 (+0,04)

* Décès « certains » par intoxication au CO (+ nombre de décès supplémentaires possibles ou augmentation correspondante du taux, correspondant aux codes « mélangeant » gaz CO et autres gaz et, à partir de 2000, pour lesquels le gaz CO n'est pas mentionné dans le certificat de décès).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Causes médicales des décès (INSERM-CépiDc).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Tous décès dus au CO hors incendies et suicides : CO certain (= gaz CO identifié) : - CIM 9 (années < 2000) : code 986 en cause immédiate associé à un code d'intoxication accidentelle ou indéterminée quant à l'intention en cause principale ou E868.3/ 8/ 9 ou E982.1 en cause principale - CIM 10 (années 2000-2004) : T58 en diagnostic associé + intoxication accidentelle ou indéterminée quant à l'intention en cause initiale ou associée, ou V93, X47, Y17 et identification en clair du gaz CO dans le certificat de décès. CO possible (= gaz CO parmi d'autres gaz possibles) : - CIM 9 : E825, E844, E867, E868.0/ 1/ 2, E981.0/ 1/ 8, E982.0 en cause principale (et absence de N986) - CIM 10 : V93, X 47, Y17 en cause initiale ou associée (et absence d'individualisation en clair du gaz CO). Population de référence pour la standardisation : Eurostat, population Europe, IARC 1976.

LIMITES ET BIAIS • De nombreux codes font suspecter une intoxication au CO sans pouvoir l'affirmer, car ils mélangent les décès liés au CO et ceux liés à d'autres gaz. À partir des années 2000, aucun code sélectionné en diagnostic principal n'individualisait l'intoxication au CO et le code T58 « effets toxiques du CO » n'était pas systématiquement porté en diagnostic associé lorsque l'intoxication au CO était certifiée (code T58 présent pour seulement 13% des décès dont le certificat mentionne l'intoxication accidentelle au CO [années 2000 à 2004]). La prise en compte des causes de décès inscrites en clair dans le certificat a permis de redresser le nombre de décès « certains » par intoxication au CO de 2000 à 2004. Cette démarche a mis en évidence l'inadéquation du codage CIM 10 pour quantifier la mortalité par intoxication au CO diagnostiquée et la nécessité de recourir aux informations certifiées pour cet indicateur.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS, CépiDc.

Incidence de la légionellose

L'objectif de la loi de santé publique est de **réduire de 50 % l'incidence des légionelloses en 2008**. La légionellose est une maladie bactérienne transmise par voie respiratoire connue seulement depuis 1976. Elle se caractérise par des symptômes respiratoires aigus avec une mortalité non négligeable pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, éthyliques diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques...). L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation. À cet égard, le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait aussi favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de nouveaux cas de légionellose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

En 2006, 1 443 cas de légionellose étaient notifiés, soit une incidence de 2,3 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Cette incidence, en apparence élevée (incidence moyenne européenne de 1,1 pour 100 000 habitants en 2006) peut-être mise au compte d'une meilleure performance du système de déclaration.

L'incidence de la légionellose en France augmente depuis 1997 suite au renforcement de la surveillance et la mise à disposition de nouveaux outils diagnostic (graphique 1). Aussi, l'évolution des cas déclarés entre 1997 et 2006, semble plus refléter l'amélioration des pratiques diagnostiques et de la déclaration obligatoire que l'évolution réelle de l'incidence. Il est cependant difficile de préciser dans quelle mesure l'augmentation est due à une meilleure sensibilité du système de surveillance, ou à une augmentation réelle des cas de légionelloses, ou à une combinaison des deux. Par ailleurs,

l'incidence nationale prend en compte des cas sporadiques ainsi que des épidémies pour lesquelles une source unique d'exposition peut être à l'origine d'un nombre de cas relativement important.

La complexité des processus et systèmes de production, d'acheminement et de distribution de l'eau doit être considérée dans son ensemble. Ainsi, l'incidence des légionelloses ne peut pas être retenue en soi comme indicateur de qualité de l'eau.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre de décès et taux de mortalité par légionellose

Le nombre de décès par légionellose était peu élevé et s'élevait à 63 décès en 2000, 87 en 2001 et 65 en 2002. Ce nombre est de 83 en 2003 et 111 en 2004.

Le nombre et les taux de décès augmentent avec l'âge (tableau 1). Ils sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

Le nombre de cas de légionellose enregistré depuis 1997 est en augmentation, 1 443 cas ont été notifiés en 2006. Elle peut être due à l'amélioration de la surveillance et/ou du diagnostic, à une augmentation réelle des expositions aux légionelles, ou à une combinaison des deux. L'incidence observée en France métropolitaine est de 2,3 cas de légionelloses déclarées pour 100 000 habitants en 2006.

Graphique 1 • Taux d'incidence de la légionellose en France de 1988 à 2006

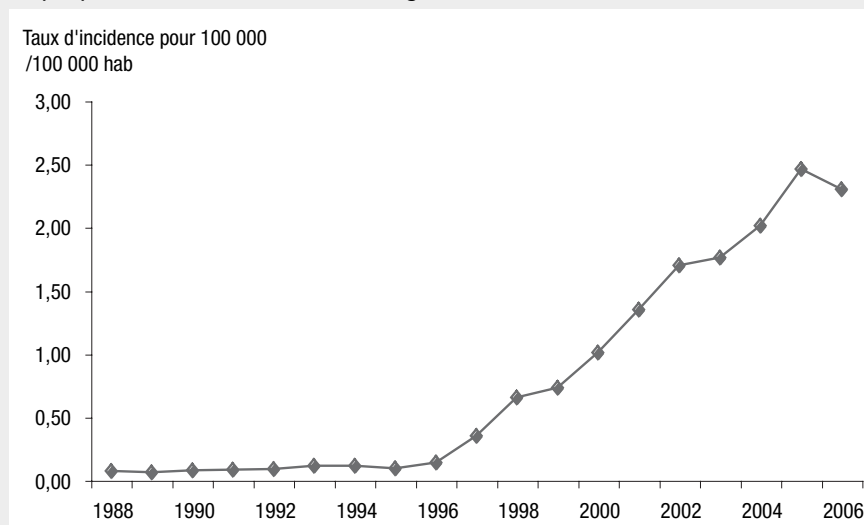
**CHAMP** • France entière.**SOURCES** • Statistiques démographiques (INSEE) ; Déclaration obligatoire (InVS).**LIMITES ET BIAIS** • Fortes disparités régionales quant à l'exhaustivité de la déclaration obligatoire. L'exhaustivité de la déclaration obligatoire s'améliore : estimée à 10 % en 1995, à 33 % en 1998, et à 48 % sur les cas confirmés en 2002 (mais dernière estimation fortement biaisée du fait de dépendances fortes entre les différentes sources de données).**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • InVS.**CHAMP** • France métropolitaine, années 2000, 2001, 2002, 2003 et 2004.**SOURCES** • INSERM-CépiDc.**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Code CIM 10 A 48 1.**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • INSERM-CépiDc.**Champ** : France entière.**Sources** : InVS.

Tableau 1 • Évolution entre 2000 et 2004 des taux de mortalité par légionellose

	Taux Bruts* de décès			Taux Standardisés **		
	Total	< 65 Ans	> 65 Ans	Total	< 65 Ans	> 65 Ans
2000	0,11	0,05	0,41	0,08	0,05	0,56
2001	0,15	0,06	0,57	0,11	0,06	0,78
2002	0,11	0,04	0,44	0,08	0,04	0,48
2003	0,14	0,05	0,57	0,10	0,05	0,52
2004	0,18	0,07	0,76	0,14	0,07	0,69

* Pour 100 000 habitants de la population moyenne de l'année en cours.

** Population type européenne - Pop Réf. : IARC 1976.

Champ : France métropolitaine.**Sources** : INSERM-CépiDc.

Séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène (1)

L'objectif fixé par la loi de santé publique est de **réduire le pourcentage de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % en 2008**. Le terme « iatrogène » présume que l'on puisse imputer aux soins l'évènement indésirable avec un niveau de preuve suffisant. Cette imputabilité n'implique pas la notion d'erreur ou de faute et est souvent difficile à établir. Depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ce terme a été abandonné au profit de celui d'« événement indésirable grave (EIG) lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention ». La fréquence de 10 % repose sur une estimation imprécise, seule disponible au moment de la rédaction de la loi de santé publique. Le groupe de définition des indicateurs de suivi des objectifs a retenu 4 indicateurs approchés issus de 2 sources principales : une enquête ad hoc pour l'estimation de la densité d'incidence des EIG liés aux soins conduite en 2004 sur un échantillon aléatoire de 71 établissements de santé (ES) et les données issues de plusieurs réseaux de surveillance des infections nosocomiales (IN) mis en œuvre par le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des IN (Raisin) et proposés à tous les ES volontaires.

■ INDICATEUR APPROCHÉ

Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé

La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) a été réalisée en 2004. Elle a permis d'estimer à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation le nombre d'événements indésirables graves (EIG) survenus en cours d'hospitalisation dans les unités de court séjour, soit 350 000 à 460 000¹ EIG par an.

La densité d'incidence augmente avec l'âge, de 5,0 pour 1 000 journées d'hospitalisation pour les moins de 25 ans à 8,8 pour 1 000 pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

La densité d'incidence est égale 6,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation en médecine et à 7 pour 1 000 en chirurgie (cf. objectif 28 pour la question de l'évitabilité).

Près des deux tiers des EIG détectés en cours d'hospitalisation sont liés à un acte invasif (4,4 pour 1 000 journées), un peu plus du quart à des produits de santé (1,8 pour 1 000 journées). Enfin, la densité s'élève à 1,6 pour 1 000 pour les infections liées aux soins.

L'appréciation de la part liée aux soins et à l'état de santé dans la survenue de l'EIG est toutefois difficile, dans la mesure où il y a presque toujours intrication entre l'état de santé et les

soins dans la survenue d'un événement. Ainsi, pour 41 % des EIG, des éléments permettaient de penser que l'évènement clinique était attendu, compte tenu de l'évolution prévisible de la maladie ou de l'état du malade. La présomption du caractère indésirable lié aux soins est « assez probable » pour un peu moins du tiers des événements (32 %), « très probable » pour 34 % et « certaine » pour la même proportion.

La survenue d'EIG se traduit le plus souvent par une prolongation d'hospitalisation (76,6 % des EIG) éventuellement associée à d'autres complications : menace du pronostic vital (38,8 %) et/ou incapacité (24,5 %). Dans 8,4 % des cas, l'EIG était associé à un décès.

Les résultats des études publiées à l'étranger ne sont pas directement comparables dans la mesure où la plupart se fondent uniquement sur l'analyse rétrospective des dossiers des patients (séjours complets), alors que l'enquête ENEIS est fondée sur l'interrogation de l'équipe de soins. On y observe cependant une proportion comparable d'EIG liés à une intervention (entre 40 et 50 % de l'ensemble), de même que pour les EIG liés aux médicaments (entre 19 et 29 %).

Incidence des infections du site opératoire pour 100 interventions

Les infections du site opératoire (ISO) sont surveillées en France depuis 1999 par le réseau ISO-Raisin. De 1999 à 2005, 770 176 interventions (32,8 % en orthopédie, 20,7 % en chirur-

gie digestive et 11,5 % en gynécologie-obstétrique) ont été surveillées et 11 253 ISO recensées (incidence brute = 1,46 pour 100 patients opérés). Parmi ces ISO, 42 % étaient des infections profondes. L'incidence des ISO variait selon le type d'intervention et le niveau de risque infectieux des patients (score NNIS)². Ainsi, l'incidence des ISO variait de 0,9 % pour les patients à faible risque (index NNIS 0) à 13,3 % pour les patients à haut risque (index NNIS 3).

L'incidence brute des ISO (tous types d'intervention confondus) a diminué de 2,04 % en 1999 à 1,37 % en 2005. Parmi les patients à faible risque (NNIS 0), l'incidence des ISO a diminué de 1,1 % en 1999 à 0,78 % en 2005 (-29 %); elle a diminué par exemple de 60 % pour les cures de hernie de paroi abdominale, de 33 % pour la chirurgie du colon, de 37 % pour les césariennes, et de 57 % pour la chirurgie des veines périphériques (tableau 5). Ces résultats sont en faveur d'un impact de

1. Chiffre actualisé en janvier 2009.

2. Le score NNIS, calculé après l'intervention, varie de 0 à 3 selon : (i) le degré de contamination initiale de la plaie (0 = chirurgie propre ou propre contaminée; 1 = chirurgie contaminée, sale ou infectée), (ii) le score pré-anesthésique ASA (0 = patient en bonne santé ou présentant une atteinte modérée d'une grande fonction; 1 = patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction ou patient moribond) et (iii) la durée d'intervention (délai incision/fermeture) 0 = durée inférieure ou égale au percentile 75 de la durée de chaque type d'intervention; 1 = durée supérieure au percentile 75.

Tableau 1 • Densité d'incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation

	Total	Intervalle de confiance à 95 %
Médecine	6,2	[4,9 ; 7,5]
Chirurgie	7,0	[5,8 ; 8,3]
Total	6,6	[5,7 ; 7,5]

Tableau 2 • Densité d'incidence selon l'âge [IC]

Densité d'incidence	< 25 ans pour 1 000 J.	25 - 64 ans pour 1 000 J.	65 - 84 ans pour 1 000 J.	85 ans ou + pour 1 000 J.
Ensemble des séjours	4,98 [2,4 - 7,5]	6,13 [4,7 - 7,5]	6,94 [5,5 - 8,4]	8,83 [5,3 - 12,3]

Tableau 3 • Mécanismes et exposition

Densité d'incidence	Pour 1 000 J.
Acte invasif	4,36
<i>dont intervention chirurgicales</i>	<i>3,23</i>
Produits de santé	1,77
<i>dont médicaments</i>	<i>1,29</i>
Infections liées aux soins	1,59

Note : La somme des densités est supérieure à la densité totale car un EIG peut relever de plusieurs expositions ou mécanismes.

Tableau 4 • Gravité des événements identifiés

Distribution	%
Prolongation*	76,6
<i>dont prolongation seule</i>	<i>41,0</i>
Pronostic vital*	38,8
Incapacité*	24,5
Décès	8,4

* Associé ou non à un autre critère de gravité.

Tableau 5 • Évolution de l'incidence des ISO (brute et en NNIS 0) de 1999 à 2005 pour les interventions les plus fréquentes

	Total	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Évolution*
Hernie de paroi abdominale									
Total	1,1	1,6	1,5	1,3	0,8	0,9	1,0	0,8	-50 %
NNIS 0	0,6	1,0	0,9	0,7	0,7	0,6	0,5	0,4	-60 %
Cholécystectomie									
Total	1,2	1,9	1,2	1,4	1,2	1,0	1,0	1,0	-46 %
NNIS 0	0,5	0,9	0,6	0,5	0,5	0,2	0,6	0,6	
Appendicectomie									
Total	2,9	4,0	3,3	2,5	3,6	2,4	3,0	2,5	-37 %
NNIS 0	1,3	1,5	1,6	0,9	0,9	1,5	1,7	1,3	
Chirurgie du côlon									
Total	9,0	11,7	10,0	9,4	7,3	8,4	9,3	8,1	-30 %
NNIS 0	6,9	10,8	6,5	8,2	4,4	6,0	6,4	7,3	-33 %
Prothèse de hanche									
Total	1,6	1,9	1,6	1,9	1,3	1,3	2,1	1,4	
NNIS 0	1,1	1,1	1,2	1,5	0,8	1,0	1,7	0,6	
Prothèse de genou									
Total	0,6	0,5	0,6	1,5	0,4	0,2	0,6	0,4	
NNIS 0	0,4	0,4	0,2	1,2	0,3	0,2	0,5	0,3	
Césarienne									
Total	2,6	3,7	2,5	3,0	2,3	2,4	2,7	2,4	-35 %
NNIS 0	2,4	3,6	2,2	2,5	2,0	2,3	2,7	2,3	-37 %
Chirurgie du sein									
Total	2,0	2,4	1,6	2,0	1,9	2,8	1,6	1,9	
NNIS 0	1,5	1,8	1,2	1,6	1,1	2,1	1,4	1,4	
Hystérectomie abdominale									
Total	3,0	3,7	2,8	3,5	3,0	3,4	2,3	2,3	
NNIS 0	2,4	3,0	2,0	2,8	2,5	2,5	2,4	1,5	
Chirurgie des veines périphériques									
Total	0,8	1,4	0,8	0,7	0,7	0,9	0,8	0,4	-71 %
NNIS 0	0,5	0,6	0,7	0,4	0,4	0,7	0,5	0,2	-57 %
Chirurgie urologique									
Total	2,9	3,2	3,8	3,7	3,1	2,1	2,3	2,8	
NNIS 0	2,0	1,7	2,9	2,5	2,7	1,4	1,4	1,7	
Prostatectomie									
Total	5,2	5,0	4,6	9,2	3,4	5,9	4,8	4,7	
NNIS 0	4,0	4,3	3,0	6,8	4,0	4,5	3,5	3,1	

CHAMP • France métropolitaine, services de médecine et chirurgie de court séjour.

SOURCES • Enquête ENEIS 2004.

LIMITES ET BIAS • Cette étude ne couvre que les unités de court séjour, hors obstétrique; le taux de participation des établissements sous OQN est sensiblement plus faible que pour ceux sous dotation globales.

RÉFÉRENCES •

- Michel P. *et al.*, 2005, « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », DREES, n° 398, mai.

- Michel P., Quenon J.-L., Dihoud A., Tricaud-Vialle S., De Sarasqueta A.-M., 2005, « Études nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) », Rapport final à la DREES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES-CCECOA.

CHAMP • France métropolitaine, services de chirurgie volontaires participant au réseau de surveillance Iso-Raisin.

SOURCES • InVS/Raisin, Surveillance Iso-Raisin, résultats 1999-2005.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Chaque année, les services participants volontaires doivent inclure 200 patients opérés et les suivre jusqu'au 30^e jour postopératoire. Numérateur : nombre de cas d'infection du site opératoire chez les patients opérés sur une période T. Dénominateur : nombre total de patients opérés sur la même période T.

LIMITES ET BIAS • Participation volontaire, couverture estimée à 20,5 % des ES français en 2003, sous-représentation des ES privés. Sous-estimation possible des taux liée en particulier à l'identification des ISO et aux modalités de suivi des patients après hospitalisation. Les tendances annuelles doivent être interprétées avec précaution car les services ayant participé aux deux années de surveillance peuvent être différents; le suivi d'une cohorte de services participant plusieurs années successives sera possible à partir de l'année 2004.

RÉFÉRENCES • Rapport ISO-Raisin 1999-2005.
<http://www.invs.sante.fr/raisin>

- Astagneau P., Olivier M. pour le groupe de travail ISO/Raisin. Surveillance des infections du site opératoire : résultats de la base de données nationale ISO-Raisin 1999-2004, *BEH* 2007 ; (12-13) : 97-100.

- Danet S., Régner B. pour le groupe de travail ANAES. Infections du site opératoire : limites de la surveillance pour des comparaisons entre services et établissements de santé, *BEH* 2007 ; (12-13) : 95-7.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

* Évolutions 1999-2005 « significatives »
(test du Chi2, p < 0,05).

Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS/Raisin, surveillance ISO-Raisin.

Séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène (2)

la surveillance et des mesures de prévention l'accompagnant (diminution de l'incidence des ISO), notamment chez les patients à faible risque infectieux et pour les interventions les plus fréquentes. Ils devront être confirmés sur une cohorte de services ayant participé à cette surveillance plusieurs années consécutives. L'impact du programme national de lutte contre les IN sur l'incidence des IN pour d'autres types d'interventions ou chez les patients à risque plus élevé reste à évaluer.

Densité d'incidence des bactériémies nosocomiales pour 1 000 jours d'hospitalisation

Les bactériémies nosocomiales (BN) sont surveillées en France depuis 2002 par le réseau BN-Raisin. Cette surveillance cible les BN acquises dans l'établissement de santé (ES) par un patient en hospitalisation complète. En 2004, 286 établissements de santé (CHU: 11%, CH: 56% et cliniques MCO: 24%) regroupant 117 630 lits (25% des lits français) ont participé à cette surveillance; 4 548 BN ont été recensées, soit une densité d'incidence de 0,45 BN pour 1 000 journées d'hospitalisation (JH). La densité d'incidence des BN était plus élevée en réanimation (3,85) que dans les autres spécialités de court séjour (0,61 en médecine adulte à 0,11 en gynécologie-obstétrique), de soins de suite et de réadaptation (0,21) ou de soins de longue durée (0,09). Elle était également plus élevée dans les centres de lutte contre le cancer (1,89) que dans les CHR/CHU (0,66), les CH (0,38) et les cliniques de médecine-chirurgie-obstétrique (0,42). Les cathéters (24,9%) et la porte d'entrée urinaire (24,8%) étaient les portes d'entrée le plus souvent identifiées. Les micro-organismes le plus souvent isolés de BN étaient les staphylocoques (32,6%; *S. aureus*: 18,1%, *S. à coagulase négative*: 14,5%) et *E. coli* (20,5%). La résistance à la méticilline concernait 41,4% des souches de *S. aureus* isolées de BN (soit 8,2% des BN). De même, 2,8%

des *E. coli* isolés étaient producteurs d'une bêta-lactamase à spectre étendu.

En 2002, la surveillance BN-Raisin recensait 5 203 BN acquises en hospitalisation complète dans 268^{es}, soit une densité d'incidence de 0,60 BN pour 1 000 JH. La densité d'incidence des BN est restée stable dans la plupart des spécialités (tableau 6). Elle a diminué en médecine adulte et en chirurgie, et augmenté en réanimation et en soins de longue durée. Ces comparaisons restent de portée limitée car les établissements ayant participé aux deux années de surveillance ne sont pas les mêmes.

Prévalence des infections nosocomiales pour 100 personnes hospitalisées un jour donné

Après une première enquête en 1990, la France propose depuis 1996 tous les 5 ans aux ES publics ou privés volontaires français une enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN). D'après l'enquête réalisée en 2006, la prévalence des patients infectés était de 4,97%. La prévalence des IN était de 5,38% (un patient peut avoir plusieurs infections). La prévalence des patients infectés était la plus élevée dans les centres de lutte contre le cancer (9,34%) et les CHU (6,73%) et la plus

basse dans les ES psychiatriques (1,84%). Elle était également plus élevée en réanimation (22,40%) et en soins de suite et réadaptation (7,09%). Les facteurs associés à une prévalence plus élevée étaient l'âge (65 ans et plus), le sexe (homme), l'indice de Mac Cabe (présence de comorbidités impliquant le décès dans les cinq ans), l'immunodépression, le cathétérisme vasculaire, le sondage urinaire et l'intubation trachéale. Trois localisations totalisaient 59,2% des IN: urinaire (30,3%), respiratoire haute (14,7%) et infection du site opératoire (14,2%). Les trois micro-organismes les plus fréquemment isolés d'une IN étaient: *E. coli* (24,7%), *S. aureus* (18,9%, dont 52% résistant à la méticilline) et *P. aeruginosa* (10,0%).

Entre 2001 et 2006 dans les 1 351 ES ayant participé aux deux enquêtes, la prévalence des patients infectés a diminué de 4,61% à 4,25% (-8%) (tableau 7). En tenant compte d'éventuelles modifications des caractéristiques des ES, des services et des patients inclus (analyse multivariée), cette diminution est estimée à -12%. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS - DREES.

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

On ne dispose que d'une enquête ponctuelle pour estimer la fréquence des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins dans les établissements de santé (ES). Selon l'enquête ENEIS, réalisée dans les unités de court séjour (à l'exception des services d'obstétrique) de 71 ES, la fréquence des EIG était estimée en 2004 à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation. En extrapolant ces résultats à l'ensemble des ES, on estime que le nombre total d'EIG survenant chaque année au cours d'une hospitalisation en France varierait entre 350 000 et 450 000.

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

Tableau 6 • Densité d'incidence des bactériémies nosocomiales pour 1 000 journées d'hospitalisation complète, par type d'activité (données provisoires)

	2002			2004		
	Nb BN	Nb JH	DI	Nb BN	Nb JH	DI
Global	5 203	16 640 959	0,41	4 558	10 037 730	0,45
Selon le type d'activité						
Total court séjour	4 652	7 730 512	0,60	4 018	6 614 080	0,61
<i>Dont Réanimation</i>	1 031	4 160 032	2,48	529	1 372 59	3,85
<i>Médecine adulte</i>	1 681	2 608 994	0,64	1 283	6 614 080	0,61
<i>Pédiatrie</i>	73	222 869	0,33	56	1 284 938	0,21
<i>Chirurgie</i>	708	1 440 866	0,49	647	2 138 712	0,09
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	41	409 504	0,10	39	340 633	0,11
Soins de suite et réadaptation	280	1 354 374	0,21	275	1 284 938	0,21
Soins de longue durée	209	3 131 815	0,07	187	2 138 712	0,09

BN : Bactériémie nosocomiale, JH : journée d'hospitalisation, DI : densité d'incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation complète.

Champ : France entière.

Sources : InVS/Raisin, surveillance BN-Raisin.

CHAMP • France entière. Services participants volontaires.

SOURCES • InVS/Raisin, surveillance BN-Raisin.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Surveillance en incidence, 3 mois (oct.-déc.) par an tous les 2 ans. Résultats restreints aux BN acquises en hospitalisation complète. Numérateur : nombre de bactériémies nosocomiales (apparues au cours ou à la suite de l'hospitalisation alors qu'elles étaient absentes à l'admission) détectées par hémocultures. Dénominateur : nombre total de journées d'hospitalisation complète durant la même période.

LIMITES ET BIAIS • Participation volontaire, couverture (estimée à 7,6 % des ES français en 2003). Les tendances annuelles doivent être interprétées avec précaution car les établissements ayant participé aux deux années de surveillance peuvent être différents.

RÉFÉRENCES • Rapport 2002 BN-Raisin. Surveillance des bactériémies nosocomiales ; Rapport 2004 BN-Raisin. Surveillance des bactériémies nosocomiales : <http://www.invs.sante.fr/raisin/>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Tableau 7 • Prévalence des patients infectés, par catégorie d'établissement de santé (ES) et année d'enquête

Catégorie d'ES	2001*			2006			Évolution (%)
	Patients	Infectés		Patients	Infectés		
		N	%		N	%	
CHR/CHU	59360	3822	6,44	57708	3489	6,05	-6,1
CH**	121683	5705	4,69	116430	5055	4,34	-7,4
- dont <300 lits	33784	1460	4,32	29613	1284	4,34	0,3
- dont >=300 lits	87899	4245	4,83	86817	3771	4,34	-10,1
CHS/Psy	24567	484	1,97	24066	441	1,83	-7,0
Hôpital local	8682	466	5,37	7216	335	4,64	-13,5
Clinique MCO	38286	1240	3,24	38361	1190	3,10	-4,2
- dont <100 lits	8374	217	2,59	7295	179	2,45	-5,3
- dont >=100 lits	29912	1023	3,42	31066	1011	3,25	-4,8
Hôpital des Armées	1719	78	4,54	1500	77	5,13	13,1
SSR/SLD	18882	753	3,99	19320	630	3,26	-18,2
CLCC	2066	182	8,81	2092	175	8,37	-5,0
Autre	4245	142	3,35	4454	129	2,90	-13,4
Total	279490	12872	4,61	271147	11521	4,25	-7,7

* Patients entrés le jour de l'enquête et bactériuries asymptomatiques exclus (pour une analyse à champ constant entre 2001 et 2006).

** Les établissements privés à but non lucratifs sont inclus dans la catégorie « Clinique MCO, CHS/PSY, SSR-SLP ou CLCC ».

Champ : France entière. Analyse restreinte aux 1 351 ES ayant participé aux deux enquêtes et aux infections nosocomiales acquises dans les établissements enquêtés.

Sources : InVS/Raisin, Enquêtes nationales de prévalence, France, 2001 et 2006.

CHAMP • France entière. 2 337 établissements de santé publics ou privés, volontaires pour participer à l'enquête 2006 (95 % des lits d'hospitalisation en France ; 358 353 patients inclus).

SOURCES • InVS/Raisin, Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, juin 2006.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Enquête de prévalence un jour donné. Numérateur : nombre de patients infectés ou nombre d'IN. Dénominateur : nombre de patients en hospitalisation complète présents un jour donné dans les établissements enquêtés. Les bactériuries asymptomatiques et les entrants du jour étaient exclus.

LIMITES ET BIAIS • Couverture excellente (enquête quasi exhaustive en 2006) ; les éventuelles limites sont liées à des variations dans l'application des méthodes de l'enquête selon les ES.

RÉFÉRENCES • Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 . <http://www.invs.sante.fr/enp2006>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation

L'objectif retenu par la loi de santé publique concerne la réduction de la iatrogénie médicamenteuse survenant en ambulatoire. Il s'agit de **réduire la fréquence de ces événements de 130 000 par an à moins de 90 000 en 2008**.

Les valeurs citées dans l'objectif sont issues de l'estimation faite par l'AFSSAPS dans l'étude réalisée par les centres régionaux de pharmacovigilance et porte sur un échantillon d'hôpitaux publics en 1998.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Fréquence et proportion des admissions hospitalières causées par des effets indésirables graves médicamenteux

Le nombre d'hospitalisations pour événements iatrogènes médicamenteux n'est pas une donnée produite en routine. Les premières données nationales disponibles sont issues de l'enquête menée par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) en 1998 : « Les hospitalisations dues à un effet indésirable médicamenteux : enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif des services de spécialités médicales des hôpitaux publics français ». L'objectif principal de cette enquête était d'estimer la fréquence des hospitalisations motivées par la survenue d'un effet indésirable médicamenteux. Le recueil et l'expertise ont été réalisés par des experts des 31 CRPV dans un échantillon représentatif des services de spécialités médicales (court séjour) : sur 3 137 malades hospitalisés au cours de la période d'enquête dans les services participant à cette étude, 100 l'avaient été pour un effet médicamenteux indésirable, soit 3,2 % des admissions¹ [2,37 % - 4,01 %].

L'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) réalisée en 2004 a été menée sur l'ensemble des événements indésirables dont ceux liés aux médica-

ments (effets indésirables des médicaments et erreurs de pratique dans leur utilisation) ; cette étude inclut tous les services de médecine et de chirurgie des établissements publics et privés. La proportion de l'ensemble des admissions en médecine et en chirurgie causées par des événements indésirables graves a été estimée à 3,9 % [3,3 % - 4,6 %], les deux tiers faisant suite à une prise en charge extra-hospitalière. Des médicaments étaient spécifiquement en cause pour 1,6 % des admissions [1,2 % - 2 %] (2,5 % en médecine et 0,8 % en chirurgie). 53 % étaient liés à des effets indésirables survenus dans des conditions normales d'emploi et 47 % ont été imputés aux pratiques de prescription ou d'observance. Si on limite l'analyse aux admissions dans les services de médecine des établissements publics, les événements indésirables graves médicamenteux observés par ENEIS y représentent 2,75 % des causes d'hospitalisation. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche juin 2006.

synthèse

L'étude réalisée en 1998 par les CRPV (centres régionaux de pharmacovigilance) 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'enquête nationale ENEIS réalisée en 2004 sur l'ensemble des établissements de santé et selon un protocole différent évaluait à 2,75 % 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.

1. Pouyanne P., Haramburu F., Imbs J.-L., Begaud B., French pharmacovigilance centres, 2000 « Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: a cross-sectional incidence study », *BMJ*; 320: 1036.

Tableau 1 • Proportion de séjours hospitaliers motivés par un événement indésirable lié aux médicaments en 2004 (%)

	Total	IC à 95 %	< 25 ans	25 - 64 ans	65 - 84 ans	85 ans ou +
Médecine	2,5	[1,7 ; 3,2]	1,4 [0,0 - 2,8]	1,5 [0,6 - 2,4]	2,8 [1,4 - 4,1]	7,8 [3,2 - 12,3]
Chirurgie	0,8	[0,4 ; 1,2]	0	0,8 [0,2 - 1,3]	0,95 [0,3 - 1,6]	2,4 [0,0 - 5,65]
Total	1,56	[1,16 ; 1,97]	0,5 [0,0 - 1,1]	1,0 [0,55 - 1,5]	1,8 [1,1 - 2,5]	5,4 [2,5 - 8,35]

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête ENEIS, 2004.

CHAMP • Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) : spécialités médicales CH et CHU. ENEIS : services de médecine et chirurgie de court séjour (France métropolitaine).

SOURCES • Enquêtes CRPV 1998 et ENEIS 2004.

LIMITES ET BIAIS • L'étude CRPV ne couvre que les services de spécialités médicales. L'étude ENEIS ne couvre que les unités de court séjour, hors obstétrique ; le taux de participation des établissements sous OQN (objectif quantifié national) est sensiblement plus faible que pour ceux sous dotation globale*.

RÉFÉRENCES •

- Pouyanne P., Haramburu F., Imbs J.-L., Begaud B., 2000, French Pharmacovigilance Centres, «Admissions To Hospital Caused By Adverse Drug Reactions: A Cross-Sectional Incidence Study», *BMJ*, 320: 1036.
- Michel P. *et al.*, 2005, «Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale», DREES, n° 398, mai.
- Michel P., Quenon J.-L., Djihoud A., Tricaud-Vialle S., De Sarasqueta A.-M., 2005, «Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (Eneis)», *Rapport DREES*.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CRPV : AFSSAPS ; ENEIS : DREES-CCECOA.

* Établissements publics et privés participant au service public.

Tableau 2 • Proportion de séjours hospitaliers motivés par un effet indésirable médicamenteux dans les services de spécialités médicales des établissements publics (%)

	1998 CRPV	2004 ENEIS*
Services de spécialités médicales (CHU, CH)	3,19	2,75

* Dans l'enquête ENEIS, il s'agit d'événements et non d'effets indésirables, comme dans l'enquête CRPV.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête CRPV et ENEIS.

Événements iatrogènes « évitables »

L'objectif retenu par la loi de santé publique est de **réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogènes évitables à l'hôpital et en ambulatoire.**

L'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) réalisée en 2004 et dont la réédition est discutée pour 2009-2010, permet d'estimer la fréquence des événements indésirables graves (EIG¹) survenant à l'hôpital, leur évitabilité ainsi que la proportion d'hospitalisations dont le motif est un EIG. Cependant, les événements iatrogènes survenant en ambulatoire ne conduisent pas tous à une hospitalisation, notamment parmi les plus graves, pour ceux qui on provoqué un décès.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) évitables en cours d'hospitalisation

L'enquête ENEIS réalisée en 2004 dans les unités de court séjour (à l'exception des services d'obstétrique) a estimé à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation la densité d'incidence des EIG identifiés en cours d'hospitalisation (tableau 1). Celle-ci tend à augmenter avec l'âge passant de 5 jours chez les moins de 25 ans à 8,8 jours chez les plus de 85 ans (tableau 2).

Le caractère évitable était exprimé sur une échelle de présomption à 6 degrés (caractère évitable : exclu, très peu probable, peu probable, assez probable, très probable, certain). Seuls les trois derniers étaient retenus comme des événements évitables. La densité imputée à des EIG évitables est ainsi estimée à 2,3 pour 1 000 journées d'hospitalisation et leur nombre total annuel, dans une fourchette comprise entre 120 000 et 190 000. Les densités sont similaires dans les services de médecine et de chirurgie, respectivement 2,4 et 2,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation (tableau 1).

La densité d'incidence des EIG évitables faisant suite à un acte invasif est de 1,4 pour 1 000 journées d'hospitalisation, contre 0,5 pour 1 000 journées pour les médicaments. La densité correspondant aux infections liées aux soins est estimée à 0,4 pour 1 000 journées d'hospitalisation (tableau 3).

Comme pour l'ensemble des EIG, la survenue d'EIG évitables se traduit le plus souvent par une prolongation d'hospitalisation (1,7 pour 1 000 jours d'hospitalisation) éventuellement associée à d'autres complications : menace du pronostic vital et/ou incapacité (tableau 4). Les organes les plus concernés par les EIG évitables sont le système cardio-pulmonaire (avec notamment les infections broncho-pulmonaires consécutives à des fausses routes, des pneumothorax liés à la pose de cathéters) et l'appareil digestif (complications à la suite d'intervention chirurgicale ou d'une endoscopie).

Proportion d'événements évitables parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation

Au total, parmi les EIG identifiés pendant la période d'hospitalisation, pour lesquels le degré d'évitabilité est renseigné, 35,9% ont été considérés comme évitables. Toutefois, le degré de présomption n'est pas identique pour tous les événements évitables : le caractère évitable a été estimé certain pour 8,3% des EIG, très probable pour 6,6% et assez probable pour 21% d'entre eux.

La proportion d'événements évitables parmi l'ensemble des EIG varie avec les mécanismes et expositions considérés. Ainsi, 32% des EIG liés à un acte invasif, 37% des EIG liés à un médicament et 25,5% des EIG liés à une infection ont été jugés évitables. La gravité et la complexité de la situation clinique des patients ayant eu un EIG évitable étaient fréquentes (relevées dans respectivement 70,6 et 57,8% des cas).

Cependant, dans 72,3% des cas, les médecins ou professionnels de santé auraient certainement pris en charge le patient de la même manière dans un contexte identique.

Proportion d'hospitalisations causées par un EIG évitable parmi les hospitalisations causées par un EIG

Cette seconde catégorie d'EIG concerne les événements survenus lors de soins ambulatoires qui sont à l'origine d'hospitalisations. La proportion d'hospitalisations causées par un événement indésirable lié aux soins est estimée à 3,9% (tableau 5). Près de la moitié d'entre eux ont été jugés évitables (46,4% de ceux pour lesquels le degré d'évitabilité est renseigné), soit 1,9% des

hospitalisations (2,3% en médecine et 1,5% en chirurgie); leur nombre total annuel se situe dans une fourchette comprise entre 125 000 et 205 000. L'évitabilité a été estimée certaine pour 6% des EIG à l'origine d'hospitalisation, très probable pour 14,1% et assez probable pour 26,3%.

La part des hospitalisations causées par des EIG évitables faisant suite à un acte invasif est estimée à 0,7% et pour les produits de santé à 0,9%. La proportion correspondant aux infections liées aux soins a été estimée à 0,4% des hospitalisations. Les EIG liés à l'administration de produits de santé (en particulier, de médicaments) ont été plus souvent jugés évitables que les autres EIG à l'origine d'une hospitalisation et c'est le cas d'environ la moitié d'entre eux (47%) contre moins de 30% de ceux liés, par exemple, à un acte invasif.

Comme les EIG survenant au cours de l'hospitalisation, les EIG qui ont été identifiés comme des causes d'hospitalisation ont tendance à être plus fréquents avec l'âge (tableau 6). Selon les études réalisées à l'étranger, la plupart à partir de revues de dossiers, la part de la iatrogénie globale évitable est estimée entre 27 et 51% des événements indésirables. Les résultats de l'étude ENEIS se situent dans cet intervalle, plutôt à la limite supérieure pour les EIG causes d'hospitalisation. La méthode utilisée dans ENEIS tend à identifier une plus grande proportion d'événements évitables que les revues de dossiers. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche juin 2006.

synthèse

La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (EIG) a été réalisée en 2004 dans les unités de court séjour de médecine et de chirurgie, à l'exception des services d'obstétrique.

Elle a permis d'estimer à 2,3 pour 1 000 journées d'hospitalisation le nombre d'événements indésirables graves évitables liés aux soins (EIG) survenus en cours d'hospitalisation. La part des EIG évitables représentait 36% de l'ensemble des EIG survenus au cours de l'hospitalisation.

Parallèlement, la part des séjours dont le motif était lié à un EIG considéré comme évitable a été estimée à 1,9%. La part des EIG évitables parmi les EIG « cause d'hospitalisation » était estimée quant à elle à 46% de l'ensemble des séjours causés par un EIG.

Événements indésirables graves évitables liés aux processus de soins en cours d'hospitalisation (tableaux 1 à 4)

Tableau 1 • Densité d'incidence (pour 1 000 jours d'hospitalisation)

	EIG		EIG évitables	
	Pour 1 000 J	IC 95 %	Pour 1 000 J	IC 95 %
Médecine	6,2	[4,9 ; 7,5]	2,4	[1,7 ; 3,2]
Chirurgie	7,0	[5,8 ; 8,3]	2,2	[1,5 ; 3,0]
Total	6,6	[5,7 ; 7,5]	2,3	[1,8 ; 2,9]

Champ : France métropolitaine.

Sources : Étude ENEIS-2004.

Tableau 2 • Densité d'incidence selon l'âge (pour 1 000 jours d'hospitalisation)

Densité d'incidence	< 25 ans	25 – 64 ans	65 – 84 ans	85 ans et +
Total	5,0 [2,4 – 7,5]	6,1 [4,7 – 7,5]	6,9 [5,5 – 8,4]	8,8 [5,3 – 12,3]
Dont évitables	2,4 [0,6 – 4,1]	2,3 [1,5 – 3,2]	2,0 [1,2 – 2,7]	4,2 [1,7 – 6,6]

Champ : France métropolitaine.

Sources : Étude ENEIS-2004.

Tableau 3 • Mécanismes et exposition

	EIG évitables	
	pour 1 000 J	IC 95 %
Acte invasif	1,4	[1,0 ; 1,8]
<i>dont lié à une intervention chirurgicale</i>	1	[0,6 ; 1,4]
Produits de santé	0,7	[0,4 ; 1,0]
<i>dont médicaments</i>	0,5	[0,3 ; 0,7]
Infections liées aux soins	0,4	[0,2 ; 0,6]
<i>dont infections du site opératoire</i>	0,02	[0,0 ; 0,4]

Un EIG peut être lié à plusieurs expositions ou mécanismes différents, donc la somme des densités est supérieure à la densité totale.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Étude ENEIS-2004.

Tableau 4 • Gravité des événements identifiés

	EIG évitables	
	pour 1 000 J	IC 95 %
Prolongation d'hospitalisation*	1,7	[1,3 ; 2,2]
dont prolongation seule	0,9	[0,7 ; 1,4]
Pronostic vital*	0,9	[0,6 ; 1,2]
Incapacité*	0,5	[0,3 ; 0,8]
Décès**	0,2	[0,04 ; 0,3]

* Associé ou non à un autre critère de gravité.

** Le fait que le décès soit associé à un EIG ne signifie pas forcément qu'il en soit directement la cause.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Étude ENEIS-2004.

EIG évitables « causes d'hospitalisation » (tableaux 5 et 6)

Tableau 5 • Proportion d'EIG évitables à l'origine d'hospitalisations (pour 100 hospitalisations)

	EIG		EIG évitables	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Médecine	4,6	[3,5 ; 5,6]	2,3	[1,6 ; 3,1]
Chirurgie	3,5	[2,8 ; 4,3]	1,5	[1,0 ; 2,1]
Total	3,9	[3,3 ; 4,6]	1,9	[1,4 ; 2,3]

Champ : France métropolitaine.

Sources : Étude ENEIS-2004.

Tableau 6 • Proportion selon l'âge (pour 100 hospitalisations)

Densité d'incidence	< 25 ans	25 – 64 ans	65 – 84 ans	85 ans et +
Total	2,8 [1,3 – 4,3]	3,1 [2,3 – 4,0]	4,8 [3,6 – 5,9]	7,6 [4,1 – 11,0]
Dont évitables	1,7 [0,5 – 2,8]	1,2 [0,7 – 1,6]	2,2 [1,4 – 3,0]	5,0 [2,1 – 7,8]

Champ : France métropolitaine.

Sources : Étude ENEIS-2004.

CHAMP • France métropolitaine, services de médecine et chirurgie de court séjour.

SOURCES • Enquête ENEIS 2004.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Densité d'incidence (fréquence de survenue des événements indésirables graves prenant en compte la durée d'exposition) et proportion d'événements indésirables graves.

Un événement indésirable lié aux soins est défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation. Les événements indésirables identifiés pendant la période d'observation ont été considérés comme graves à partir du moment où ils étaient susceptibles d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour, s'ils pouvaient être à l'origine d'un handicap ou d'une incapacité à la fin de l'hospitalisation ou s'ils étaient associés à une menace vitale ou à un décès. Tous les événements indésirables qui étaient à l'origine d'une hospitalisation étaient considérés comme graves. Le caractère évitable de chaque événement indésirable faisait l'objet d'une étude particulière. Un événement indésirable était considéré comme évitable si l'on pouvait estimer qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de cet événement.

LIMITES ET BIAIS • Cette étude ne couvre que les unités de court séjour, hors obstétrique; le taux de participation des établissements sous objectif quantifié national est sensiblement plus faible que ceux sous dotation globale (établissements publics et privés participants au service public).

RÉFÉRENCES •

- (1) Michel P. *et al.*, 2006, «Étude nationale sur les événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS)», DREES, *Série études*, n° 60, juin.
- (2) Michel P. *et al.*, 2005, «Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale», *Études et Résultats*, DREES, n° 398, mai.
- (3) Michel P., Quenon J.-L. *et al.*, 2003, «L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France», *Études et Résultats*, DREES, n° 219, février.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES – CCECOA.

Résistance aux antibiotiques (1)

La loi de santé publique a pour objectifs quantifiés à l'horizon 2008, premièrement, pour les pneumocoques responsables d'infections graves (méningites et bactériémies), de **réduire à moins de 30 % le taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline et à l'érythromycine et de stopper la progression de la résistance aux fluoroquinolones (< 0,5 %)**; deuxièmement, pour les staphylocoques dorés, de **réduire le taux de souches hospitalières résistant à la méticilline à 25 %**.

L'apparition de bactéries pathogènes résistant aux antibiotiques et leur diffusion dans les populations humaines constituent un problème majeur en infectiologie. Tandis que les perspectives de découverte de nouvelles classes d'antibiotiques sont réduites, ce phénomène préoccupe les pouvoirs publics qui engagent différentes mesures de prévention, donnant pour objectif à la loi de santé publique de maîtriser la progression de ces résistances. La mise en place, en 2001, d'un plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques a permis de prendre en compte en ville et à l'hôpital les questions posées par la lutte contre les résistances bactériennes et d'engager une réflexion sur les modalités de calcul des consommations d'antibiotiques. Parmi les objectifs du plan 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales figure également la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé.

Bactéries fréquemment isolées respectivement d'infections nosocomiales et d'infections communautaires, les staphylocoques dorés et les pneumocoques illustrent les problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. L'impact des résistances en termes de santé publique et l'évolution de la résistance bactérienne pour ces germes ont donc été retenus comme indicateurs. Par ailleurs, la diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est la principale voie de maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme troisième groupe d'indicateurs de maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Leur suivi dans le temps permet de mesurer l'évolution de l'exposition collective aux antibiotiques des populations, d'adapter les politiques de prescription individuelle et d'améliorer la qualité des traitements des patients en ville comme à l'hôpital.

Résistance des pneumocoques aux antibiotiques

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence des infections communautaires graves à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline

Cet indicateur est estimé par l'incidence des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline. Les résultats présentés sont restreints aux souches isolées du liquide céphalo-rachidien (LCR) pour lesquelles il est demandé aux laboratoires d'envoyer systématiquement les souches au centre national de référence (CNR) chez l'enfant (<16 ans) et chez l'adulte.

L'incidence des méningites à pneumocoque est estimée à plus de 11 par million d'habitants. Elle est 1,5 fois plus élevée chez les enfants que chez les adultes (tableaux 1 et 2). Cette incidence est présentée non seulement pour les souches de sensibilité diminuée à la pénicilline mais aussi pour les souches sensibles, afin de prendre en compte les variations globales de l'incidence des méningites à pneu-

mocoques dans un contexte d'introduction de la vaccination des enfants de moins de 2 ans par le vaccin pneumococcique conjugué heptavalent¹.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportions de souches de pneumocoque isolées d'infections invasives en fonction de leur sensibilité à différents antibiotiques

L'envoi au CNR est recommandé aux laboratoires pour toutes les souches invasives (méningites et bactériémies) isolées chez l'enfant et pour celles isolées de LCR (méningites) chez l'adulte.

→ souches de sensibilité diminuée à la pénicilline G (tableau 3) : la proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) de sensibilité diminuée à la pénicilline était de 34,5 % en 2005. Par rapport à 2001 une diminution relative de 27 % est observée ($p < 10^{-3}$), chez les

adultes (-21 %) comme chez les enfants (-36 %). La diminution la plus importante concerne les souches isolées uniquement de LCR chez l'enfant (-41 %) où la proportion de souches à sensibilité diminuée à la pénicilline était de 34 % (48/139) en 2005 contre 61 % (77/126) en 2001 ($p = 0,01$).

→ souches intermédiaires ou résistantes à l'érythromycine (tableau 3) : la proportion de souches intermédiaires ou résistantes à l'érythromycine a diminué en 2005 par rapport à 2001 (-16,6 % ; $p < 10^{-3}$).

→ souches intermédiaires ou résistantes aux fluoroquinolones (tableaux 3 et 4) : la proportion de souches intermédiaires ou résistantes aux fluoroquinolones est passée de 1 % en 2001 à 1,3 % en 2005. Les souches résistantes aux fluoroquinolones restent peu fréquentes en 2005, représentant 0,3 % (4/1 236) des souches de pneumocoques (tableau 4).

1. La vaccination antipneumococcique est recommandée depuis janvier 2003 pour les enfants présentant des facteurs de risque médicaux ou liés à leur mode de vie.

Tableau 1 • Incidence des méningites à pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline, France métropolitaine 2005

	Nombre de cas estimés*	Population	Taux*/ 1 000 000 habitants
Enfants (moins de 16 ans)	67	12 001 078	5,6
Adultes (16 ans et plus)	186	49 043 606	3,8
Tous âges	253	61 044 684	4,1

* Estimation à partir de l'incidence des cas de méningites à pneumocoques en 2005 (données Epibac, InVS) et de la proportion de PDSP observée en 2005 (données CNR).

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques et InVS.

Tableau 2 • Incidence des méningites à pneumocoque sensible à la pénicilline, France métropolitaine 2005

	Nombre de cas estimés*	Population	Taux*/ 1 000 000 habitants
Enfants (moins de 16 ans)	121	12 001 078	10,1
Adultes (16 ans et plus)	333	49 043 606	6,8
Tous âges	453	61 044 684	7,4

* Estimation à partir de l'incidence des cas de méningites à pneumocoques en 2005 (données Epibac, InVS) et de la proportion de souches sensibles observée en 2005 (données CNR).

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques et InVS.

Tableau 3 • Proportion de souches de pneumocoques intermédiaires (I) ou résistantes (R) isolées de bactériémie ou de méningites, France 2001-2003

	2001			2003			2005		
	I + R	Total	%	I + R	Total	%	I + R	Total	%
Tous âges									
Pénicilline G	693	1 473	47,0	597	1 390	42,9	427	1 236	34,5
Erythromycine	409	888	46,1	624	1 316	47,4	479	1 236	38,8
Fluoroquinolones	14	1 347	1,0	22	1 324	1,7	16	1 236	1,3
Enfants (moins de 16 ans)									
Pénicilline G	212	421	50,4	225	498	45,2	156	482	32,4
Erythromycine	125	256	48,8	255	474	53,8	166	482	34,4
Fluoroquinolones	1	391	0,3	3	470	0,6	4	482	0,8
Adultes (16 ans et plus)									
Pénicilline G	481	1 052	45,7	372	892	41,7	271	754	35,9
Erythromycine	284	632	44,9	369	842	43,8	313	754	41,5
Fluoroquinolones	13	956	1,4	19	854	2,2	12	754	1,6

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques.

Tableau 4 • Proportion de souches de pneumocoques résistantes (R) aux Fluoroquinolones isolées d'hémocultures ou de LCR, France 2001-2003

	2001			2003			2005		
	R	Total	%	R	Total	%	R	Total	%
Tous âges	4	1 347	0,3	3	1 324	0,2	4	1 236	0,3
Enfants (moins de 16 ans)	0	391	0,0	0	470	0,0	0	482	0,0
Adultes (16 ans et plus)	4	956	0,4	3	854	0,4	4	754	0,5

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques.

CHAMP • Patients chez lesquels un pneumocoque a été isolé (dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien). France métropolitaine.

SOURCES • Numérateur : Réseau Epibac (InVS) et Centre national de référence des pneumocoques (CNR). Dénominateur : INSEE population de l'année 2004.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'incidence des méningites à PDSP est estimée en extrapolant les pourcentages de PDSP observée par le réseau des CNR à l'incidence des méningites à pneumocoque estimée par le réseau Epibac. Ce réseau est composé de laboratoires hospitaliers volontaires recueillant le nombre de cas de méningites et de bactériémies. Il existe depuis 1991. L'incidence des infections invasives à pneumocoque est estimée en extrapolant le nombre de cas observés par les établissements participants à l'ensemble des établissements français sur la base de la part des entrées en médecine des établissements participant au réseau (79% en 2005). Les estimations sont de plus corri-

gées pour prendre en compte une sous-déclaration des cas par les laboratoires participants, estimée à 20% sur la base de différentes analyses capture-recapture effectuées entre 1996 et 2002.

LIMITES ET BIAIS • Participation des laboratoires basée sur le volontariat. Surreprésentation des souches d'hémocultures isolées chez l'enfant pour la résistance des pneumocoques.

RÉFÉRENCE

- Rapport CNR des pneumocoques 2005

http://www.invs.sante.fr/surveillance/cnr/rapport_cnr_pneumo_2005.pdf

- Réseau Epibac : surveillance des infections invasives à *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus agalactiae* (B) et *Streptococcus pyogenes* (A) en France métropolitaine. Disponible à l'adresse internet : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/epibac/index.htm>

Résistance aux antibiotiques (2)

Trois indicateurs sont retenus pour quantifier la résistance du *Staphylococcus aureus*¹ à la méticilline (SARM), l'objectif de la loi de santé publique étant de réduire le taux de SARM à 25 % en 2008 :

- la densité d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation, couramment utilisée pour refléter l'ampleur de l'épidémie des infections à SARM dans les établissements de santé ;
- la proportion de résistance au sein de l'espèce, très parlant pour les non-spécialistes et utilisé par les cliniciens pour guider leurs prescriptions ;
- la prévalence des infections nosocomiales à SARM un jour donné dans les établissements de santé français.

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux d'incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation et taux d'attaque pour 100 hospitalisations MCO

En 2004, la densité d'incidence des SARM exprimée pour 1 000 jours d'hospitalisation était de 0,62 tous types de séjours hospitaliers confondus. Elle était de 0,77 en court séjour (2,26 en réanimation) et de 0,39 en Soins de suite et de réadaptation et Soins de longue durée (SSR-SLD). L'impact de l'épidémie de SARM en réanimation s'explique principalement par la fragilité des patients et une charge en soins élevée dans ces services. Les densités d'incidence étaient plus faibles (0,45 à 0,62) dans les inter-régions Est, Ouest et Sud-Est où la proportion de journées d'hospitalisation en réanimation était la plus faible (1,6 à 2,1 %). Dans les inter-régions Nord et Sud-Ouest, où les proportions de journées d'hospitalisation en réanimation étaient plus élevées (de 2,2 à 5,8 %), elles variaient de 0,69 à 0,74.

Une diminution de l'incidence des SARM semble exister depuis 2002 (tableau 5). Elle est corroborée par l'évolution de la proportion de résistance au sein de l'espèce sur la même période. Néanmoins, son interprétation doit rester prudente car des établissements de santé différents peuvent participer chaque année. Le suivi d'une cohorte d'établissements de santé participant à la surveillance BMR-Raisin plusieurs années successives à partir de 2005 permettra de vérifier cette tendance.

En court séjour, le taux d'attaque des SARM pour 100 hospitalisations était en 2004 de 0,59

pour 100 patients ; il était de 0,51 en 2002 et 0,50 en 2003.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de souches hospitalières de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méticilline

Les données françaises transmises au réseau européen EARSS pour l'année 2005 mentionnent une proportion de souches hospitalières de *S. aureus* résistantes à la méticilline et isolées de bactériémies de 27 % (tableau 6). Elles situent la France parmi les pays où cette proportion de résistance est la plus élevée (Grande-Bretagne 44 %, Irlande 42 % et de 61 à 27 % dans les pays du Sud) alors que des pays du Nord (Hollande, Danemark, Finlande ou Suède) ont des proportions inférieures à 5 %. Depuis 2001, cette proportion tend à diminuer (33 % *versus* 27 % en 2005). Les résultats (préliminaires) de l'année 2006 confirment cette tendance (26 %).

En 2004, les réseaux hospitaliers de surveillance des BMR coordonnés par les CClin rapportaient que la proportion de souches hospitalières de *S. aureus* résistantes à la méticilline et isolées de prélèvements cliniques était en moyenne de 33,9 % (tous types de prélèvements confondus), variant de 29,5 à 37,6 % selon l'inter-région (tableau 7). En court séjour, la résistance des staphylocoques dorés au sein de l'espèce variait entre 25,4 et 33,4 % (moyenne = 29,7 %). Elle était presque deux fois plus élevée en SSR-SLD où elle variait entre 55,2 et 61,8 % (moyenne = 60,7 %). Ces moyennes étaient en baisse par rapport à

2002.

Prévalence des infections hospitalières à SARM

En 2006, une troisième enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (IN) a été proposée à tous les ES publics ou privés de France. Elle incluait tous les patients en hospitalisation complète sauf les entrants du jour. Au cours de cette enquête, 1 478 IN à SARM ont été identifiées chez 1 406 patients parmi les 358 353 enquêtés soit une prévalence des patients infectés à SARM de 0,39 pour 100 patients.

La comparaison des enquêtes 2001 et 2006 a été restreinte aux infections nosocomiales acquises dans les 1 351 ES ayant participé aux deux enquêtes. Elle montre que la prévalence des patients infectés à SARM dans cette population est passée de 0,49 % en 2001 à 0,29 % en 2006 (-41 %). La prévalence des patients infectés à SARM a diminué dans toutes les catégories d'ES.

1. Également dénommé Staphylocoque doré.

Tableau 5 • Densité d'incidence des Staphylocoques dorés résistant à la méticilline (SARM)

	2002 (478 établissements de santé)		2003 (488 établissements de santé)		2005 (527 établissements de santé)	
	Nombre de SARM	Incidence/1000 jours	Nombre de SARM	Incidence/1000 jours	Nombre de SARM	Incidence/1000 jours
Court séjour	7 116	0,79	6 408	0,85	5 872	0,77
dont réanimation	961	2,52	902	2,34	759	2,26
SSR-SLD	2 306	0,38	1 884	0,40	2 040	0,39
Total	9 422	0,63	8 292	0,68	7 912	0,62

SSR-SLD = soin de suite et réadaptation – soin de longue durée.

Champ : France entière. Sources : Données Raisin (prélèvements à visée diagnostique, tous sites).

Tableau 6 • Proportion de Staphylocoques dorés résistant à la méticilline (SARM) parmi les Staphylocoques dorés (prélèvements isolés de bactériémies)

	National		Azay-résistance (CHU)		Île-de-France (CHG)		Réussir	
	N S. aureus	% SARM	N S. aureus	% SARM	N S. aureus	% SARM	N S. aureus	% SARM
2001	1 713	33,3	1 487	33,0	262	36,6	-	-
2002	1 663	32,8	1 425	32,8	238	33,2	-	-
2003	1 708	28,9	1 453	29,0	285	31,9	-	-
2004*	3 347	28,7	1 600	26,0	319	28,2	1 428	31,4
2005	3 483	27,1	1 909	24,8	213	31,0	1 362	29,1
2006*	3 826	26,6	2 092	25,5	279	24,7	1 455	28,5

* Données provisoires

Champ : France entière. Sources : Données françaises EARSS (réseau Européen) et détaillées par réseau (Onerba) [Sélection des souches éligibles légèrement différente entre le réseau EARSS et le réseau Onerba].

Tableau 7 • Proportion de Staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) parmi les Staphylocoques dorés, données BMR de chaque CCLIN

	2002			2003			2005		
	CS (dont % en réa)	SSR-SLD	Tous séjours	CS (dont % en réa)	SSR-SLD	Tous séjours	CS (dont % en réa)	SSR-SLD	Tous séjours
CCLIN Nord Hors AP-HP	35,6 (37,1)	65,2	40,2	36,5 (39,1)	64,9	40,4	33,4 (30,7)	58,3	37,6
AP-HP	28,5 (28,7)	62,3	32,2	26,6 (30,4)	63,1	30,9	25,4 (24,9)	67,6	30,5
CCLIN Est	ND	ND	ND	30,5 (28,1)	51,2	33,0	31,3 (30,0)	61,9	34,9
CCLIN Ouest	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CCLIN Sud-Est	28,1 (24,8)	58,0	32,7	27,5 (23,9)	56,2	31,9	25,4 (23,2)	55,2	29,5
CCLIN Sud-Ouest	41,6 (35,0)	66,7	39,7	36,1 (36,5)	65,1	39,7	33,0 (30,5)	30,5	37,1

CS = court séjour, SSR-SLD = soin de suite et réadaptation - soins de longue durée, ND = non disponible

Sources : Données interrégionales des réseaux BMR (CCLIN). Les données par interrégion doivent être interprétées avec prudence car les variations peuvent être liées aux types d'ES ou de patients inclus.

Tableau 8 • Prévalence des patients infectés à staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM), par catégorie d'établissement de santé (ES) et année d'enquête

Catégorie d'ES	2001*			2006			Évolution (%)
	Patients	N	%	Patients	N	%	
CHR/CHU	59 360	419	0,71	57 708	217	0,38	-46,7
CH/CHG	121 683	676	0,56	116 430	407	0,35	-37,1
dont <300 lits	33 784	181	0,54	29 613	104	0,35	-34,4
dont >=300 lits	87 899	495	0,56	86 817	303	0,35	-38,0
CHS/Psy	24 567	19	0,08	24 066	7	0,03	-62,4
Hôpital local	8 682	43	0,50	7 216	32	0,44	-10,5
Clinique MCO	38 286	109	0,28	38 361	72	0,19	-34,1
dont <100 lits	8 374	19	0,23	7 295	10	0,14	-39,6
dont >=100 lits	29 912	90	0,30	31 066	62	0,20	-33,7
Hôpital des Armées	1 719	6	0,35	1 500	4	0,27	-23,6
SSR/SLD	18 882	64	0,34	19 320	31	0,16	-52,7
CLCC	2 066	10	0,48	2 092	6	0,29	-40,7
Autre	4 245	14	0,33	4 454	5	0,11	-66,0
Total	279 490	1 360	0,49	271 147	781	0,29	-40,8

* Patients entrés le jour de l'enquête et bactériuries asymptomatiques exclus.

Champ : France entière. Sources : Données des enquêtes nationales de prévalence, France, 2001 et 2006, Analyse restreinte aux 1 345 ES.

CHAMP • Patients en hospitalisation complète, établissements de santé volontaires, France entière.

SOURCES • Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) : données du réseau de surveillance des bactéries multirésistantes BMR-Raisin, données des enquêtes nationales de prévalence (ENP) 2001 et 2006; European Antibiotic Resistance Surveillance System (EARSS); Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA); Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

LIMITES ET BIAIS • Participation sur la base du volontariat. Sous-représentation des établissements de santé privés pour le réseau BMR-Raisin. Absence de cohorte d'établissements de santé participant à la surveillance BMR-Raisin.

RÉFÉRENCES •

Incidence pour 1000 journées d'hospitalisation

- Rapports BMR-Raisin 2004, 2003 et 2002 disponibles à l'adresse Internet suivante : http://www.invs.sante.fr/raisin_rubrique_surveillance

Proportion de résistance à la méticilline des souches hospitalières de Staphylocoques dorés

- Trystram D., Varon E., Péan Y., Grundmann H., Gutmann L., Jarlier V., Aubry-Damon H., 2004, « Réseau européen de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques (EARSS) : résultats 2002, place de la France », *BEH*; 32-33: 142-144.- 2005, European Antibiotic Resistance Surveillance System (EARSS) - Rapport disponible sur <http://www.rivm.nl/earss>

- 2004 et 2002, Rapports CCLIN Surveillance BMR.

- CCLIN Nord hors AP-HP sur <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/BMR/2004/RappBMR2004.pdf> - APHP (non publié) - CCLIN Est <http://www.cclin-est.org/> - CCLIN Sud Est sur <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/reseaux/bmr/RAPP2004.pdf> - CCLIN Sud Ouest <http://www.cclin-sudouest.com/enquete/MtdBMR04.zip> - CCLIN Ouest http://www.cclinouest.com/pages/surveill_bmr.html

Prévalence des infections hospitalières à SARM

- Rapports des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales 2001 et 2006, disponibles à l'adresse internet suivante : http://www.invs.sante.fr/raisin_rubrique_surveillance - Rapport final « Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 », à paraître fin 2007 à l'adresse internet suivante : <http://www.invs.sante.fr/enp2006>

Résistance aux antibiotiques (3)

En France, le système d'information concernant le suivi de la consommation d'antibiotiques est encore perfectible, notamment à l'hôpital. Les données actuellement disponibles sont celles de ventes d'antibiotiques à usage humain recueillies par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) auprès des fabricants, distinguant les ventes en officine et les ventes aux établissements de santé. Ces données participent à la surveillance européenne dans le cadre du réseau ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption).

Consommation antibiotique en santé humaine

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Consommation antibiotique en santé humaine : ventes

En 2005, les ventes en ville d'antibiotiques s'élevaient à 662,6 millions de doses définies journalières, soit 29 doses pour 1 000 habitants et par jour. Les pénicillines à large spectre représentaient plus du quart (26,7 %) des ventes totales d'antibiotiques ; les associations de pénicillines 21,0 % ; les tétracyclines 11,8 % et les céphalosporines (toutes générations confondues) 11,1 %.

Les ventes d'antibiotiques aux établissements hospitaliers publics et privés s'élevaient en 2005 à 59,6 millions de doses définies journalières, soit 2,6 doses pour mille habitants et

par jour. Les associations de pénicillines représentaient près d'un tiers (30,3 %) des ventes, les pénicillines à large spectre 17,7 %, les quinolones 13,6 %. Les données traitées depuis 1997 montrent que la consommation d'antibiotiques a diminué, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Malgré cette baisse, la France continue à se placer parmi les pays européens consommant le plus d'antibiotiques.

La légère reprise observée en 2005 peut être expliquée en ville par trois facteurs : (i) un facteur économique car la réforme des marges arrière de distribution a entraîné un surstockage de génériques (dont plusieurs antibiotiques très utilisés) ; (ii) un facteur épidémiologique, lié à la forte incidence des syndromes grippaux en 2005. Les substances

actives dont les ventes ont le plus fortement progressé sont celles qui sont habituellement prescrites pour ce type de pathologies ; (iii) un facteur méthodologique lié à la révision, en 2005, de certaines recommandations, conduisant à réévaluer, dans quelques cas, les posologies. En tout état de cause, les résultats de 2005 ne doivent pas être interprétés comme un retournement de tendance après plusieurs années de baisse. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS, DÉPARTEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES.
Mise à jour de la fiche août 2007.

synthèse

La proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) et de sensibilité diminuée à la pénicilline est de 34 % en 2005, en baisse par rapport à 2001 (47 %). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de LCR chez l'enfant : -44 % (34 % en 2005 contre 61 % en 2001).

Pour les SARM, une tendance à la baisse est également observée. En 2004, la densité d'incidence des SARM est égale à 0,62 pour 1 000 journées d'hospitalisation, tous types de séjours hospitaliers confondus (contre 0,63 en 2002 et 0,68 en 2003). Elle est plus élevée (0,77) en court séjour et plus faible (0,39) en soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée. Les données transmises au réseau européen EARSS par la France confirment cette tendance : la proportion de SARM au sein de l'espèce (souches isolées de bactériémies) est de 27 % en 2004 contre 33 % en 2001. Enfin, les données des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales réalisées en 2001 et 2006 sont en faveur d'une diminution importante de la prévalence un jour donné des patients infectés à SARM (-41 %) ; cette évolution est cohérente avec les données des sources précédentes. La France reste toutefois parmi les pays européens qui consomment le plus d'antibiotiques. Les données recueillies depuis 1997 révèlent une diminution encourageante de la consommation d'antibiotiques en ville depuis 1999 (-15 %) et à l'hôpital depuis 2001 (-19 %) ; la légère reprise en 2005 s'explique par des facteurs économique, épidémiologique et méthodologique.

Tableau 9 • Consommation antibiotique en santé humaine, en ville et à l'hôpital

Année	Villes			Hôpitaux		
	DDJ	DDJ/1 000 hab./J	% variation année précédente	DDJ	DDJ/1 000 hab./J	% variation année précédente
1997	706 380 978	33,2		67 455 745	3,2	
1998	720 803 806	33,8	+1,7	66 309 214	3,1	-2,0
1999	734 484 300	34,3	+1,4	67 029 652	3,1	0,6
2000	720 134 252	33,4	-2,5	66 287 625	3,1	-1,7
2001	714 426 374	33,0	-1,4	69 105 397	3,2	+3,6
2002	698 121 429	32,0	-2,9	67 056 669	3,1	-3,6
2003	653 459 574	28,9	-9,7	63 160 689	2,8	-9,1
2004	616 576 386	27,1	-6,2	55 995 423	2,5	-11,9
2005*	662 609 157	29,0	6,8	59 625 534	2,6	5,8

DDJ = dose définie journalière (rapportée au nombre d'habitants et par jour : DDJ/1 000 habitants/J), unité définie par l'OMS pour chaque dénomination commune comme étant une posologie journalière de référence pour un adulte de 70 kg dans l'indication principale du médicament dans son utilisation en ville

* Changement de DDJ pour la forme parentérale d'une substance active couramment utilisée dans les établissements hospitaliers (amoxicilline et inhibiteur de beta-lactamase : DDJ 2003 = 1 g, DDJ 2004 = 3 g).

Note : Il convient de noter que la consommation d'antibiotiques rapportée à 1 000 habitants et par jour concerne à 90 % la ville et à 10 % l'hôpital. Néanmoins, le potentiel sélectif des résistances est bien plus élevé à l'hôpital.

Champ : France entière.

Sources : AFSSAPS.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Données de ventes issues des déclarations de ventes effectuées auprès de l'AFSSAPS par les titulaires d'AMM dans le cadre de la taxe sur les spécialités (art. L 5121-18 du CSP, AFSSAPS) – mise à jour 2007. INSEE, Bilan démographique (données provisoires).

LIMITES ET BIAIS • Données de ventes et non de consommation. Calculs effectués sur la base d'une posologie standard internationale pour un adulte (DDJ).

RÉFÉRENCES •

- Guillemot D., Maugendre P., Chauvin C., Sermet C., 2004, « Consommation des antibiotiques en France », *BEH*; 32-33 : 144-147.
- Goossens H., Ferrech M., Vander Stichele R., Elseviers M. for the ESAC study group, 2005, « Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study », *Lancet*; 365 : 579-587.
- Données du réseau ESAC http://www.esac.ua.ac.be/main.aspx?c=*ESAC2.
- Ferrech M., Coenen S., Dvorakova K., Hendrickx E., Suetens C., Goossens H.; « ESAC Project Group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient penicillin use in Europe », *J Antimicrob Chemother*, 2006 Aug; 58 (2): 408-12.
- Vander Stichele R.H., Elseviers M.M., Ferrech M., Blot S., Goossens H., « European Surveillance of Antibiotic Consumption (ESAC) Project Group. Hospital consumption of antibiotics in 15 European countries: results of the ESAC Retrospective Data Collection (1997-2002) », *J Antimicrob Chemother*, 2006 Jul; 58 (1): 159-67.

Prévention de la douleur (1)

Les douleurs visées par cet objectif sont les douleurs physiques dont la survenue peut être prévenue et/ou qui peuvent être soulagées sans difficulté majeure par l'utilisation appropriée des traitements antalgiques disponibles. La loi relative à la santé publique préconise de **prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75 % des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.**

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de femmes qui ont eu une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie¹

En 2003 selon l'enquête nationale périnatale réalisée par la DREES et l'INSERM, 62,6 % des femmes ayant accouché en métropole ont bénéficié d'une péridurale et 74,2 % d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Parmi les femmes n'ayant pas eu de péridurale, 38,7 % n'en désiraient pas et 48 % ont eu un travail trop rapide pour mettre en place l'anesthésie, seulement 2,9 % de l'ensemble des femmes déclarent que l'anesthésiste n'était pas disponible.

La part de femmes ayant eu une péridurale ou une rachianesthésie varie cependant de 63,4 % chez les femmes sans profession et 65,5 % chez les ouvrières non qualifiées à 82,9 % parmi les cadres (tableau 1).

Le recours à cette technique décroît avec le rang de naissance de l'enfant attendu : 83,8 % des femmes ayant accouché de leur premier enfant en 2003 l'ont fait avec péridurale ou rachianesthésie, contre 70,7 % pour le deuxième enfant, 62,3 % pour le troisième et 55 % pour le quatrième.

Les femmes ayant accouché dans les départements outre-mer sont beaucoup moins concernées : seulement 47,8 % d'entre elles ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie lors de leur accouchement en 2003 (graphique 1) mais leurs caractéristiques diffèrent de celles des femmes de la métropole : elles sont plus souvent âgées et ont un niveau

d'études plus bas. Elles sont plus souvent hospitalisées pendant la grossesse et accouchent plus souvent par césarienne.

Enfin, l'accouchement avec péridurale ou rachianesthésie est de plus en plus pratiqué : concernant un peu plus d'une naissance sur 2 en 1995 (54 %), il est passé à 73,7 % en 2003 (graphique 1).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Pourcentage de personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois

En 2000, selon le baromètre santé de l'INPES, 8,7 % des personnes interrogées avaient déclaré avoir ressenti une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois et 20,1 % en avoir ressenti plusieurs. Les pourcentages augmentent avec l'âge pour la déclaration de plusieurs douleurs difficiles à supporter. C'est également plus souvent des femmes que des hommes qui les déclarent (tableau 2).

1. L'anesthésie péridurale et la rachianesthésie sont des anesthésies loco-régionales. Le but est l'anesthésie de la partie inférieure du corps. Les techniques en sont proches. La rachianesthésie permet une anesthésie d'excellente qualité mais de durée limitée à quelques heures. L'anesthésie péridurale peut être utilisée pour des gestes plus prolongés en raison de la possibilité de réinjections anesthésiques.

Tableau 1 • Pourcentage de femmes ayant accouché en France en 2003 avec une péridurale ou une rachianesthésie selon la profession

Profession	Péridurale ou rachianesthésie (en% de l'ensemble des accouchements)
sans profession	63,4
agriculteur	68,8
artisan, commerçant	75,7
cadre	82,9
profession intermédiaire	77,4
employé de la fonction publique	77,6
employé de commerce	75,7
personnel de service	73,2
ouvrier qualifié, chauffeur	68,7
ouvrier non qualifié	65,4
Total	74,2

Champ : France entière.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

CHAMP • Mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français. (En 2003 : échantillon de 14 482 mères en métropole et 626 dans les DOM).

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales (DGS/PMI/DREES/INSERM U149) 1995, 1998 et 2003 - Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : nombre de femmes ayant eu une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie. Dénominateur : nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête

RÉFÉRENCE •

- Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, «Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998», rapport INSERM DGS DREES.

- Vilain A., Peretti C. de, Herbert J.-B., Blondel B., 2005, «La situation périnatale en France en 2003», *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

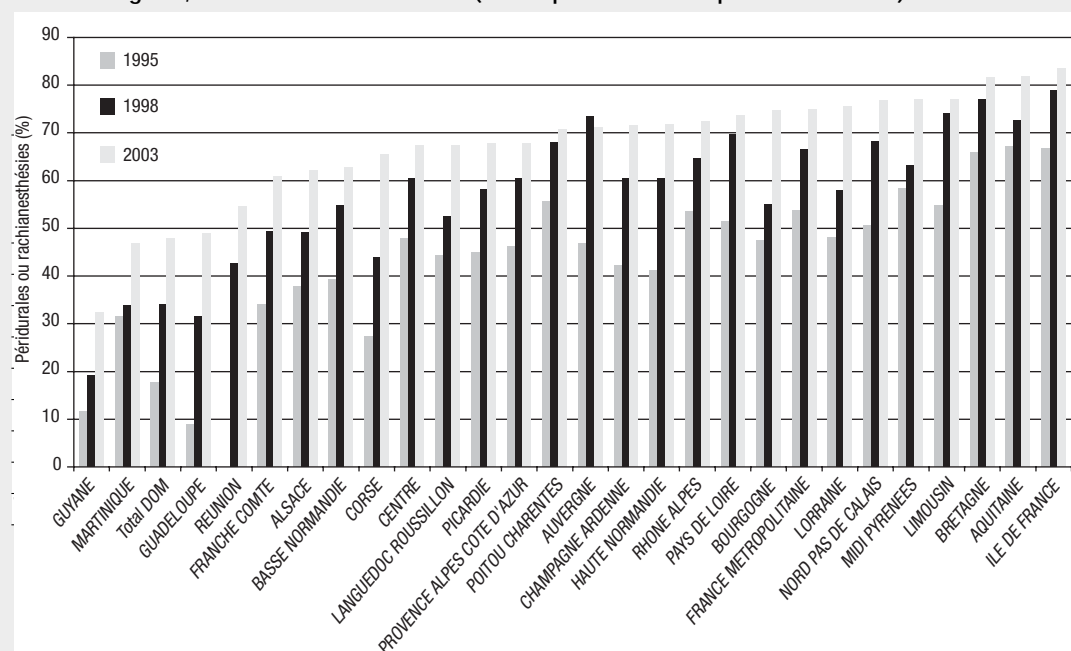
Tableau 2 • Pourcentage de personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois
12-14 ans	9,1	15,8	10,2	13,5	7,9	18,1
15-19 ans	9,5	13,8	11,1	7,7	7,8	20,8
20-25 ans	10	17	9,2	12,1	10,9	22,2
26-34 ans	10,8	18,2	11,9	16	9,8	20,3
35-44 ans	8,9	20,3	9	18	8,7	22,4
45-54 ans	7,5	21,7	8	18,6	6,9	24,8
55-64 ans	6,6	23,7	7,1	21,6	6,2	25,8
65-75 ans	7,4	25	6,2	20,7	8,6	28,8
Total	8,7	20,1	9	16,8	8,4	23,3

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre santé 2000.

Graphique 1 • Pourcentage de péridurales ou de rachianesthésies parmi les accouchements selon les régions, évolutions 1995-1998-2003 (classé par % croissant pour l'année 2003)



Champ : France entière.

Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995-1998 et 2003.

Prévention de la douleur (2)

Pourcentage d'individus déclarant que la douleur a été prise en compte et soulagée rapidement ou avec du retard par l'équipe soignante (douleurs à l'hôpital)

75,7% des personnes qui avaient souffert à l'hôpital déclarent que leur douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante. Pour 12,4% ce soulagement a été réalisé mais avec retard. Les femmes sont plus nombreuses à avoir bénéficié d'un traitement efficace appliqué rapidement (79,5% *versus* 67,8%) [tableau 3].

Pourcentage d'individus déclarant être satisfaits (très satisfaits ou plutôt satisfaits) du traitement reçu parmi ceux ayant consulté un médecin pour une douleur physique difficile à supporter

Parmi les personnes ayant consulté un médecin pour une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois, 81,7% se disent très satisfaits ou plutôt satisfaits. Le pourcentage de satisfaction est plus important chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. Les hommes sont globalement plus satisfaits que les femmes (84,4% *versus* 79,7%) (tableau 4).

Consommation d'antalgiques en milieu ambulatoire

Selon les informations fournies par la base de données MEDICAM de la CNAMTS (médicaments remboursés par l'AM en France métropolitaine hors sections locales mutualistes), les prescriptions de boîtes d'antalgiques ont tendance à augmenter globalement entre 2002 et 2005 passant de 260 à 311 millions de boîtes. Cette croissance concerne la classe des opioïdes et celles des autres analgésiques antipyrétiques (hors aspirine antithrombotique) selon la classification ATC. Les remboursements d'antimigraineux sont stables avec des situations variables selon les classes : les alcaloïdes de l'ergot diminuent régulièrement (-23% entre 2002 et 2005) et celle des triptans varie selon l'ancienneté des produits (graphique 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche août 2007.

synthèse

Près de 3 femmes sur 4 ayant accouché en 2003 ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient moins de 1 sur 2 en 1995. Des variations importantes sont cependant enregistrées selon le statut professionnel (63,4% des femmes sans profession contre 82,3% des cadres). La pratique de la péridurale ou de la rachianesthésie diminue avec la parité (83,8% lors de l'accouchement pour un premier enfant contre 55% pour un quatrième enfant). Elle est aussi variable selon les régions. Par ailleurs, les personnes interrogées sur la prise en charge de douleurs au cours des 12 derniers mois, se 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).

Tableau 3 • Pourcentage d'individus déclarant que la douleur a été prise en compte et soulagée rapidement ou avec du retard par l'équipe soignante (douleur à l'hôpital)

	Oui, rapidement	Oui, mais avec retard	Oui : Total
Hommes	67,8	18,7	86,5
Femmes	79,5	9,4	88,9
Total	75,7	12,4	88,1

Champ : France métropolitaine.
Sources : Baromètre santé 2000.

Tableau 4 • Pourcentage d'individus déclarant être satisfaits (très satisfaits ou plutôt satisfaits) du traitement reçu parmi ceux ayant consulté un médecin pour une douleur physique difficile à supporter

	Ensemble	Hommes	Femmes
12-14 ans	75,6	69,0	82,5
15-19 ans	80,1	73,2	86,0
20-25 ans	81,2	85,3	78,6
26-34 ans	80,7	85,0	77,2
35-44 ans	80,0	83,1	77,8
45-54 ans	82,7	86,0	79,9
55-64 ans	83,5	87,4	80,0
65-75 ans	84,4	87,7	82,4
Total	81,7	84,4	79,7

Champ : France métropolitaine.
Sources : Baromètre santé 2000.

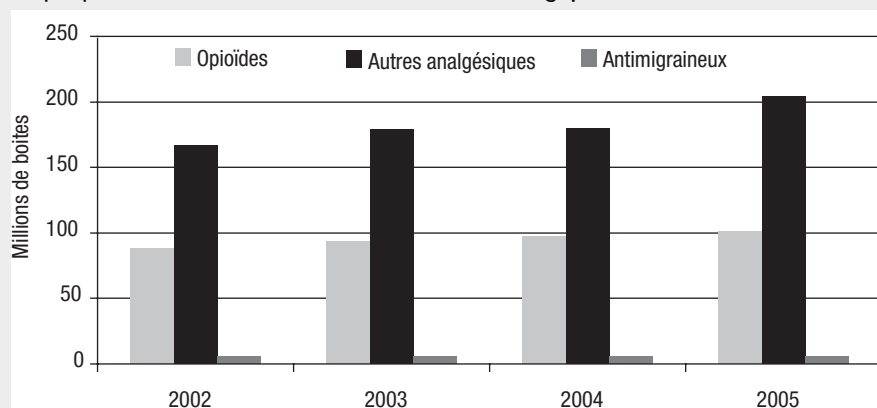
CHAMP • Personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre Santé 2000 de l'INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquête téléphonique de type déclarative, utilisant la technique du sondage aléatoire, réalisée auprès des personnes de 12 à 75 ans, abonnées à France Télécom et inscrites sur liste blanche et liste rouge (n = 13 685). Elle interroge les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Graphique 2 • Évolution du nombre de boîtes d'antalgiques remboursées



Champ : France métropolitaine : remboursées par la CNAMTS.
Sources : MEDICAM/CNAMTS.

Douleurs chroniques

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps et d'altération majeure de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante, de nombreux arrêts de travail et sont fréquemment associées à des troubles psychosociaux. La loi relative à la santé publique prévoit de **réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie.**

L'enquête nationale de l'INSEE menée en 2002-2003 sur la santé des personnes vivant en ménages ordinaires permet de mesurer l'intensité des douleurs physiques ressenties sur une période de quatre semaines ainsi que leur répercussion sur le travail et les activités domestiques. Les deux questions permettant d'appréhender ces douleurs sont incluses dans un questionnaire auto-administré de santé perçue. Ainsi, les personnes se prononcent aussi bien pour des douleurs chroniques, des douleurs rebelles aux traitements antalgiques simples ou des douleurs plus bénignes. Un éclairage est fait sur les personnes âgées, voire très âgées, population dont les douleurs sont mal connues ou reconnues, voire banalisées. Les enquêtes Santé Protection Sociale de l'IRDES permettent par ailleurs de suivre l'évolution dans le temps des déclarations de douleurs chroniques importantes.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Proportion de personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines et/ou qui déclarent que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques

Trois personnes sur dix parmi les 15 ans et plus déclaraient en 2002-2003 des douleurs physiques d'une intensité importante. Davantage de femmes que d'hommes déclaraient ce type de douleurs : 35 % contre 25 %. La prévalence des douleurs augmentent avec l'âge, avec un basculement après 64 ans ; 16 % des jeunes de moins de 25 ans déclarent ainsi des douleurs physiques importantes contre la moitié des personnes de 65 à 84 ans et les deux tiers des plus de 85 ans. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs moyennes est globalement similaire chez les 65-84 ans et les 85 ans et plus. Par contre, la proportion de douleurs sévères (qualifiées de grandes ou très grandes) est deux fois plus élevée chez les personnes très âgées : 30 % contre 13,5 % chez les 65-84 ans (graphique 1).

Plus de 20 % des personnes de plus de 15 ans indiquent 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 : un quart des femmes contre 18 % des hommes. Ces limitations augmentant avec l'âge, 16 % des moins de 25 ans se déclarent limités contre près de 50 % des 65-84 ans et 63 % des plus de 85 ans. Par ailleurs, l'intensité de ces limitations s'accroissant exponentiellement avec l'âge, un tiers des plus de 85 ans se déclarent beaucoup voire énormément limités, tandis que les personnes de 65-84 ans sont deux fois moins nombreuses (graphique 2).

Proportion de personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes

Selon l'enquête Santé Protection Sociale, les femmes déclaraient davantage souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes que les hommes, et ce

aussi bien en 1998 qu'en 2000, l'écart entre sexes se creusant au fur et à mesure que l'âge augmente. En 2000, plus de 35 % des femmes de plus de 65 ans déclaraient des douleurs importantes ou très importantes, contre moins d'un quart des hommes du même âge.

En deux ans, la proportion d'hommes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable, pour toutes les classes d'âges. Cette proportion est aussi restée stable chez les jeunes femmes et les femmes en âge d'être actives.

En revanche, la situation semble s'être améliorée pour les femmes plus âgées (plus de 65 ans) (graphique 3). ●

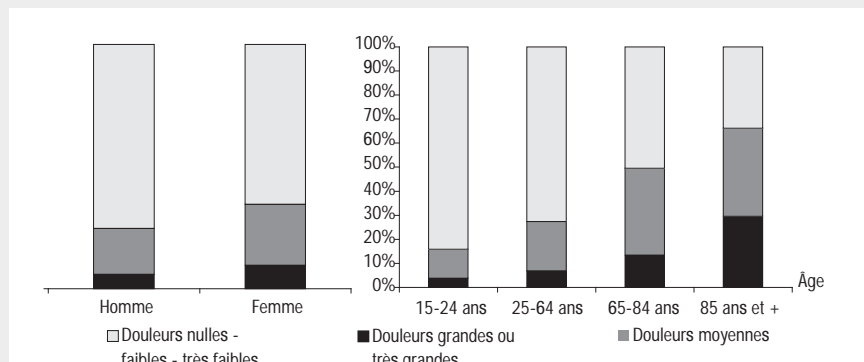
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche septembre 2006.

synthèse

En 2003, d'après l'enquête Santé de l'INSEE, 30 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient des douleurs physiques d'une intensité importante et plus de 60 % des personnes très âgées. Par ailleurs, 2 personnes sur 10 déclaraient que ces douleurs physiques présentaient des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. Selon les enquêtes Santé Protection Sociale de l'IRDES de 1998 et 2000, la proportion de femmes de plus de 65 ans déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes avait diminué de 5 points en deux ans. Cette proportion est restée stable pour les hommes et pour les femmes les plus jeunes. Plus de 20 % des personnes de plus de 15 ans déclaraient que ces douleurs physiques avaient des répercussions importantes sur la vie au travail ou domestique, les femmes déclarant un peu plus que les hommes de telles répercussions.

Graphique 1 • Personnes ayant déclaré une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines*



*Question posée : «Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?».

Lecture : 3,9% des personnes âgées de 15 à 24 ans déclarent des douleurs d'une grande voire très grande intensité.

Champ : France métropolitaine, 15 ans et plus, vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête Santé 2002-2003 INSEE.

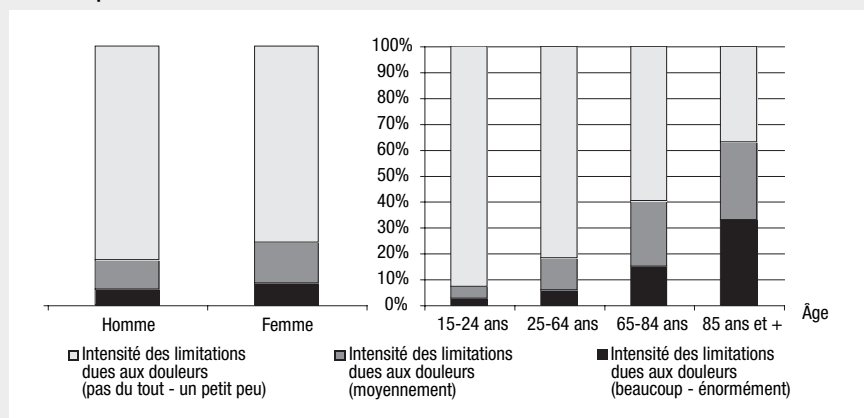
CHAMP • France métropolitaine, personnes de 15 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE, exploitation DREES.

LIMITES ET BIAIS • La population de référence des autoquestionnaires de l'enquête est constituée :
- des individus ayant effectué toute l'enquête (c'est-à-dire l'ensemble des visites 1 à 3) et n'ayant pas de handicap déclaré les rendant non aptes à remplir un autoquestionnaire.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Graphique 2 • Personnes ayant déclaré que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques*



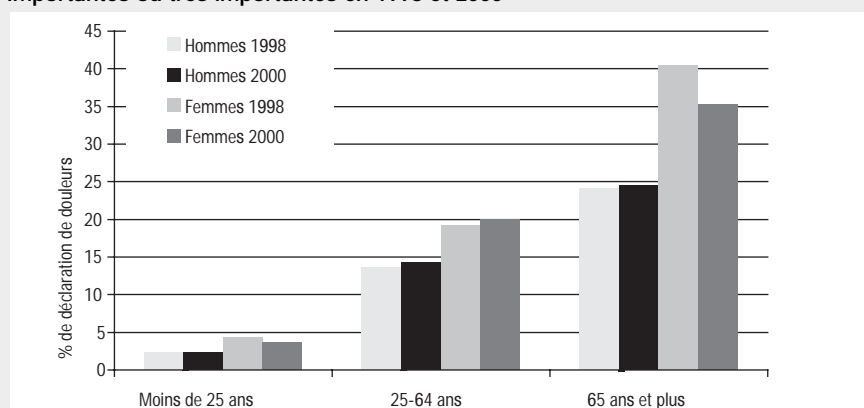
* Question posée : «Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques?»

Lecture : 2,6% des personnes âgées de 15 à 24 ans déclarent être limitées dans leur travail ou leurs activités domestiques en raison de leurs douleurs physiques.

Champ : France métropolitaine, 15 ans et plus, vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête Santé 2002-2003 INSEE.

Graphique 3 • Prévalence des personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes en 1998 et 2000



Lecture : 2,3% des hommes âgés de moins de 25 ans déclaraient souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes.

Champ : France métropolitaine, personnes vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquêtes SPS 1998 et 2000.

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

SOURCES • Enquêtes Santé Protection Sociale (SPS) 1998 et 2000. L'enquête est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998.

LIMITES ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Cette enquête est représentative de 95% des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. La question utilisée figure dans le questionnaire auto administré qui est adressé à l'ensemble des membres du ménage. Elle a été retirée du questionnaire en 2002.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

Accès aux soins

Cet objectif ne porte pas directement sur l'état de santé mais sur l'un de ses déterminants, l'accès aux soins, qui constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. Il existe d'ores et déjà des dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui permettent aux personnes en situation précaire de retrouver des conditions de soins accessibles. Les inégalités sociales de santé se présentent comme un *continuum* allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Dans le cadre de la loi de santé publique, l'objectif est de **réduire les obstacles financiers pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU**. Il semble justifié d'envisager aussi plus largement la persistance d'obstacles financiers entraînant un renoncement à des soins, notamment dans le domaine des soins optiques et des soins dentaires dans l'ensemble de la population.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins optiques ou dentaires au cours des 12 derniers mois

Dans l'enquête Santé Protection Sociale (SPS) 2004, 10 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclarent avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) et/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 maximum entre 30 et 59 ans, puis diminue avec l'âge.

Le renoncement dans le domaine dentaire et optique est lié au revenu des individus (tableau 1). Les renoncements baissent de manière très sensible au-delà d'un revenu de 2 500 euros mensuels pour un ménage (graphique). Au-delà de 4 600 euros mensuels par ménage, il est deux fois plus faible que pour les personnes les plus pauvres. Ces comportements sont confirmés par une analyse à âge et sexe comparables qui montre un renoncement plus important que la moyenne pour les personnes dont le revenu du ménage est inférieur à 2 500 euros (tableau 1).

Le renoncement dans le domaine dentaire est élevé et relativement stable jusqu'à un revenu du ménage de 2 500 euros mensuels. Il baisse ensuite de manière importante quand le revenu s'élève.

Dans le domaine optique, les renoncements les plus importants touchent les personnes disposant d'un revenu du ménage inférieur à 1 300 euros. Il tend à diminuer ensuite quand le revenu s'élève jusqu'à 2 200 euros par

ménage, puis se stabilise ensuite quel que soit le niveau de revenu (graphique 1).

L'analyse réalisée sur le revenu par unité de consommation (UC) du ménage montre, à âge et sexe comparable, une forte décroissance du renoncement pour les actes dentaires et/ou optique au fur et à mesure de l'augmentation du revenu par UC. L'indice traduisant le renoncement à âge et sexe comparable varie de 1,60 pour les personnes appartenant au quintile des revenus les plus faibles, à 0,46 pour celles appartenant au quintile des revenus les plus élevés (tableau 2).

Le renoncement pour les actes dentaires et/ou optiques par ailleurs est deux fois plus important chez les adultes qui ne disposent d'aucune couverture complémentaire maladie (20,3 % *versus* 9,1 %). Les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire renoncent également plus souvent que les autres, mais de manière nettement moins marquée que celles qui n'ont aucune complémentaire (tableau 3).

Le fait d'être chômeur augmente le taux de renoncement de plus de 40 % par rapport aux actifs, ce que confirme l'analyse à âge et sexe comparables.

Le fait d'appartenir à un ménage où le chef de ménage exerce une profession d'employé ou d'ouvrier augmente la probabilité de renoncer à des actes dentaires ou à l'achat d'optique, tout comme d'ailleurs pour un adulte, le fait d'appartenir à une famille monoparentale, à un ménage de plus de 5 personnes ou au contraire de vivre seul.

L'IRDES relève depuis de nombreuses années dans les enquêtes SPS cette information sur les renoncements aux soins par l'intermédiaire de la même question. Il serait donc théoriquement possible d'étudier l'évolution des taux de renoncement. Cependant, si la question n'a pas été modifiée au cours du temps, les méthodes de pondération ont évolué et ne permettent pas, du moins sans une harmonisation préalable (non disponible actuellement), une comparaison temporelle. Toutefois, les caractéristiques structurelles mentionnées précédemment restent les mêmes au cours du temps. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • IRDES.

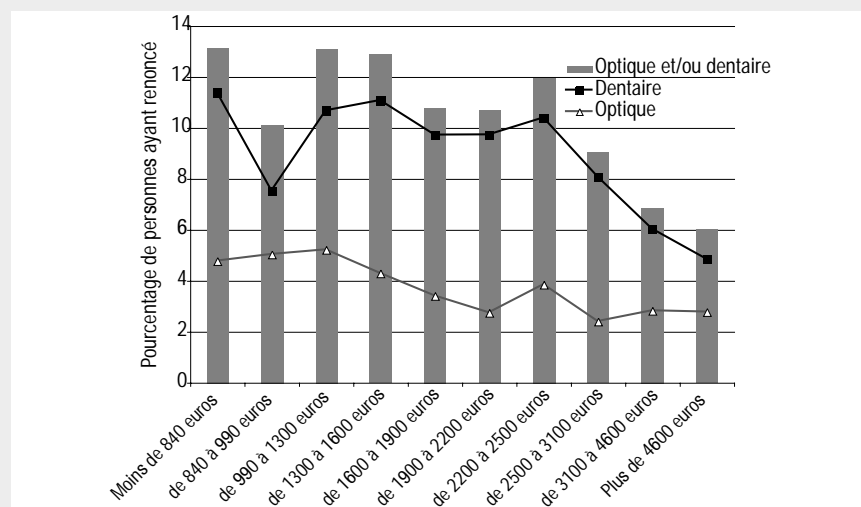
Mise à jour de la fiche juin 2006.

synthèse

En 2004, 10,0 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) et/ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement était plus fréquent chez les femmes (11,6 %) que chez les hommes (8,2 %). Il était au maximum entre 30 et 59 ans, puis diminuait avec l'âge.

Les renoncements aux soins dentaires et optiques augmentent de manière très sensible au-dessous d'un revenu de 2 500 euros mensuels pour un ménage. On constate depuis 1993 que les taux de renoncement sont toujours plus élevés lorsque le revenu diminue. Ils sont plus importants chez les personnes vivant dans des ménages d'employés et d'ouvriers, chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie.

Graphique 1 • Adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction du revenu par ménage (%)



Champ : France métropolitaine. Sources : SPS-IRDES.

Tableau 1 • Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction du revenu du ménage

Revenu mensuel du ménage	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Moins de 840 euros	13,16	1,49
de 840 à 990 euros	10,13	1,18
de 990 à 1300 euros	13,13	1,55
de 1300 à 1600 euros	12,89	1,40
de 1600 à 1900 euros	10,8	1,11
de 1900 à 2200 euros	10,69	1,03
de 2200 à 2500 euros	11,98	1,18
de 2500 à 3100 euros	9,07	0,83
de 3100 à 4600 euros	6,87	0,62
Plus de 4600 euros	6,04	0,53

Champ : France métropolitaine. Sources : SPS-IRDES.

Tableau 2 • Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction du revenu par unité de consommation*

Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintile** (Indice OCDE)	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Premier quintile [0 à 728 euros]	15,17	1,60
Deuxième quintile [728 à 1000 euros]	11,91	1,24
Troisième quintile [1000 à 1300 euros]	10,59	1,05
Quatrième quintile [1300 à 1715 euros]	8,61	0,83
Cinquième quintile [plus de 1715 euros]	4,97	0,46

Champ : France métropolitaine. Sources : SPS-IRDES.

Tableau 3 • Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction de la couverture sociale

Présence d'une couverture complémentaire privée et/ou CMU	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Oui	9,06	0,89
Non	20,29	2,52
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire à titre privé		
Oui	8,94	0,89
Non	17,54	1,95
Bénéficiaire de la CMU complémentaire		
Oui	12,03	1,09
Non	9,86	0,99

Champ : France métropolitaine. Sources : SPS-IRDES.

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

SOURCES • Enquête Santé Protection Sociale (SPS) 2004 de l'IRDES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête SPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998. Calcul de l'indice de renoncement : dans une première étape, un taux de renoncement est calculé sur tout l'échantillon par classe d'âge et sexe. Puis, à chacun des individus est affecté le taux de renoncement théorique correspondant à sa classe d'âge et de sexe. On obtient un taux théorique de renoncement pour chaque catégorie de la variable d'intérêt. L'indice est le rapport dans chaque classe entre le taux observé et le taux théorique. Quand il est calculé sur toute la population, la valeur 1 est la moyenne de la population.

LIMITES ET BIAIS • Cette enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

La question du renoncement n'est posée qu'à une seule personne adulte du ménage, le plus souvent l'assuré principal qui correspond à la personne tirée dans les fichiers des caisses de Sécurité sociale. Cette question relève uniquement les renoncements aux soins pour raisons financières.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

* Unité de consommation : Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. C'est pourquoi on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

** Répartition en quintile : Répartition d'une population en cinq classes dont les effectifs sont égaux (chaque classe ou quintile comporte 20 % de l'effectif total).

Infection VIH-sida

L'objectif de **réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008** est également l'un des objectifs du *programme national de lutte contre le VIH/sida¹ et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008* de la Direction générale de la santé. Il a été décliné dans cinq domaines d'intervention dont la prévention, le dépistage, le suivi et la prise en charge thérapeutiques. Dans le cadre de la loi de santé publique, les indicateurs principaux de suivi de cet objectif (incidence des cas de sida et incidence des nouveaux diagnostics d'infection VIH) sont issus de la déclaration obligatoire du sida qui existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH qui a été mise en place en mars 2003. Le choix de ces deux indicateurs est lié au fait que depuis l'arrivée des puissantes associations thérapeutiques en 1996, l'incidence des cas de sida reflète plus les problèmes d'accès au dépistage et aux soins tandis que l'incidence des infections à VIH constitue un indicateur indispensable à la définition et à l'évaluation des politiques de prévention de l'infection à VIH.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence des cas de sida

Environ 61 000 personnes ont développé un sida depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2005. Parmi ces personnes environ 35 000 sont décédées. Alors que le nombre annuel de cas de sida avait atteint un pic en 1994 (près de 5 800 diagnostics), une diminution très importante a été observée en 1996 (environ 4 000 diagnostics) et en 1997 (environ 2 300), du fait de l'introduction des puissantes associations d'antirétroviraux.

Entre 1998 et 2002, le nombre de cas de sida diagnostiqués chaque année a ensuite diminué plus lentement, d'environ 5 % par an. Les diminutions sont à nouveau plus marquées depuis 2003 (-8 % par an). Elles pourraient être liées à l'introduction de la notification obligatoire d'infection à VIH et au fait que les cliniciens peuvent omettre d'adresser une fiche de notification de sida lors d'une découverte de séropositivité concomitante à celle du sida (graphique 1).

Le nombre de cas de sida diagnostiqués en 2005 est estimé à 1 450 (compte tenu des délais de déclaration et d'une sous-déclaration de 15 %), ce qui aboutit à une incidence annuelle de 2,4 pour 100 000. Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentent 55 % des cas de sida diagnostiqués, les hommes contaminés par rapports homosexuels 23 % et les personnes contaminées par usage de drogues injectables 9 %².

Le sex-ratio (hommes/femmes) a diminué entre 1996 (3,9) et 2005 (2,0) tandis que l'âge moyen au diagnostic a régulièrement augmenté de 39,0 ans en 1996 à 42,1 en 2005. La proportion de personnes de nationalité étrangère a augmenté de 1996 (16 %) à 2002 (37 %) et s'est ensuite stabilisée.

Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique, en particulier la Guyane, et l'Île-de-France, avec pour 2005 des taux d'incidence respectifs de 10,4 et 4,3 pour 100 000.

La courbe du taux d'incidence du sida en France est comparable depuis 1997 à celle de l'ensemble des pays de l'Europe Occidentale. Si les pays du sud de l'Europe sont historiquement les plus touchés par l'épidémie de VIH/sida, les taux d'incidence en France sont néanmoins plus bas qu'au Portugal, en Espagne, en Italie et en Suisse.

Incidence des nouveaux diagnostics d'infection VIH

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en 2003, le nombre de découvertes de séropositivité a été estimé de 6 000 à 7 000 par an, en tenant compte de la sous-déclaration (estimée à 40 % en 2003, 37 % en 2004 et 34 % en 2005) et des délais de déclaration.

Pour l'ensemble des nouveaux cas, la part des femmes diminue de 42 % en 2003 à 38 % en 2005, alors que la proportion d'hommes contaminés par rapports homosexuels augmente de 21 % en 2003 à 26 % en 2005, aussi bien en Île-de-France que dans les autres régions. L'âge moyen de la découverte de séropositivité est de 37 ans. Les femmes sont plus jeunes que les hommes (respectivement 34 ans et 39 ans). Les personnes de nationalité étrangère représentent 43 % des nouveaux cas de séropositivité entre 2003 et 2005 (60 % chez les femmes et 32 % chez les hommes), la majorité d'entre elles étant de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Les nouveaux cas de séropositivité chez les femmes de nationalité étrangère ont néanmoins baissé entre 2003 et 2005.

Le taux d'incidence annuel des nouveaux cas d'infection VIH est de 67 par million d'habitant (pmh) pour la France entière (période 2003-2005). Quatre régions se distinguent par leur taux plus élevé : la Guyane (838 pmh), la Guadeloupe (249), la Martinique (175) et l'Île-de-France (168). Dans toutes les autres régions, les taux sont inférieurs à 50 par million d'habitants/an.

Sur cette période, la majorité (56 %) des personnes n'exercent pas d'activité professionnelle au moment de la découverte de leur séropositivité, constat plus fréquent chez les personnes de nationalité étrangère (84 % des femmes, 63 % des hommes) que chez les personnes de nationalité française (55 % des femmes, 29 % des hommes).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non dépistées ou non traitées auparavant

En 2005, presque la moitié (48 %) des personnes pour lesquelles un diagnostic de sida a été révélé ignoraient leur séropositivité. Parmi celles qui connaissaient leur séropositivité, plus de la moitié (56 %) n'avaient pas bénéficié préalablement d'un traitement antirétroviral (tableau 1).

Inversement, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2005, 16 % étaient à un stade clinique de sida. Ce pourcentage varie en fonction du mode de contamination et de la nationalité : 11 % des homosexuels, 18 % des personnes contaminées par rapports hétérosexuels et 22 % des utilisateurs de drogues injectables étaient à un stade de sida, ainsi que 15 % des personnes d'Afrique subsaharienne et 18 % des personnes de nationalité française.

Proportion d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics d'infection VIH

Parmi les nouveaux cas de séropositivité en 2005, 24 % étaient des infections récentes, datant de moins de 6 mois. La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les hommes (29 %) que chez les femmes (16 %) et chez les personnes contaminées par rapports homosexuels (44 %) que chez celles contaminées par rapports hétérosexuels (17 %). Elle diminue également avec l'âge chez les hommes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juillet 2007.

synthèse

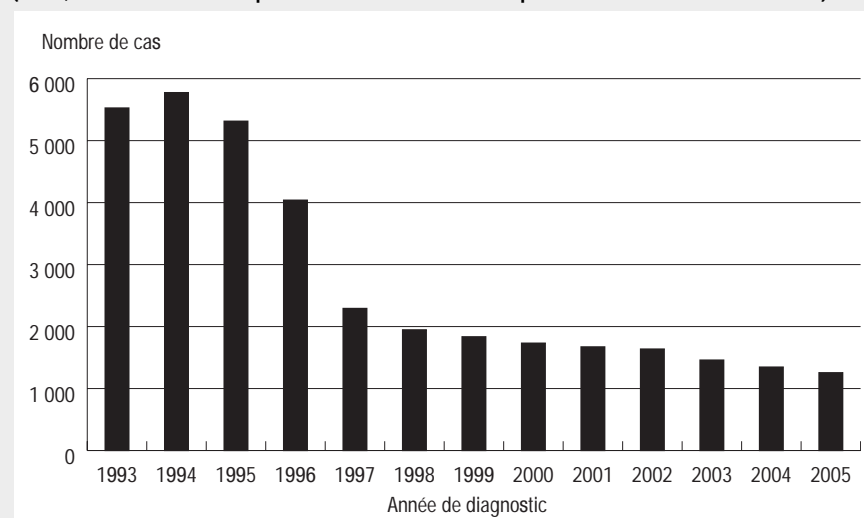
L'incidence du sida a diminué de façon très marquée en 1996-1997, puis de façon plus faible ensuite. L'interprétation des tendances récentes (2003-2005) est difficile en raison de la mise en place de la notification obligatoire du VIH pourrait expliquer une partie de la baisse observée.

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 assez touché, mais moins que le Portugal, l'Espagne, l'Italie et la Suisse.

Graphique 1 • Évolution du nombre de cas de sida par année de diagnostic (InVS, données au 30 septembre 2006 redressées pour les délais de déclaration)



CHAMP • France entière (métropole + DOM).

SOURCES • Déclaration obligatoire du sida et du VIH (Institut de veille sanitaire).

LIMITES ET BIAIS • Sous-déclaration estimée à 15 % pour la notification obligatoire du sida (jusqu'en 2002) et à 34 % pour la notification obligatoire du VIH (en 2005).

RÉFÉRENCES •

- Rapport : Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles. 10 ans de surveillance (1996-2005)
- Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004, BEH 2005, 46-47 : 230-2.
- http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html
- « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France », 2005, BEH 2006, n° 48, 371-8.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Champ : France entière.

Sources : Déclaration obligatoire du sida et du VIH-InVs.

Tableau 1 • Répartition des cas de Sida adultes en fonction de la connaissance ou non de la séropositivité au moment du diagnostic de Sida et de l'éventualité d'un traitement antirétroviral avant le Sida, par année de diagnostic (France, données du 30 septembre 2006)

	Année de diagnostic du sida															
	1994-1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004 *		2005 *	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Méconnaissance de la séropositivité VIH	5 025	26,2 %	846	46,4 %	792	45,9 %	814	48,9 %	805	49,3 %	684	47,1 %	589	44,1 %	564	47,7 %
Connaissance de la séropositivité**	14 052	73,3 %	974	53,4 %	934	54,1 %	851	51,1 %	819	50,2 %	767	52,8 %	745	55,8 %	618	52,2 %
mais non prise d'antirétroviraux pré-sida	5 731	(40,8)	466	(47,8)	465	(49,8)	416	(48,9)	427	(52,1)	364	(47,5)	401	(53,8)	348	(56,3)
et prise d'antirétroviraux*** pré-sida	8 033	(57,2)	498	(51,1)	451	(48,3)	421	(49,5)	379	(46,3)	376	(49,0)	330	(44,3)	258	(41,7)
pas d'information sur le traitement	288	(2,0)	10	(1,0)	18	(1,9)	14	(1,6)	13	(1,6)	27	(3,5)	14	(1,9)	12	(1,9)
Pas d'information sur le dépistage	96	0,5 %	5	0,3 %	1	0,1 %	2	0,1 %	8	0,5 %	2	0,1 %	2	0,1 %	1	0,1 %
Total	19 173	100 %	1 825	100 %	1 727	100 %	1 666	100 %	1 632	100 %	1 453	100 %	1 336	100 %	1 183	100 %

* Données provisoires non redressées.

** Connaissance au moins 3 mois avant le diagnostic de sida.

*** Traitement pendant au moins trois mois.

Champ : France entière.

Sources : Déclaration obligatoire du sida et du VIH-InVs.

1. VIH : Virus de l'immunodéficience humaine ; sida : Syndrome d'immunodéficience acquise. L'infection par le VIH (séropositivité au VIH) précède la maladie qu'est le sida.

2. Le mode de contamination est « autre » pour 2 % et n'est pas précisé pour 11 % des personnes.

Incidence de la tuberculose

La loi relative à la santé publique préconise de **stabiliser l'incidence de la tuberculose (10,8 pour 100 000 en 2001) en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque**. La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Les incidences nationales et régionales peuvent donc être estimées à partir des déclarations de nouveaux cas. Cependant, l'incidence globale est en fait la résultante de situations très diverses au sein de groupes de population et de zones géographiques très différentes. Plus que sur l'incidence globale, l'objectif porte à cet égard sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposés ». Il est donc nécessaire de suivre les indicateurs spécifiques correspondants.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre de nouveaux cas de tuberculose déclarés par an et taux d'incidence

En 1997, l'incidence globale de la tuberculose déclarée en France métropolitaine était de 11,5/100 000 avec 6 683 cas déclarés. Depuis cette date, l'incidence a diminué et atteint 8,9/100 000 (5 195 cas notifiés) en 2005 (tableau 1). L'incidence reste plus élevée dans les DOM (10,7/100 000 en 2005 – 179 cas). Entre 1997 et 2005, l'incidence a baissé de façon continue chez les personnes âgées de 40 ans et plus alors qu'elle s'est stabilisée ou a légèrement augmenté dans les autres groupes d'âges.

En 2005, l'âge médian des cas déclarés était de 43 ans et 60 % de ces cas concernaient des hommes. Le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger était environ huit fois supérieur à celui observé chez les personnes nées en France (41,5 vs 5,0/100 000) et diminuerait avec l'ancienneté de l'arrivée en France. Dans cette population, l'incidence était maximale chez les hommes entre 20 et 30 ans puis décroissait avec l'âge tandis que l'incidence déclarée augmentait avec l'âge pour les personnes nées en France.

En 2005, les personnes sans domicile fixe représentaient 3,4 % des cas de tuberculose déclarés (184 cas). Un peu plus de la moitié (57,6 %) d'entre elles étaient déclarées en Île-de-France. Il s'agissait en majorité d'hommes (86 %) et de personnes âgées de 25 à 54 ans (79 %).

Enfin, il existait des disparités géographiques fortes. L'Île-de-France et Paris restaient identifiées comme zones de plus forte incidence malgré une diminution de celle-ci dans les dix dernières années (graphique 1). Ainsi, en 2005, avec 2 154 cas déclarés, l'Île-de-France représentait 40 % des cas déclarés et était après la Guyane la région ayant la plus forte

incidence (44,0/100 000 en Guyane – 69 cas déclarés – et 19,7/100 000 en Île-de-France). L'incidence était inférieure à 10/100 000 dans les autres régions.

Dans les 25 pays de l'UE plus Andorre, Islande, Israël, Norvège, Saint-Martin et Suisse, le taux de déclaration était de 12,6/100 000 habitants en 2004. Globalement, il a baissé de 24 % entre 1998 et 2004. La situation épidémiologique actuelle de la tuberculose en France est similaire à celle de nombreux pays européens. Elle se caractérise par une stabilisation de l'incidence parmi la population d'origine étrangère sur les dernières années, une diminution parmi la population de nationalité française (tableau 1 et graphique 2) ou parmi les sujets nés en France, et par une concentration des cas dans les zones urbaines et notamment autour de la capitale.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Nombre de nouveaux cas de tuberculose admis en ALD

En 2005, 5 242 nouvelles attributions d'affection de longue durée (ALD29) pour tuberculose

active ont été enregistrées par les trois régimes principaux de l'Assurance maladie. Ce chiffre est en baisse par rapport aux années antérieures (5 587 en 2004 et 6 123 en 2000).

Nombre de patients atteints de tuberculose bénéficiaires d'un traitement antituberculeux

En 2003, les données du régime général de l'Assurance maladie, faisaient état de 6 471 patients traités par antituberculeux (au moins trois antituberculeux) soit 14,8/100 000 bénéficiaires du régime général (tableau 2). En extrapolant à l'ensemble de la population française, 9 063 cas de tuberculose auraient été recensés en 2003. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

L'incidence de la tuberculose continue à diminuer en France.

Cependant, les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes : augmentation de l'incidence parmi la population d'origine étrangère jusqu'en 2004, diminution de l'incidence parmi la population d'origine française, concentration des cas en Île-de-France et dans les zones urbaines.

La situation épidémiologique de la France est comparable à celle d'autres pays de l'Europe occidentale.

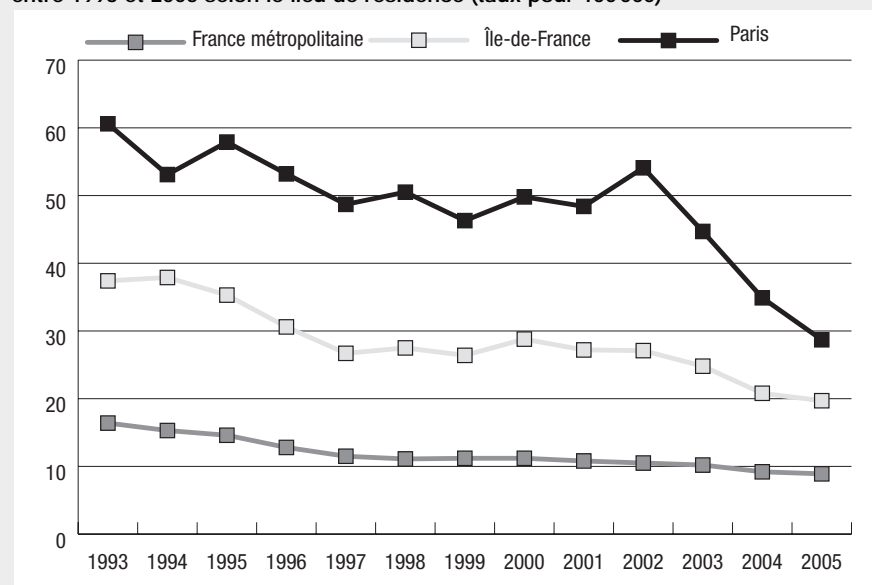
Tableau 1 • Nombre de nouveaux cas de tuberculose maladie déclarés et taux d'incidence en fonction de la nationalité et du pays de naissance, en France métropolitaine entre 1997 et 2005

Année de déclaration	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence pour 100000 habitants				Ensemble
		Nationalité		Pays de naissance		
		française	étrangère	né en France	né à l'étranger	
1997	6683	8,1	44,2	-	-	11,5
1998	6475	7,4	44,2	-	-	11,1
1999	6508	7,3	45,8	-	-	11,2
2000	6539	6,8	53,0	-	-	11,2
2001	6296	6,2	57,2	5,3	38,1	10,8
2002	6162	5,6	64,9	4,9	42,7	10,5
2003	5987	5,4	72,1	5,3	43,3	10,2
2004	5363	4,9	73,6	5,0	41,8	9,2
2005	5195	4,8	69,8	5,0	41,5	8,9

Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS, Déclaration Obligatoire de tuberculose.

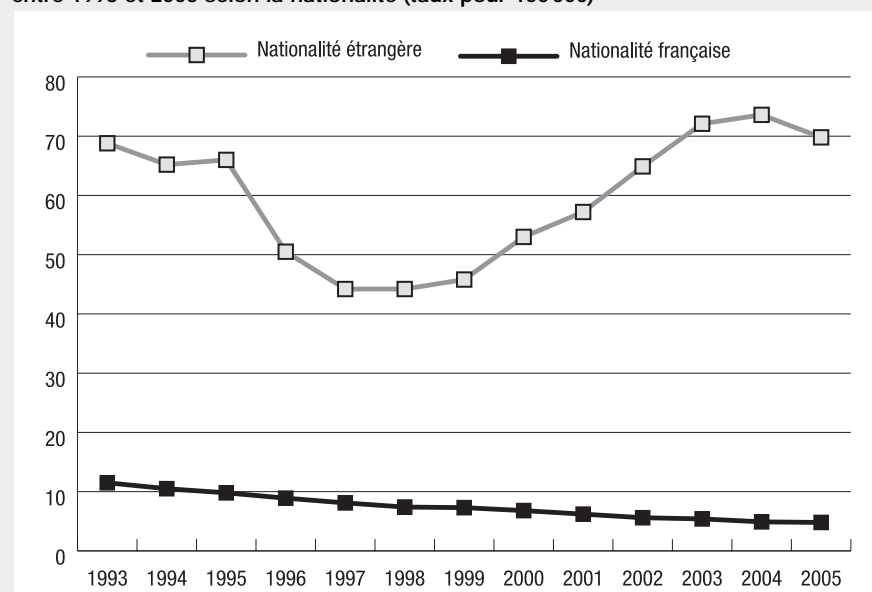
Graphique 1 • Incidence de la tuberculose maladie déclarée en France métropolitaine entre 1993 et 2005 selon le lieu de résidence (taux pour 100 000)



Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS, Déclaration Obligatoire de tuberculose.

Graphique 2 • Incidence de la tuberculose maladie déclarée en France métropolitaine entre 1993 et 2005 selon la nationalité (taux pour 100 000)



Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS, Déclaration Obligatoire de tuberculose.

Tableau 2 • Patients prenant un traitement antituberculeux (au moins trois principes actifs) par classe d'âge et par sexe, en France, en 2003

Classes d'âge	Population		Hommes		Femmes	
	Effectif	Incidence ^a	Effectif	Incidence ^a	Effectif	Incidence ^a
0 à 4 ans	69	2,5	44	3,1	25	1,9
5 à 14 ans	135 ^b	2,4	61	2,1	73	2,7
15 à 24 ans	647 ^b	11,3	318	10,9	323	11,4
25 à 39 ans	1934	20,8	1187	25,6	747	16,0
40 à 59 ans	1948	16,9	1177	20,7	771	13,3
60 à 74 ans	1050	18,9	591	23,1	459	15,3
75 ans et plus	688	21,5	304	26,5	384	18,7
Total	6471^b	14,8	3682	17,4	2782	12,4

a. Nombre de cas pour 100 000 bénéficiaires *stricto sensu*.

b. Pour 7 patients, le sexe n'était pas précisé (un dans la classe d'âge 5-14 ans et six dans la classe d'âge 15-24 ans).

Champ : France entière.

Sources : CNAMTS (régime général *stricto sensu*).

CHAMP • France entière.

SOURCES • Populations de référence : statistiques démographiques (INSEE) ; nombre de cas : données de la déclaration obligatoire (InVS).

LIMITES ET BIAIS • Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives (taux d'exhaustivité estimé à 65 % sur l'ensemble du territoire et 80 % pour Paris).

RÉFÉRENCES •

- Antoine D., Che D., 2007, « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 11 : 85-89.
- Collectif, 2005, « Le point sur la tuberculose », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 17-18 : 66-69.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2003 *stricto sensu* excluant les sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants) soit 70 % environ de la population française.

SOURCES • CNAMTS : remboursements de médicaments antituberculeux.

LIMITES ET BIAIS • Les données de remboursement ne permettent pas de distinguer les traitements pour tuberculose maladie des traitements débutés et interrompus par la suite (en cas d'examen microbiologiques négatifs par exemple). Les antibiotiques de deuxième ligne n'ont pas été pris en compte (fluoroquinolones par exemple) ainsi que les délivrances hospitalières exclusives. Enfin, les patients ayant changé de caisse d'affiliation ont pu être comptabilisés plus d'une fois au cours d'une année.

RÉFÉRENCE •

- Allenbach D. *et al.*, 2004, « La population traitée par médicaments antituberculeux en 2003 : les données du régime général de l'assurance maladie », *Revue Médicale de l'assurance maladie*, Vol. 35, n° 4.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CNAMTS.

Vaccination contre la grippe des groupes à risque

L'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale retenu par la loi de santé publique est centré sur les populations à risque et les professionnels à leur contact.

Il s'agit d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % en 2008, dans tous les groupes cibles : personnes souffrant d'une ALD, professionnels de santé, personnes âgées de 65 ans et plus. Les personnes à risque sont soit âgées de 65 ans ou plus, soit atteintes par différentes affections chroniques ou situations susceptibles d'être décompensées par la grippe. Les indicateurs suivis sont ici cadrés sur les recommandations vaccinales, en l'occurrence les ALD pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. Actuellement, la prise en charge de la vaccination contre la grippe à partir de 65 ans inclut l'ensemble des personnes âgées. En conséquence, les données relatives à la couverture vaccinale des personnes en ALD exonérante ne concerneront que les personnes de moins de 65 ans.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus

Lors de la campagne de l'hiver 2005-2006, le taux de délivrance des vaccins était égal à 63 % pour les assurés de la CNAMTS, stable par rapport à 2004-2005. Les enquêtes réalisées par la TNS-SOFRES montraient toutefois un taux un peu plus élevé mais relativement stable depuis quelques années : 67 % en 2002-2003, 68 % en 2004-2005.

Le taux de vaccination des 65-69 ans reste plus faible que celui des personnes de 70 ans et plus, mais a augmenté de 45 % à 53 % entre les campagnes 2004-2005 et 2005-2006 (tableau 1).

Taux de vaccination contre la grippe des personnes de moins de 65 ans ayant une des ALD donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination¹

Parmi les personnes de moins de 65 ans ayant une des ALD « exonérantes » pour la vaccination, 50,8 % avaient fait l'objet d'une déli-

vance gratuite de vaccin contre la grippe après l'envoi de la prise en charge par la CNAMTS fin 2004. Ce taux est de 53,6 % en 2005-2006 (tableau 1) pour les assurés de la CNAMTS.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion de professionnels du secteur sanitaire ou social déclarant avoir été vaccinés contre la grippe

Selon les données disponibles, le taux de vaccination contre la grippe des médecins généralistes était estimé à 66 % au cours de l'hiver 2004-2005, et celui des infirmières libérales, à 31 %.

En maison de retraite, le taux était globalement estimé à 38 %, avec là encore des disparités selon les professions : 63 % pour les médecins, 29 % pour les infirmières, 29 % pour les aides-soignantes.

Le taux de vaccination apparaît particulièrement faible dans les services d'urgence avec une estimation de 29 % (médecins : 47 %,

infirmières : 19 %, aides-soignants : 23 %) (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

1. Liste des ALD pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe :

- (1) Diabète de type 1 et Diabète de type 2 ;
- (2) Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- (3) Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- (4) Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- (5) Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- (6) Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ;
- (7) Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- (8) Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- (9) Mucoviscidose.

En 2006, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont été rajoutés à la liste de ces 9 ALD.

synthèse

En 2005-2006, le taux de vaccination contre la grippe (estimé par le taux de délivrance des vaccins) de l'ensemble des personnes à risque est de 62 % : 63 % pour les plus de 65 ans et 54 % pour les moins de 65 ans ayant une pathologie susceptible d'être décompensée par la grippe (« ALD exonérante »). Globalement ces taux sont stables mais ont légèrement augmenté entre l'hiver 2004 et l'hiver 2005 chez les personnes âgées entre 65 et 69 ans et chez les moins de 65 ans en ALD exonérante. Le taux de vaccination des professionnels reste limité : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite (données 2004-2005).

Tableau 1 • Taux de vaccination contre la grippe des populations à risque

	Hiver 2004-2005		Hiver 2005-2006	
	CNAMTS	RSI	CNAMTS	RSI
65 ans ou plus	63,9%		63,1%	
<i>dont 65-69 ans</i>	45,5%		53,2%	
<i>dont 70 ans au plus</i>	70,8%		66,6%	
Moins de 65 ans en ALD exonérantes	50,8%		53,6%	
Global	62,5%	53,4%	62,4%	53,6%

Champ : France métropolitaine, assurés sociaux de la CNAMTS et du RSI et leurs ayants droit uniquement.

Sources : Cnamts, service prévention ; RSI, Direction de la politique de santé, Gestion du risque.

CHAMP • France métropolitaine, assurés sociaux et ayants droit de la CNAMTS et du RSI.

SOURCES • CNAMTS, service prévention ; RSI, direction de la politique de la santé, gestion du risque.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • 1) rapport du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la période de campagne au nombre d'assurés ou ayants droit âgés de 65 ans ou plus. 2) rapport du nombre de personnes de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la période de campagne au nombre d'assurés ou ayants droit de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante.

LIMITES ET BIAIS • Ces données ne concernent que le régime général des travailleurs salariés et des indépendants. Par ailleurs, elles concernent la délivrance du vaccin dans les officines et non *stricto sensu* la vaccination.

RÉFÉRENCE •

- CNAMTS, 2005, « Campagne d'information nationale 2005 - vaccination antigrippale », Dossier de presse.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CNAMTS, RSI, MSA.

Tableau 2 • Vaccination contre la grippe des professionnels sanitaires et sociaux

	2004-2005
Médecins généralistes	66,0%
Infirmiers libéraux	31,0%
Personnels de maison de retraite	38,0%
Personnels des services d'urgence	29,0%

Champ : France.

Sources : DGS TNS-SOFRES.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • DGS enquête DGS/TNS-SOFRES.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre de professionnels ayant déclaré avoir été vacciné contre la grippe au cours de l'hiver 2004-2005, au nombre de professionnels interrogés au cours d'un entretien téléphonique (CATI) N = 1 646.

LIMITES ET BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives.

RÉFÉRENCE •

- TNS-DGS, 2005, « Bilan de la vaccination grippale parmi les professionnels de santé ».

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DGS/TNS-SOFRES.

Maladies diarrhéiques

La loi de santé publique préconise pour les maladies diarrhéiques de **diminuer de 20% en 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales¹ chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà).**

En France et dans les pays de niveau de développement comparable, le taux de mortalité pour ces maladies infectieuses intestinales est relativement faible avant l'âge d'1 an alors qu'il s'agit d'une préoccupation importante de santé publique dans les pays en développement. Pour les personnes de 65 ans ou plus, on constate une augmentation du taux de mortalité avec l'avancée en âge. L'évolution démographique attendue (vieillesse de la population) nécessite de suivre la mortalité due à cette pathologie.

Toutefois, si le taux de mortalité qui leur est attribuable reste faible, les diarrhées infectieuses, qui sont à l'origine de la plupart des maladies diarrhéiques, constituent probablement l'une des pathologies infectieuses les plus fréquentes. La gastro-entérite virale est au 2^e rang de la morbidité infantile (entre 0 et 5 ans)². Mais leur incidence ne peut en être appréciée avec précision car seules les toxi-infections alimentaires collectives, le choléra, les fièvres typhoïde et paratyphoïde font l'objet d'une déclaration obligatoire (DO). Or les diarrhées infectieuses sont dans 80% des cas dues à un virus et la DO ne recense que des diarrhées d'origine bactérienne. En 2005, l'InVS enregistrait 3 166 cas confirmés de toxi-infections alimentaires collectives, dont 5 décès et 12,5% de cas ayant donné lieu à une hospitalisation, ainsi que 2 332 cas suspectés. Les cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde déclarées en 2005 étaient au nombre de 146 sans aucun décès. Les cas de choléra en France sont rares et toujours importés : entre 0 et 2 cas par an sont déclarés depuis l'année 2000. Les diarrhées sont principalement transmises, soit de personne à personne, notamment lorsqu'elles sont d'étiologie virale, soit à partir d'une source unique, notamment lorsqu'elles sont d'étiologie bactérienne.

La promotion de l'hygiène dans tous les lieux de vie (familiaux et collectifs), la fourniture d'une eau conforme à la réglementation en matière microbienne à l'ensemble de la population et l'éducation des familles à la prise en charge de la diarrhée de l'enfant doivent permettre de diminuer l'incidence de ces pathologies.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinale

En 2004, on comptait 855 décès par maladies infectieuses intestinales (dont 61% de femmes) 757 concernaient des personnes de 65 ans et plus.

Ces effectifs ne prennent pas en compte les décès pour lesquels une maladie diarrhéique a été déclarée sans mention de cause infectieuse (classée dans le chapitre des maladies digestives). Le nombre de 855 décès annuels était ainsi sûrement sous-estimé. Les taux de décès standardisés sont plus élevés chez les hommes (tableau 1).

Les taux bruts de mortalité sont plus élevés lorsqu'on avance en âge et plus particulièrement après 85 ans (graphique 2).

Entre 1990 et 2000 on notait une tendance à

l'augmentation. Entre 2000 et 2004³, c'est une diminution qui est observée. En particulier, sur cette période, on note une diminution de 30% des taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales pour les enfants de moins d'1 an (tableau 2). Sur la même période, chez les personnes des deux sexes âgées de 65 ans et plus, les taux standardisés pouvaient être considérés comme stables compte tenu de la brièveté de la période d'observation (tableau 1).

Enfin, de fortes disparités régionales étaient enregistrées. En 2004, les taux les plus élevés concernaient l'Alsace, la Bourgogne, la région Rhône Alpes et le Nord Pas-de-Calais. Mais ces résultats doivent être considérés avec prudence, les effectifs étant très faibles.

En 2004, le taux standardisé de mortalité par maladies diarrhéiques pour 100 000 habitants chez les enfants de moins de 5 ans était en moyenne de 0,74 dans les pays de l'Europe

des 27. On enregistrait des extrêmes de 8,46 pour la Roumanie et 0,06 pour la Pologne. La France déclarait un taux de 0,81⁴. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

En 2004, en France, on comptait 855 décès ayant pour cause une maladie infectieuse intestinale. Même si ce chiffre était sûrement sous-estimé, il ne représente que 0,17% de l'ensemble des décès.

Les taux de décès standardisés sont plus élevés chez les hommes. Les taux bruts sont plus élevés lorsqu'on avance en âge et plus particulièrement après 85 ans. Entre 2000 et 2004 on notait une tendance à la diminution des taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales pour les enfants de moins d'1 an. Sur la même période, chez les personnes des deux sexes âgées de 65 ans et plus, les taux standardisés pouvaient être considérés comme stables.

1. Les maladies diarrhéiques sont pour la plupart consécutives à des maladies infectieuses intestinales.
2. Rapport du GTNDO ; <http://www.sante.gouv.fr/> ; Thème « Loi de santé publique du 9 août 2004 » ; « Élaboration de la loi relative à la politique de santé publique ».

3. Le changement de codage des causes de décès à partir de l'année 2000 entraîne une augmentation des chiffres par rapport aux années précédentes (voir « biais connus » page suivante). On se limite donc ici aux comparaisons à partir de l'année 2000.

4. European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe <http://data.euro.who.int/hfad/>

Tableau 1 • Évolution des taux de décès standardisés de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 chez les hommes et les femmes entre 2000 et 2004

Années		0-64 ans	65 ans et plus	Tous âges
2000	Hommes	0,4	8,0	1,2
	Femmes	0,2	7,2	0,9
2001	Hommes	0,3	6,3	0,9
	Femmes	0,2	5,6	0,8
2002	Hommes	0,2	7,1	1,0
	Femmes	0,2	5,8	0,8
2003	Hommes	0,2	6,8	0,9
	Femmes	0,2	5,8	0,8
2004	Hommes	0,2	6,7	1,0
	Femmes	0,2	5,7	0,8

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

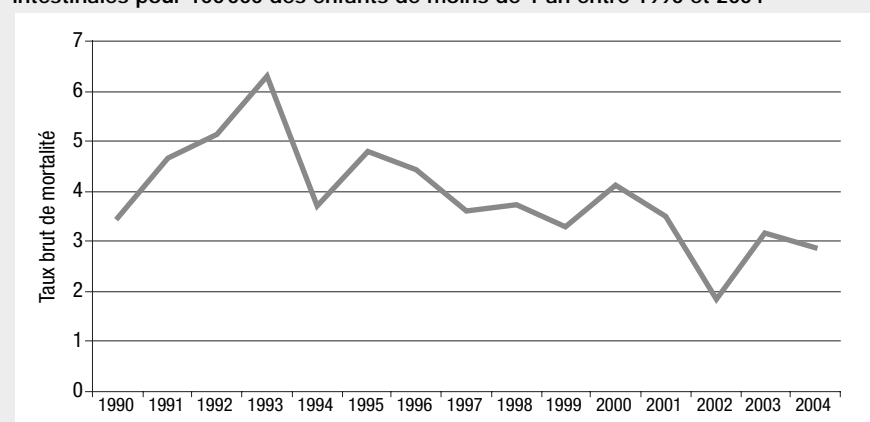
Tableau 2 • Évolution des taux bruts de mortalité par maladies infectieuses intestinales par âge entre 2000 et 2004

Années	< 1 An	65-74	75-84	85 et +	0-64	65 et +	Tous âges
2000	4,1	2,4	7,7	43,6	0,3	9,5	1,7
2001	3,5	1,7	7,2	32,6	0,2	7,4	1,4
2002	1,8	2,0	7,5	33,4	0,2	7,6	1,4
2003	3,2	1,9	7,3	34,6	0,2	7,5	1,4
2004	2,9	1,6	7,3	36,8	0,2	7,6	1,4
Var. 2004-2000	-30 %	-32 %	-5 %	-15 %	-23 %	-20 %	-19 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

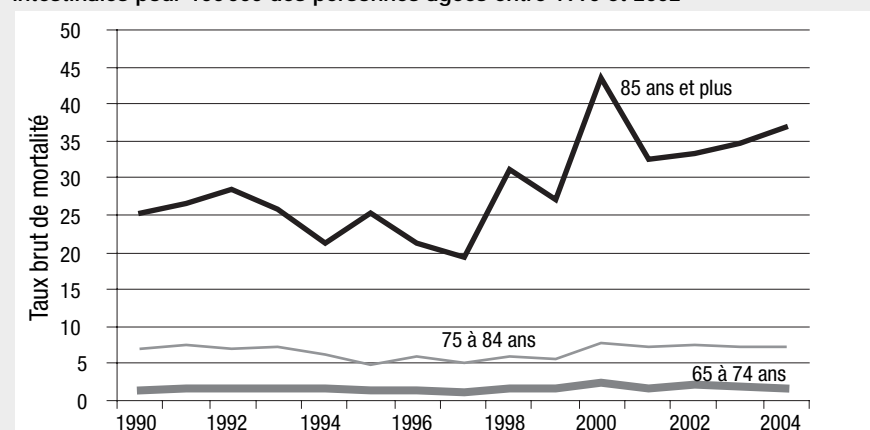
Graphique 1 • Évolution des taux bruts de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 des enfants de moins de 1 an entre 1990 et 2004



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Graphique 2 • Évolution des taux bruts de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 des personnes âgées entre 1990 et 2002



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France entière.

SOURCES • INSERM-CépiDc, données annuelles.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • numérateur : codes CIM9 002-009 de 1990 à 1999, CIM10 A01-A09 à partir de 2000 ; dénominateur : population française de l'année considérée (INSEE) ; population française de l'année considérée (INSEE) ; population de référence pour la standardisation : EUROSTAT-Pop Europe-IARC 1976.

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Cet effectif de décès ne prend pas en compte les décès où une maladie diarrhéique a été déclarée sans mention de cause infectieuse (alors classée dans le chapitre des maladies digestives). Le nombre de décès annuels est ainsi probablement sous-estimé.

BIAIS CONNUS • Changement de codage depuis 2000 (CIM9 à CIM10) entraînant une augmentation des chiffres de décès pour cette cause.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Infections sexuellement transmissibles

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 préconise de **réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque ainsi que la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2.**

Les réseaux de surveillance des gonococcies et des infections à *chlamydia* reposent sur la participation des biologistes volontaires, celui de la syphilis étant composé de cliniciens volontaires.

- Pour les infections à gonocoque (Réseau RENAGO), l'indicateur est le nombre de gonocoque isolé par laboratoire actif et par an (NG/Lab/an). Un laboratoire actif est un laboratoire ayant participé au moins 6 mois sur 12.
- Pour les infections à *chlamydia* (Réseau RENACHLA), il existe 2 indicateurs, le nombre total de recherches à *chlamydia* et le nombre total de prélèvements positifs à *chlamydia*.
- Pour la surveillance de la syphilis, l'indicateur principal est le nombre de cas de syphilis infectieuses selon 3 stades cliniques (primaire, secondaire, latente précoce datant de moins de 1 an). Le nombre annuel de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues constitue l'indicateur secondaire.
- Concernant la prévalence de l'infection à HSV2 en France, les résultats de l'étude de séro-épidémiologie rétrospective devraient être disponibles entre fin 2008 et début 2009.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Les infections à gonocoque

Nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif

En 2005, 218 laboratoires actifs (76 % statut privé, 22 % statut public) ont participé au réseau de surveillance. Le nombre de gonocoques isolés par ces laboratoires s'élève à 571 souches chez des adultes, dont 507 chez des hommes et 64 chez des femmes. Le nombre moyen de gonocoques isolés par ces laboratoires en 2005 est de 2,6 NG/lab/an soit une hausse de +4,8 % par rapport à 2004 (+16 % en 2004 par rapport à 2003). La hausse, observée dans les deux sexes (graphique 1), est plus élevée chez les femmes (0,29 NG/lab/an soit +32 %) que chez les hommes (2,33 NG/lab/an soit +8 %).

Le sex-ratio est de 8 hommes pour une femme en 2005. L'âge médian des hommes est stable à 32 ans et celui des femmes est stable à 26 ans. Chez les hommes, 61 souches (11 %) ont été isolées au niveau anal.

Contrairement à 2004, une hausse est observée dans les régions hors Île-de-France : 1,94 NG/lab/an soit +14 % en 2005 contre 1,7

NG/lab/an soit +13 % en 2004 (graphique 2). En Île-de-France, alors que le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire avait augmenté de +25 % en 2004, il est stable en 2005 (5,5 NG/lab/an).

La syphilis

Nombre de diagnostics de syphilis déclarés par les centres volontaires

La baisse du nombre de cas déclarés en 2004 par rapport à 2003 se poursuit en 2005 (314 cas en 2005 contre 402 en 2004 et 448 en 2003). Cette diminution se poursuit en Île-de-France avec une baisse de 36 % entre 2004 et 2005 (152 cas en 2005 contre 237 cas en 2004). Elle était de 15 % entre 2003 et 2004. Le nombre de cas déclarés dans les autres régions est stable (167 en 2005 contre 166 en 2004 et 169 en 2003) (graphique 3).

En 2005, les patients sont majoritairement des hommes (93 %), dont 86 % déclarent des relations homosexuelles ; l'augmentation de la proportion des femmes entre 2004 et 2005, respectivement 5 % et 7 %, n'est pas significative. La proportion de patients homo ou bisexuels infectés par le VIH est de 48 % en

2005. L'âge médian des hommes en 2005 est de 36 ans, celui des femmes de 31 ans.

La répartition des formes cliniques de la maladie est inchangée avec 26 % de formes primaires, 40 % de formes secondaires et 34 % de formes latentes précoces (graphique 4).

Nombre de boîtes d'Extencilline® vendues

La baisse du nombre de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues en Île-de-France se poursuit en 2005 (-9 % par rapport à 2004), mais elle est bien moins spectaculaire qu'en 2004 (-45 % par rapport à 2003).

Le nombre de boîtes d'Extencilline vendues en province continue à augmenter progressivement (+3 % entre 2004 et 2005 *versus* +5 % entre 2003 et 2004).

Les infections à *chlamydia*

Nombre de C. trachomatis identifiés par an par laboratoire participant

En 2005, 76 laboratoires (64 % statut privé, 36 % statut public) ont participé chaque mois au réseau de janvier 2005 à décembre 2005. Le nombre de recherche de C. trachomatis (CT) moyen/laboratoire est de 340 et le nombre moyen de C. trachomatis isolés par laboratoire en 2005 est de 40 CT/lab. Le taux de positivité (proportion de personnes testées avec un résultat positif) est de 4,2 % chez l'homme et de 3,4 % chez la femme (graphiques 5 et 6).

Pour limiter les biais, l'évolution de 2004 à 2005 est mesurée sur les 66 laboratoires qui ont été actifs pendant les deux années. Pendant cette période, le nombre de tests a augmenté de 7 % (+15 % chez l'homme et +3 % chez la femme) et le nombre de résultats positifs, de 10 % (avec une hausse identique chez les hommes et chez les femmes). Le taux de positivité a diminué de 5 % chez l'homme et a augmenté de 7 % chez la femme. L'augmentation de tests positifs est plus importante en Île-de-France (17 %) que dans les autres régions (4 %). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche avril 2007.

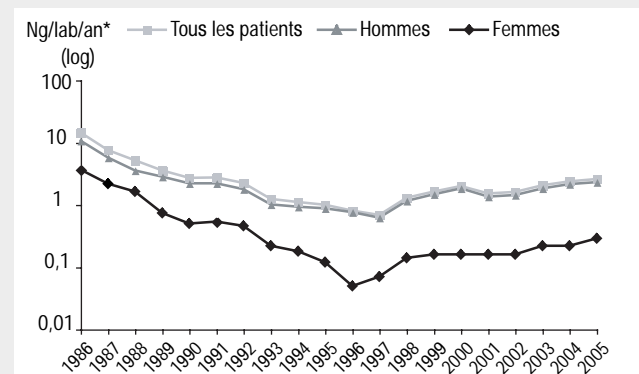
synthèse

En 2005, la syphilis baisse en Île-de-France et reste stable dans les autres régions. Les infections à gonocoque et à chlamydia sont en augmentation par rapport à 2004. Ces données issues de réseaux volontaires, sont utiles pour dégager des tendances dans le temps mais ne permettent pas des calculs d'incidence.

Concernant la prévalence de l'infection à HSV2 en France, les résultats de l'étude de séro-épidémiologie rétrospective devraient être disponibles entre fin 2008 et début 2009.

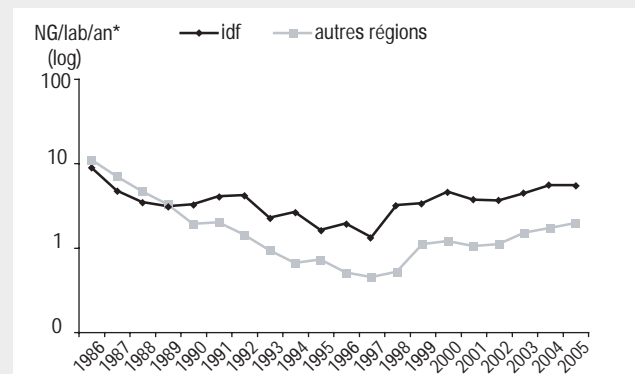
1. Depuis 2000, la syphilis n'est plus une maladie à déclaration obligatoire.

Graphique 1 • Infections à gonocoque, évolution de l'indicateur RENAGO, 1986-2005, tous les patients et par sexe



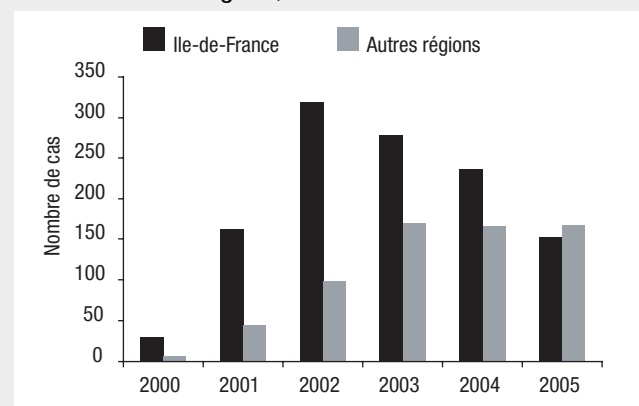
* Ng/lab/an : nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif.
Champ : France entière.
Sources : Réseau de cliniciens volontaires (système de surveillance sentinelle).

Graphique 2 • Infections à gonocoque, évolution de l'indicateur RENAGO, 1986-2005, en Île-de-France et dans les autres régions



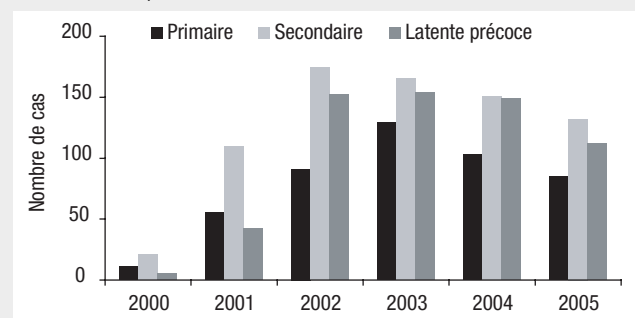
* Ng/lab/an : nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif.
Champ : France entière.
Sources : Réseau de cliniciens volontaires (système de surveillance sentinelle).

Graphique 3 • Nombre de syphilis déclarées, en Île-de-France et dans les autres régions, entre 2000 et 2005



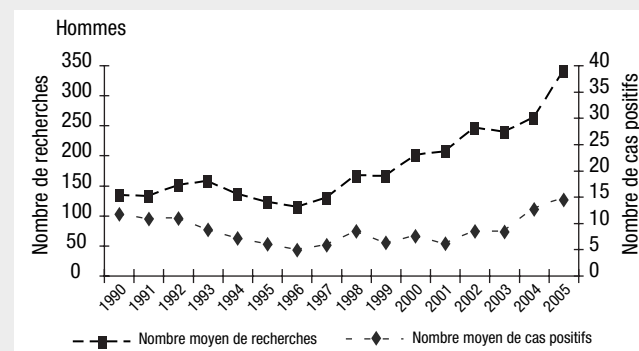
Champ : France entière.
Sources : Réseau de cliniciens volontaires (système de surveillance sentinelle).

Graphique 4 • Nombre de syphilis déclarées, selon les stades de la maladie, entre 2000 et 2005



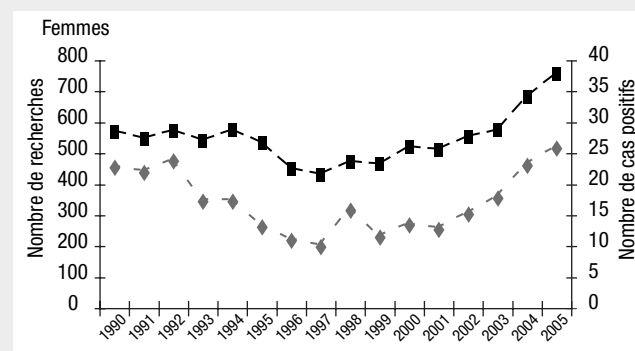
Champ : France entière.
Sources : Réseau de cliniciens volontaires (système de surveillance sentinelle).

Graphique 5 • *Chlamydia trachomatis*. Nombre de recherches et de diagnostics positifs chez l'homme entre 1990-2004



Champ : France entière.
Sources : RENACHLA, réseau de biologistes volontaires.

Graphique 6 • *Chlamydia trachomatis*. Nombre de recherches et de diagnostics positifs chez la femme entre 1990-2004



Champ : France entière.
Sources : RENACHLA, réseau de biologistes volontaires.

CHAMP • France entière, indicateurs annuels.

SOURCES • Biologistes et cliniciens volontaires collaborant, données sur les ventes d'Extencilline®, 2, 4 MUI fournies par le GERS.

LIMITES ET BIAIS • Données issue de réseaux volontaires permettant de dégager des tendances dans le temps. Le calcul d'incidence n'est pas possible avec ces données.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS.

Couverture vaccinale de la population (1)

Atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008, est l'objectif préconisé par la loi de santé publique.

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clefs pour le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Le suivi des maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie...), doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de ces maladies.

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, rend nécessaire une connaissance précise de la couverture vaccinale des adultes et le rattrapage et/ou l'entretien de la vaccination de cette tranche d'âge de la population.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois : pourcentage d'enfants à jour des vaccinations contre la tuberculose (BCG), la diphtérie (D), le tétanos (T), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), *haemophilus influenzae* b (Hib), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

La mesure principale du taux de couverture vaccinale est effectuée sur la base des certificats de santé des nourrissons de 24 mois, avec une analyse au niveau départemental par les services de PMI puis une exploitation nationale des résultats par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère chargé de la santé (DREES).

Le tableau 1 reprend l'évolution des chiffres de couverture vaccinale à 24 mois de 1995 à 2004, montrant essentiellement une excellente couverture vaccinale DTCP (supérieure à 95 % pour 3 doses) et Hib (supérieure à 85 % pour 4 doses) ainsi qu'une couverture par le BCG autour de 84 %. Par contre la couverture ROR reste inférieure à 90 % et la couverture contre l'hépatite virale B ne dépasse pas 30 %.

La France est l'un des pays industrialisés où les couvertures sont les meilleures pour la polio, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et les infections à *Haemophilus influenzae* b, mais elle est moins performante pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B (tableau 2).

En 2004, des disparités régionales sont enregistrées pour la vaccination rougeole-oreillons-

rubéole à l'âge de 2 ans, avec la mise en évidence d'un gradient Nord Sud (carte 1).

Couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans : pourcentage d'enfants à jour des vaccinations BCG¹ et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

À 6 ans il n'y a pas de recueil systématique de la couverture vaccinale, mais des enquêtes sont menées en dernière année de maternelle, à l'occasion du bilan de santé effectué avant l'entrée en primaire par les services de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE). Jusqu'en 2000, elles étaient réalisées à peu près tous les 2 ans² par la DREES, et les indicateurs utilisés concernaient les vaccinations ROR. En 2002, après la mise en place du cycle d'enquêtes triennales (DREES, DESCO, DGS, InVS), l'enquête a concerné tous les antigènes compris dans le calendrier vaccinal des enfants de cet âge.

On enregistre une amélioration de la couverture pour le BCG entre 1999 (93 %) et 2002 (proche de 100 %), ainsi qu'une amélioration progressive de la couverture par la vaccination ROR depuis 1991. Cependant, même à 6 ans, celle-ci ne dépasse pas 95 % (tableau 3).

Couverture vaccinale des adolescents en classe de troisième : pourcentage d'adolescents à jour des vaccinations contre la diphtérie (D), le tétanos (T), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), *haemophilus influenzae* b (Hib), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

Dans cette tranche d'âge (15 ans +/- 2 ans), il n'y avait pas de recueil systématique de la couverture vaccinale jusqu'en 2000. Depuis cette date, les enquêtes triennales réalisées en collège concernent tous les antigènes compris dans le calendrier vaccinal des adolescents de cet âge.

Les résultats de la dernière enquête, réalisée en 2003-2004, révèlent les taux de couverture suivants : BCG 99,8 %, DTP (au moins 6 doses) 80,5 %, coqueluche (au moins 5 doses³) 57,4 %, rougeole (2 doses) 65,7 %, rubéole (2 doses) 65,5 %, oreillons (2 doses) 61,1 % et hépatite B (3 ou 4 doses) 42,4 %. Ces chiffres montrent des couvertures insuffisantes pour la 2^e dose de rougeole, le rappel de coqueluche de la préadolescence et l'hépatite B.

1. En juillet 2007, la France a décidé de suspendre l'obligation vaccinale par le BCG. Cette vaccination reste cependant fortement recommandée dans un certain nombre de cas : (i) enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ; (ii) enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ; (iii) enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ; (iv) enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ; (v) enfant résidant en Île-de-France ou en Guyane ; (vi) enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

2. Sauf en 1995.

3. Toutefois, seuls 17,4 % des élèves ont reçu la 5^e dose coqueluche à l'âge requis (> 11 ans).

Tableau 1 • Évolution des couvertures vaccinales BCG, DTCP, Hib, VHB, ROR des enfants âgés de 2 ans entre 1995 et 2004 (%)

Taux de couverture vaccinale	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
BCG	82,7	81,7	81,8	81,1	82,6	83,1	83,0	85,0	84,6	84,1
Diphtérie-tétanos - 3 injections	97,1	97,4	97,6	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5	98,0
3 inj + rappel	88,5	89,8	89,7	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3	90,0
Coqueluche - 3 injections	95,9	96,7	96,8	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7	97,6
3 inj + rappel	87,3	89,0	88,8	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	89,6
Poliomyélite - 3 injections	96,9	97,1	97,4	97,2	97,6	98,0	98,0	97,4	96,2	97,9
3 inj + rappel	88,1	89,4	89,3	87,4	87,5	87,7	87,7	88,3	89,1	89,9
Haemophilus influenzae b*				79,4	84,5	86,1	85,8	86,5	86,6	87,0
Hépatite B				27,5	23,9	26,0	28,0	29,2	27,6	29,0
Rougeole	82,6	83,8	83,3	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9	87,3	87,0
Oreillons					81,0	83,5	84,2	85,7	87,1	86,8
Rubéole	81,5	83,1	82,5	81,9	82,3	83,8	84,2	85,6	87,0	86,8

* 3 injections plus rappel.

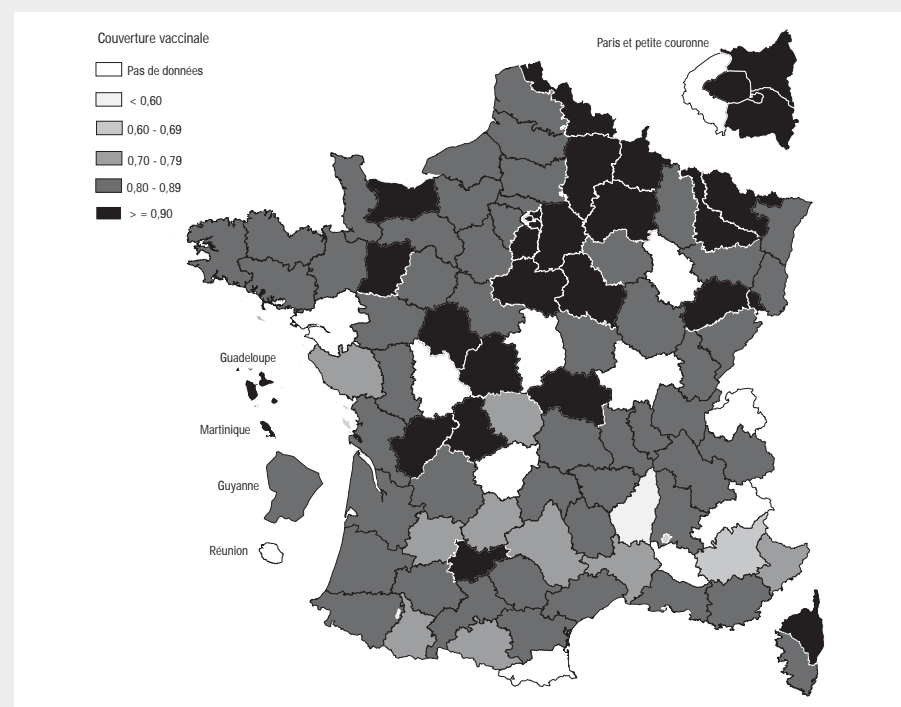
Champ : France entière. Sources : DREES et certificats de santé.

Tableau 2 • Couverture vaccinale des enfants âgés de 2 ans en Europe et aux États-Unis en 2000 (%)

	BCG	Diphtérie	Tétanos	Polio	Coqueluche	Rougeole	Hib	VHB
Allemagne	ND	97	97	95	97	75	79	29
Autriche	ND	90	90	95	90	90	ND	ND
Belgique	ND	95	95	94	95	73	ND	ND
Danemark	ND	99	99	99	99	92	ND	ND
Espagne	ND	95	95	95	95	ND	92	80
États Unis	ND	94	94	90	94	91	93	90
Finlande	99	99	99	95	99	96	96	ND
Grande-Bretagne	ND	92	92	92	92	91	92	ND
Grèce	88	88	88	87	88	88	88	88
Irlande	90	86	86	86	86	77	ND	ND
Italie	ND	95	95	97	95	70	ND	97
Luxembourg	59	98	98	98	98	91	86	49
Norvège	98	95	95	91	95	93	ND	ND
Pays-Bas	ND	97	97	97	97	96	96	ND
Portugal	88	97	97	96	97	96	ND	96
Suède	ND	99	99	99	99	96	98	ND
Suisse	ND	90	90	98	90	90	ND	ND

ND : non disponible, le BCG n'étant pas inclus dans le calendrier de ces pays.

Champ : France entière. Sources : rapports EUVAX 2001 et OMS 2002 WHO/V&B/02.20 : R42-R234.

Carte 1 • Couverture vaccinale ROR à 2 ans en 2004, France Métropolitaine et DOM, données des certificats de santé du 24^e mois


Champ : France entière. Sources : Certificats de santé DREES, 10 mars 2006.

Couverture vaccinale de la population (2)

Couverture vaccinale des adultes : pourcentage d'adultes à jour de leur vaccination tétanos et poliomyélite

L'enquête Santé et protection sociale (SPS) menée par le CREDES/IRDES en 2002 en France métropolitaine permet de connaître la couverture vaccinale déclarée par les adultes.

Pour le tétanos, 88,5 % des personnes (IC 95 % : 87,7-89,3) déclarent avoir été vaccinées au cours de leur vie. 62,3 % (IC95 % : 61,1 - 63,5) avaient été vaccinées depuis moins de 10 ans et 71,2 % (IC95 % : 70,0 - 72,3) depuis moins de 15 ans. La proportion de personnes considérées comme couvertes (vaccinées depuis moins de 15 ans) était plus faible chez la femme (69,6 %, (IC95 % : 68,1 - 71,0) que chez l'homme (72,8 %, (IC95 % : 71,4 - 74,2) et diminuait avec l'âge, notamment chez les personnes âgées de 65 ans ou plus où elle était de 60,5 % (IC95 % : 57,6 - 63,4).

Pour la polio, 66,0 % des personnes (IC95 % : 64,7 - 67,2) déclarent avoir été vaccinés au cours de leur vie. 36,1 % (IC95 % : 34,8 - 37,3) avaient été vaccinées depuis moins de 10 ans et 41,9 % (IC95 % : 40,7 - 43,2) depuis moins de 15 ans. Comme pour le tétanos, c'est parmi les plus de 65 ans que l'on trouve les plus fai-

bles proportions de personnes considérées comme couvertes (13,3 % [IC95 % : 11,4 - 15,5]), sans qu'il y ait de différence significative entre hommes et femmes.

Ces chiffres révèlent une insuffisance de couverture des adultes.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Données d'achat des différents vaccins par officines

Le tableau 4 présente le nombre de doses de vaccins achetées par officines pour chaque groupe de vaccin entre 2004 et 2006 (données GERS). On note pour la période 2004-2006 une hausse des achats de vaccins hépatite B de l'enfant (+18%), une forte hausse des achats des vaccins rougeole-rubéole-oreillons (entre +40 % et +49 %) et pneumocoque héptavalent (+58%), alors que les achats de vaccin BCG sont en forte baisse (-62 %). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • InVS.

Mise à jour de la fiche juillet 2007.

synthèse

L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). Elle doit par contre être améliorée en particulier pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement la moins bien réalisée.

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 d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale auquel la France a souscrit, d'ici 2010.

Pour les adolescents et les adultes, l'objectif est l'amélioration des couvertures vaccinales qui sont insuffisantes, avec un effort tout particulier vis-à-vis des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B et vis-à-vis des adultes en ce qui concerne le tétanos.

Tableau 3 • Évolution de la couverture vaccinale des enfants de six ans entre 1991 et 2002 (%)

Année d'enquête en école maternelle				
	CV rougeole	CV oreillons	CV rubéole	CV BCG
1991	72	56	66	
1993	81	77	80	
1997	90	89	89	97
1999	94	94	94	93
2002*	93	93	93	100

Champ : France entière.

Sources : DREES et InVS.

Tableau 4 • Nombre de doses de vaccins achetées pour chaque maladie à prévention vaccinale, 2004-2006

	Nombre de doses achetées (% de variation par rapport à l'année précédente)			
	2004	2005	2006	Variation 2004-06
Diphtérie, tétanos, polio	7 671 941	7 833 865 (+2,1%)	7 391 527 (-5,6%)	-280 414 (-3,6%)
Coqueluche	3 843 499	3 664 507 (-4,7%)	3 667 357 (+0,1%)	176 142 (-4,6%)
Hémophilies influenzae b	2 822 922	2 882 693 (+2,1%)	2 934 502 (+1,8%)	111 580 (+3,9%)
Hépatite B (dosage enfant)	1 074 142	1 119 120 (+4,2%)	1 266 288 (+13,2%)	192 146 (+17,8%)
Rougeole	1 754 834	2 108 475 (+20,2%)	2 461 031 (+16,7%)	706 197 (+40,2%)
Rubéole	1 796 266	2 145 608 (+19,4%)	2 656 675 (+23,7%)	860 409 (+47,9%)
Oreillons	1 747 763	2 102 478 (+20,3%)	2 607 208 (+24,0%)	859 445 (+49,1%)
BCG	1 009 690	956 211 (-5,3%)	378 306 (-60,4%)	631 384 (-62,5%)
Pneumocoque heptavalent	1 560 723	2 045 544 (+31,1%)	2 471 709 (+20,8%)	910 986 (+58,4%)

Champ : France entière.

Sources : GERS.

RÉFÉRENCES •

- Antona D., Fonteneau L., Levy-Bruhl D., Guignon N., De Peretti C., Niel X., Romano M.-C., Kerneu C., Herbet J.-B., 2007, « Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 6 h45-49.
- Antona D., Bussière E., Guignon N., Badeyan G., Lévy-Bruhl D., 2003, « La couverture vaccinale en France en 2001 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 36.
- Antona D., Bussière E., Guignon N., Badeyan G., Lévy-Bruhl D., 2003, « Vaccine coverage of pre-school age children in France in 2000. Euro Surveill », *Jun*, 8 (6) : 139-44.
- Auvray L., Doussin A., Le Fur P., 2003, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », CREDES, n° 1509, 181 p.
- Bonmarin I., Parent I., Levy-Bruhl D., 2004, « La rougeole en France : impact épidémiologique d'une couverture vaccinale sub-optimale », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 16 : 61-62.
- Badeyan G., Guignon N., 1999, « Vaccination contre la tuberculose », *Études et Résultats*, DREES, n° 8.
- Bussière E., 2000, « Principaux indicateurs issus des certificats de santé », collection Statistiques, *document de travail*, DREES, n° 17.
- Communication personnelle Bussière E., Vilain A., « Certificats de santé du 24^e mois couverture vaccinale : France Métropolitaine 1995-2003 », DREES, Bureau de l'état de santé de la population et la prévention, analyses non publiées.
- Guignon N., de Peretti C., 2005, « La situation vaccinale des adolescents des classes de 3^e », *Études et Résultats*, DREES, n° 409.
- Guignon N., Badeyan G., 2002, « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé des écoles », *Études et Résultats*, DREES, n° 155.
- 2001, EUVAX project report. « Scientific and technical evaluation of vaccination programmes in the European Union », PSR consulting, University press, Helsinki.
- 2001, « Mesure de la couverture vaccinale en France : bilan des outils et méthodes en l'an 2000 », Institut de Veille Sanitaire, *Enquêtes et études*, février.
- 2002, « WHO vaccine preventable diseases: monitoring system. Country immunization profiles », global summary. WHO/V&B/02. 20 : R42-R234.

COUVERTURE VACCINALE A 24 MOIS

SOURCES • L'outil de recueil est, dans le carnet de santé, le certificat de santé rempli lors de la visite obligatoire du 24^e mois (CS24), permettant de relever le statut vaccinal de l'enfant par valence.

CHAMP • France entière.

LIMITES • D'une part, les CS24 renvoyés concernent les enfants qui résident dans le département à l'âge de 24 mois, et non les enfants nés dans le département. Cette limite disparaît quand on analyse les données agrégées au niveau national. D'autre part, le taux d'exploitation national des CS24 est actuellement d'environ 57 % par rapport aux naissances vivantes.

COUVERTURE VACCINALE A 6 ANS ET EN CLASSE DE 3^e

SOURCES • DREES et InVS - Il s'agit d'enquêtes triennales par échantillonnage. La base de sondage est le fichier des établissements scolaires publics et privés. Les effectifs d'élèves sont estimés chaque année par le ministère de l'éducation nationale (direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance).

CHAMP • France entière.

LIMITES • Dans l'enquête en classe de 3^e de 2003-2004, 79,5 % des collèges tirés au sort ont participé à l'enquête et la Région Midi-Pyrénées n'a pas participé. Parmi les 7 538 collégiens tirés au sort, seuls les 5 759 (76,4 %) qui ont présenté un carnet de santé ont été inclus dans l'analyse. Dans l'enquête en grande section (2002-2003), le taux de participation des écoles était de 40,3 %, ce taux particulièrement bas est lié à des circonstances exceptionnelles (grève des remontées administratives). L'échantillon était constitué de 4 747 enfants mais seuls les 4 362 élèves ayant présenté leur carnet de santé lors de la visite ont été inclus dans l'analyse. Le taux de participation des académies et les modifications régulières du calendrier vaccinal limitent certaines analyses, en particulier les comparaisons entre académies, et l'interprétation des évolutions temporelles.

COUVERTURE VACCINALE TÉTANOS ET POLIO CHEZ LES ADULTES

SOURCES • Enquête Santé et protection sociale (SPS) menée par le CREDES/IRDES tous les 2 ans : le module vaccination cible la population de plus de 16 ans, au sein d'un échantillon d'environ 18 000 personnes (échantillons d'enquête conçus à partir d'échantillons permanents issus des fichiers de la CNAMTS, de la CANAM et de la MSA). La première enquête comportant ce volet a été réalisée en 2002, en France métropolitaine.

CHAMP • France métropolitaine.

LIMITES • Il s'agit des limites des données déclaratives. Plus de 50 % des adultes n'ont aucun document sur lequel seraient reportées leurs vaccinations.

SUIVI DES ACHATS DE VACCINS

SOURCES • Données GERS (Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques). Il s'agit des données brutes d'achats de vaccins par les officines, auxquelles s'ajoutent les vaccins achetés par les collectivités.

CHAMP • France entière.

LIMITES • Il s'agit de volumes globaux de vente de vaccins, il est donc impossible d'en faire une analyse par âge ni d'estimer les couvertures vaccinales, en particulier dans le cas des vaccins multidoses. Ce ne sont là que des indicateurs très indirects.

Mortalité maternelle

En France, 50 à 100 femmes décèdent chaque année durant leur grossesse ou de ses suites. Le taux de mortalité maternelle le plus élevé au cours des quinze dernières années était estimé à 13,2 pour 100 000 naissances en 1996 (97 décès maternels). Ce taux était estimé à 7,4 décès pour 100 000 naissances en 1999. L'objectif relatif à la loi de santé publique est d'**atteindre un taux inférieur à 5 décès pour 100 000 naissances en 2008**. Selon l'analyse du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, environ 50 % des décès maternels survenus entre 1996 et 1999 pouvaient être considérés comme évitables.

Le nombre annuel de décès maternels étant relativement peu élevé, le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle a décidé que la périodicité nécessaire pour l'analyse serait biennale pour les taux et quinquennale pour la proportion « d'évitabilité ».

Pour les mêmes raisons, il n'a pas paru pertinent de désagréger cet indicateur au niveau régional. De plus, du fait d'une grande hétérogénéité quant à la déclaration des morts maternelles dans les différents pays d'Europe, des comparaisons de taux à cette échelle ne sont pas interprétables.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes

Le dernier taux disponible concerne les années 2003-2004 et s'établit à 7,0 pour 100 000 naissances vivantes (sources : CépiDc, tableau 1). Il confirme la tendance à la baisse enregistrée depuis le début des années 1990, période où a commencé la surveillance systématique de cet indicateur.

L'objectif visé en 2008 pourrait être atteint si la tendance se maintient.

Une variation aléatoire ne peut être exclue, compte tenu du nombre peu élevé de décès et des fluctuations annuelles régulièrement constatées (graphique 1) dans notre pays. Mais cette évolution pourrait aussi s'expliquer par deux mécanismes distincts et indépendants de la qualité des soins.

Classiquement, il existe une sous-estimation du nombre de décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès. Les premières recherches menées en France sur cette sous-estimation avaient établi à 50 % son ordre de grandeur (années 1988-1989) ; celui-ci a été ramené à 30 %, dans une étude relative à l'année 1999 [1 et 2]. Il y a donc eu une amélioration de l'enregistrement des décès maternels en France depuis 10 ans.

D'autres recherches avaient montré, compte tenu de la conjoncture démographique (nombre de femmes en âge de procréer et structure par âge), que la mortalité maternelle ne pouvait qu'augmenter jusqu'à l'année 2005 [3], mais que si l'on tenait compte de la structure par âge des mères à la naissance, on pouvait mettre en

évidence une légère baisse de la mortalité maternelle entre 1990-1994 et 1995-1999, différenciée selon les causes obstétricales [4].

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables

La part des décès jugés évitables (54,0 % sur la période 1996-2000 ; 51,6 % sur la période 1997-2001 et 52,0 % sur la période 1998-2002) apparaît stable (tableau 2). Les données concernent la France métropolitaine. Il est toutefois prévu d'inclure les données de mortalité des départements d'outre-mer dans les statistiques nationales¹.

Les comparaisons internationales sont difficiles. Toutefois, d'après deux études comparant la France aux pays de l'Union européenne et la France à la Finlande, le Massachusetts et la Caroline du Nord, il apparaît que la situation française pourrait être améliorée notamment

en ce qui concerne les hémorragies du post-partum [5,6] qui constituent la première cause de mortalité maternelle et qui sont en partie évitables. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM UNITÉ 149.
Mise à jour de la fiche septembre 2007.

Définition de la mort maternelle : la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ».

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : « Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ». « Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ». OMS, Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

1. Cela sera progressivement mis en place pour étudier rétrospectivement les décès à compter de l'année 1999 si possible.

synthèse

La mortalité maternelle est restée stable au cours des années 1999 à 2004 et s'établit à 7,0 pour 100 000 naissances en 2003-2004. La part des décès maternels évitables est estimée à 53 % en 2002.

Pour l'interprétation de l'évolution des taux de mortalité maternelle d'ici à 2008, la diminution de la sous-déclaration des décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès ainsi que l'accroissement de l'âge moyen des mères à la maternité seront à prendre en compte.

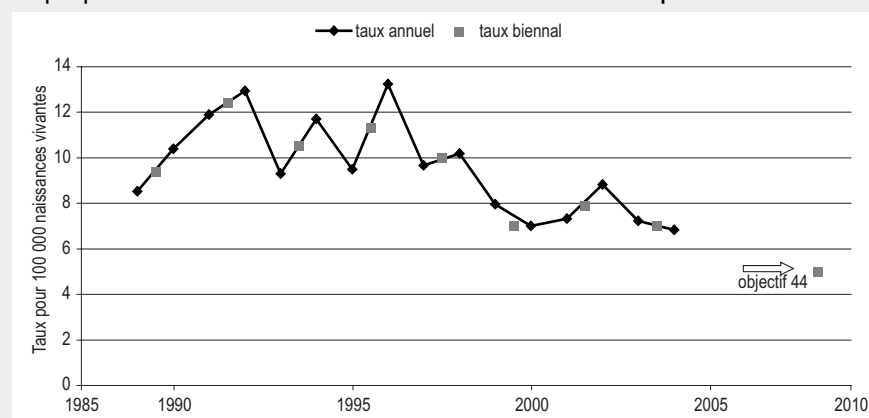
Tableau 1 • Évolution des taux de mortalité maternelle de 1989 à 2004

Années	Effectifs <i>France métropolitaine (France entière)</i>	TAUX pour 100 000 naissances vivantes	
		annuel <i>France métropolitaine</i>	biennal <i>France métropolitaine (France entière)</i>
1989	65	8,5	
1990	79	10,4	9,4
1991	90	11,9	
1992	96	12,9	12,4
1993	66	9,3	
1994	83	11,7	10,5
1995	69	9,5	
1996	97	13,2	11,3
1997	70	9,6	
1998	75	10,2	10,0
1999	55	7,4	
2000	50	6,5	7,0
2001	56 (61)	7,3	
2002	67 (81)	8,8	7,9 (8,9)
2003	55 (65)	7,2	
2004	52 (60)	6,8	7,0 (7,8)

Champ : France entière.

Sources : INSERM, CépiDc.

Graphique 1 • Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 1989



Champ : France entière.

Sources : INSERM, CépiDc et INSERM U149.

Tableau 2 • Évolution de la proportion de décès «évitables» parmi les morts maternelles de 1996 à 2002 (moyennes mobiles sur les périodes quinquennales)

Période	Décès de causes obstétricales	% d'évitabilité
1996-2000	269	54,0
1997-2001	257	51,6
1998-2002	201	52,0

p : Donnée provisoire.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable et INSERM U149.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Mortalité : INSERM-CépiDc ; naissances : INSEE.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • rapport du nombre des décès de causes obstétricales directes et indirectes au nombre de naissances vivantes de l'année considérée.

LIMITES • La désagrégation par région n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles (quinquennales par exemple) non présentée ici.

BIAS • Sous-estimation des morts maternelles (de 50 à 30 % selon les années), cf. références 2 et 3.

RÉFÉRENCES •

- [1] Bouvier-Colle M.-H. *et al.* 1991, «Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès», *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 20 : 885-891.
- [2] Bouvier-Colle M.-H. *et al.* 2004, «Nouvelle estimation de la mortalité maternelle en France», *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33 : 421-9.
- [3] Salanave B., Bouvier-Colle M.-H., 1995, «Mortalité maternelle et structure des naissances. Une explication possible de la surmortalité en France», *Rev Epidemiol Santé publique*, 43 : 301-7.
- [4] Szego E., Bouvier-Colle M.-H., 2003, «Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 1980», *Rev Epidemiol Santé publique*, 51 : 361-364.
- [5] Deneux C. *et al.* 2005, «Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the United States and Europe», *Obstet Gynecol*, (106) 4 : 684-692.
- [6] Wildman K. *et al.* 2004, «Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe», *Br J Obstet Gynecol*, 111 : 164-9.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et unité 149.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre de décès maternels classés évitables par le comité d'experts au nombre total de décès maternels.

LIMITES • Signification statistique réduite en raison du petit nombre de cas annuels ; la désagrégation par causes n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles.

BIAS • Données non exhaustives (25 % de non-réponse en moyenne).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM unité 149.

Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est défini, comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours, pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. Cet indicateur est produit chaque année par l'INSEE à partir de l'état civil. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de **réduire la mortalité périnatale de 15 % c'est-à-dire d'atteindre un taux de 5,5 pour 1 000 en 2008**.

L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant aujourd'hui plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période. Il est à présent nécessaire de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile. Par ailleurs, l'indicateur de mortalité périnatale pose des problèmes de comparaison internationale en raison des variations qui peuvent exister quant à la définition de la mortinatalité.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Taux de mortalité périnatale

Entre 1985 et 2001, la mortalité périnatale a fortement diminué, passant de 10,7 à 6,9 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances (tableau 1). La brusque augmentation observée en 2002 (10 pour 1 000) est due à un changement de réglementation, consécutif à l'abaissement des seuils d'enregistrement. Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). Or, une circulaire de novembre 2001 modifie cette disposition. Désormais, un acte d'enfant sans vie peut être établi après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids de l'enfant mort-né est d'au moins 500 grammes.

Entre 2002 et 2004, le taux de mortalité est passé de 10,0 à 10,9 pour 1 000. L'année 2005 enregistre une baisse pour la première fois depuis 6 ans avec un taux égal à 10,4 pour 1 000 (France métropolitaine).

La situation variait de 8,6 décès pour 1 000 naissances dans le Languedoc à plus de 12 pour 1 000 en Île-de-France. La situation était beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne de 18 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Guadeloupe et en Martinique où les taux atteignaient respectivement 22,7 et 21,9 pour 1 000.

Taux de mortinatalité

Au cours des trois dernières décennies, le taux de mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale. En

2005, il s'élevait à 8,9 pour 1 000 naissances en France métropolitaine (tableau 1). Les départements d'outre-mer atteignaient un taux de 14,1 pour 1 000 (20,4 et 17,2 pour 1 000 respectivement en Guadeloupe et Martinique).

Taux de mortalité néonatale

Entre 1985 et 1995, la mortalité néonatale en France métropolitaine a diminué de 4,6 pour 1 000 naissances vivantes à 2,9 pour 1 000. Ce taux a ensuite peu évolué entre 1995 et 2001, (2,9 pour 1 000 naissances vivantes). Depuis 2001, on enregistre une baisse régulière avec, pour 2005, un taux égal à 2,3 (France métropolitaine). Le taux observé dans les départements d'outre-mer (5,9 pour 1 000 en 2005) représentait plus de deux fois celui de la métropole.

Depuis 1997, un certificat spécifique a été mis en place pour les décès néonataux. L'analyse effectuée pour ceux survenus en métropole en 1999 montrait que les deux tiers de ces décès concernaient des prématurés (67,1 %) et particulièrement les grands préma-

turés : 30,5 % étaient nés avant 27 semaines et 25 % entre 27 et 32 semaines, les enfants issus de grossesses multiples représentant 18,8 % des décès néonataux (tableau 2). Par ailleurs, 36,9 % des décès néonataux avaient eu lieu durant les premières 24 heures, 35,1 % pendant les 6 jours suivants, 14,7 % durant la deuxième semaine et 13,4 % au cours des deux semaines suivantes.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité infantile

En France métropolitaine, le taux de mortalité infantile a diminué de 8,3 pour 1 000 en 1985 à 3,6 pour 1 000 en 2005 (tableau 1). Du début des années 1980 au milieu des années 1990, cette baisse a été principalement due au recul de la mortalité néonatale. Mais depuis, la mortalité néonatale s'est stabilisée et la baisse la plus importante concerne maintenant la mortalité post-néonatale (de 2,0 pour 1 000 à 1,3 pour 1 000 entre 1995 et 2005).

La mortalité infantile française se situe à un niveau inférieur à celui de l'Union européenne à 25 (4,5 pour 1 000), les taux les plus faibles étant atteints dans les pays nordiques (graphique). Au sein même du territoire français, de fortes disparités subsistent. Dans 6 départements de France métropolitaine, les taux de mortalité infantile étaient en 2005 supérieurs à 5 pour 1 000 (9 en 2004) ; ils étaient supérieurs à 7 dans tous les départements d'outre-mer avec un taux global de 8,5 pour 1 000 naissances dans les DOM. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSEE.

Mise à jour de la fiche juillet 2007.

synthèse

Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale était depuis 2000 sur une pente croissante. Si le changement de réglementation intervenu en 2001 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. L'année 2005 enregistre une baisse pour la première fois depuis 6 ans avec un taux égal à 10,4 pour 1 000 (France métropolitaine). De même, la mortinatalité est en augmentation depuis 2001 et atteint 8,9 pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie en 2005. La mortalité néonatale a peu évolué, mais connaît une baisse significative en 2005. Elle est passée de 2,6 pour 1 000 en 2004 à 2,3 en 2005.

Tableau 1 • Mortalité périnatale, néonatale et infantile

Année	Taux de mortalité néonatale Enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants	Taux de mortalité infantile Enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants	Taux de mortalité périnatale Enfants décédés à moins de 7 jours ou sans vie pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie	Taux de mortalité Enfants sans vie pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie
1985	4,6	8,3	10,7	7,3
1990	3,6	7,3	8,3	5,9
1995	2,9	4,9	7,4	5,3
2000	2,8	4,4	6,6	4,6
2001	2,9	4,5	6,9	4,8
2002	2,7	4,1	10,0	8,2
2003	2,6	4,0	10,7	8,9
2004	2,6	3,9	10,9	9,1
2005	2,3	3,6	10,4	8,9
2006	-	3,7 (p)	-	-

(p) : Provisoire – France métropolitaine.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSEE, état civil, INSERM-CépiDc.

Tableau 2 • Caractéristiques de la mortalité néonatale par rapport à l'ensemble des décès néonataux (%)

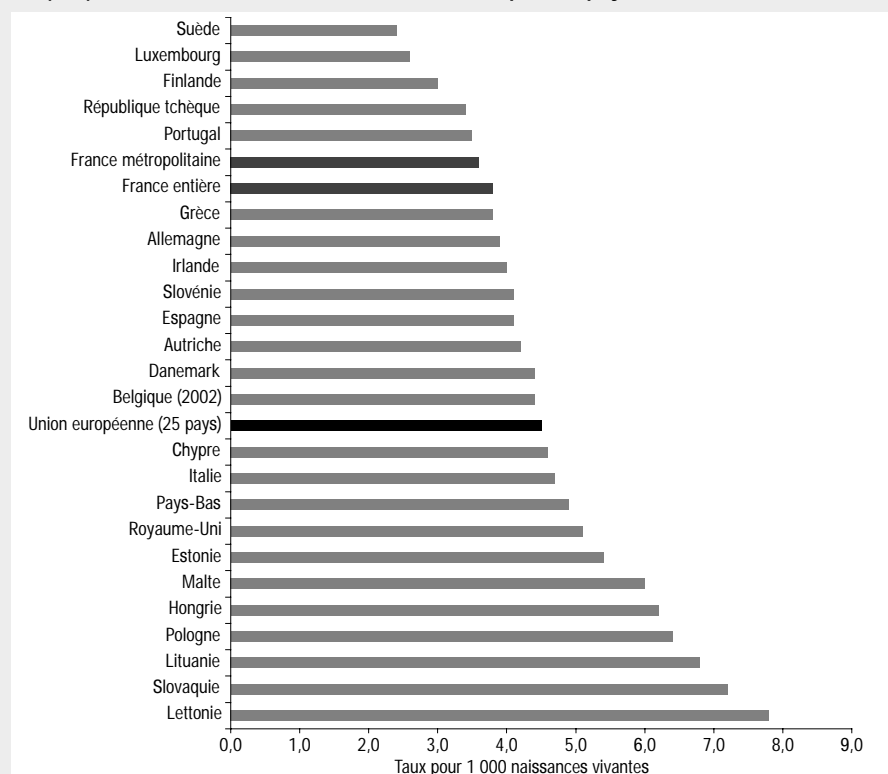
Naissances uniques	81,2
Naissances multiples	18,8
Âge gestationnel	
< 27 semaines	30,5
27-28 semaines	12,3
29-32 semaines	12,7
33-36 semaines	11,5
37 semaines ou plus	32,9

Données France métropolitaine (1999).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc (U149), INSERM U 149.

Graphique 1 • Taux de mortalité infantile en Europe - 25 pays (2005)



Champ : Union européenne, 25 pays.

Sources : Eurostat.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • INSEE (état civil). EUROSTAT pour les données européennes. INSERM-CépiDc : certificats de décès.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS •

Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours. Depuis 2001, un acte d'enfant sans vie ne peut être établi avant 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids de l'enfant mort-né est d'au moins 500 gr.

- Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances (vivantes et morts nés).

- Mortalité périnatale : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonataux précoces (décès avant une semaine) à l'ensemble des naissances.

- Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

- Mortalité infantile : rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données exhaustives.

RÉFÉRENCE •

- Beaumel C., Richet-Mastain L., Vatan M., 2005, « La situation démographique en 2003 - mouvement de la population », *INSEE Résultats*, n° 41.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSEE.

CHAMP • France métropolitaine, année 1999.

SOURCES • INSEE (état civil), INSERM (CépiDc et Unité 149) : certificats de décès néonataux.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

- Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données en principe exhaustives. Un certificat de décès néonatal était disponible pour 87,1 % des décès néonataux.

RÉFÉRENCE •

- Blondel B. *et al.*, 2006, « Apport du certificat de décès néonatal à la connaissance de la mortalité en France », *BEH*, n° 4.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM.

Grossesses extra-utérines

L'objectif proposé par la loi de santé publique est de **diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines (GEU) responsables d'infertilité.**

Malgré une tendance à la supériorité du traitement médical, notamment par rapport à la salpingectomie, il n'est pas actuellement démontré que le traitement des grossesses extra-utérines modifie la fertilité ultérieure ; il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité. On distingue en effet deux types de GEU : les premières surviennent en cours de contraception (« échec de contraception ») et ne sont généralement pas compliquées de troubles de la fertilité ; les autres se produisent en dehors de toute contraception (« échec d'un projet reproductif »). Ces dernières sont favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *chlamydia* et correspondent souvent à une fertilité ultérieure dégradée. 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 les GEU qui correspondent à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. Cet accroissement pourrait être lié à une augmentation des infections à *chlamydia trachomatis* et du tabagisme.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines (ratio pour 100 naissances vivantes)

En 2005, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 13 000 séjours motivés par une grossesse extra-utérine. Ce nombre de séjours a décru entre 1997 et 2005, ainsi que le ratio pour 100 naissances vivantes qui est passé de près de deux en 1997 à un peu plus d'un en 2005. Dans le même temps, les modes de traitement se sont modifiés. L'intervention est réalisée sous coelioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue (tableau 1). Toutefois, la baisse du nombre de séjours pour GEU pourrait en partie résulter d'une augmentation du nombre de GEU traitées par voie médicamenteuse sans hospitalisation qui ne sont pas comptabilisées dans le PMSI.

Le ratio pour 100 naissances vivantes est beaucoup plus élevé aux âges extrêmes : en 2005, il était d'un peu plus de 2 pour les femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 à 39 ans et d'un peu plus de 2,5 pour celles âgées de 40 ans ou plus (tableau 2). Il variait également selon les régions, passant de 1,33 en

Picardie à 3,10 en Martinique. Ces variations régionales ne semblaient pas s'expliquer par l'effet lié aux structures d'âge (tableau 3). Ainsi, les régions dans lesquelles le ratio était le plus élevé (Martinique, Corse et Guadeloupe) enregistraient des proportions élevées de naissances chez des femmes d'« âges extrêmes » mais aussi des ratios de GEU pour 100 naissances vivantes supérieurs aux moyennes nationales dans pratiquement toutes les classes d'âges. L'inverse était observé dans les régions qui connaissaient les ratios les plus faibles (Rhône-Alpes et Picardie).

Le mode de traitement diffère en fonction de l'âge : le traitement médicamenteux apparaît plus souvent employé chez les moins de 30 ans tandis que le recours à la chirurgie ouverte semble plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans ou plus. Il varie fortement selon la région de résidence des femmes. Il est toutefois difficile, avec les données disponibles dans le PMSI, de faire la part entre ce qui serait lié à un éventuel mode de traitement préférentiel en fonction à l'âge des femmes et ce qui relèverait des pratiques régionales, notamment quant au recours au traitement par voie médicamenteuse sans hospitalisation. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche juillet 2007.

synthèse

En 2005, les grossesses extra-utérines ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO.

Le ratio pour 100 naissances vivantes était globalement de 1,6. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans et les 35-39 ans et à 2,5 à partir de 40 ans. Les régions Martinique, Corse et Guadeloupe enregistraient des ratios supérieurs à 2.

La GEU était traitée par une intervention réalisée sous coelioscopie 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.

Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine

Année	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (%)		
			Laparotomie	Coelioscopie	Médicaments
1997	14 700	1,94	21,7	67,4	10,9
1998	14 500	1,89	19,5	67,9	12,6
1999	14 230	1,83	18,7	66,9	14,4
2000	13 930	1,72	16,0	68,1	15,9
2001	13 280	1,65	14,3	67,8	17,9
2002	13 130	1,65	14,0	66,3	19,7
2003	12 670	1,60	13,5	65,6	20,9
2004	13 000	1,63	11,9	64,2	23,9
2005	12 970	1,61	10,5	64,2	25,3

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI et état civil.

Tableau 2 • Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon l'âge de la femme

Groupes d'âges	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (%)		
			Laparotomie	Coelioscopie	Médicaments
Moins de 20 ans	400	2,22	7,8	61,3	30,9
20 à 24 ans	1 610	1,42	9,1	61,0	29,9
25 à 29 ans	3 280	1,31	9,9	62,7	27,4
30 à 34 ans	4 160	1,56	10,0	66,6	23,4
35 à 39 ans	2 700	2,13	11,9	64,9	23,2
40 ans ou plus	820	2,58	14,2	63,6	22,2
Total tous âges	12 970	1,61	10,5	64,2	25,3

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI et état civil.

Tableau 3 • Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon la région de résidence de la femme

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Proportion de femmes d'âges extrêmes ¹ (%)		Répartition selon le mode de prise en charge (%)		
			GEU	Naissances vivantes	Laparotomie	Coelioscopie	Médicaments
Île-de-France	2 810	1,59	30,5	25,1	9,1	64,5	26,4
Champagne-Ardenne	280	1,75	28,9	18,7	14,4	54,4	31,2
Picardie	330	1,33	29,2	19,3	12,4	58,7	28,9
Haute-Normandie	390	1,70	25,3	19,0	7,4	65,8	26,8
Centre	470	1,59	28,5	19,9	12,9	59,3	27,8
Basse-Normandie	290	1,73	26,3	19,0	6,8	56,0	37,2
Bourgogne	290	1,63	32,8	19,8	7,7	60,3	32,0
Nord - Pas-de-Calais	790	1,43	24,2	18,9	10,0	62,7	27,3
Lorraine	450	1,67	24,9	18,9	15,0	62,7	22,3
Alsace	370	1,68	33,2	20,4	10,5	50,4	39,1
Franche-Comté	250	1,73	33,7	19,1	9,6	54,2	36,2
Pays de la Loire	710	1,60	28,6	18,1	10,2	61,1	28,7
Bretagne	530	1,47	32,4	20,2	12,2	63,3	24,5
Poitou-Charentes	300	1,63	29,0	19,7	8,2	71,3	20,5
Aquitaine	580	1,76	30,7	22,0	5,9	82,2	11,9
Midi-Pyrénées	530	1,78	29,1	23,3	12,0	64,0	24,0
Limousin	130	1,83	31,1	20,2	6,1	81,0	12,9
Rhône-Alpes	1 080	1,37	30,5	21,0	11,2	70,2	18,6
Auvergne	230	1,61	28,9	20,1	7,1	68,5	24,4
Languedoc-Roussillon	470	1,66	34,0	22,8	7,7	78,5	13,8
PACA	980	1,74	33,6	23,9	9,9	65,4	24,7
Corse	70	2,51	27,8	23,3	22,2	63,9	13,9
Guadeloupe	170	2,22	34,5	32,1	19,6	48,2	32,2
Martinique	160	3,10	41,7	33,8	19,2	48,1	32,7
Guyane	100	1,65	29,3	30,8	46,5	32,3	21,2
La Réunion	210	1,42	40,0	28,5	7,1	62,9	30,0
France entière	12 970	1,61	30,2	21,9	10,5	64,2	25,3

(1) Femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans ou plus.

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI et état civil.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, Atih, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et état civil (INSEE) pour les naissances.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus, pour repérer les grossesses extra-utérines, les séjours comportant le code CIM10 C00 en diagnostic principal ; les GEU ont été ventilées selon le mode de traitement (laparotomie, coelioscopie ou médicaments) à partir des codes actes sur les trompes, les ovaires ou l'utérus mentionnés dans le séjour ; en cas d'association de modes de traitement, c'est le plus «lourd» qui a été retenu (par exemple laparotomie si le séjour mentionne un acte de chirurgie ouverte et un acte réalisé sous coelioscopie) ; les séjours ne comportant aucun acte ont été regroupés avec ceux mentionnant un traitement médicamenteux.

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

RÉFÉRENCE •

- Coste J. *et al.* 2004, «Etopic pregnancy is again on the increase. Trends in the incidence of etopic pregnancies in France (1992-2002)», *Human reproduction*, 19 (9) : 2014-2018.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Situations périnatales à l'origine de handicaps

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme**. La prématurité (particulièrement la grande prématurité) et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles...) constitue une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. C'est aussi le cas des retards de croissance intra-utérins, des infections néonatales, de l'alcoolisme maternel, des déficits nutritionnels importants, des accidents neurologiques ou de l'asphyxie périnatale. En se fondant sur les recommandations du projet européen Peristat, les indicateurs retenus sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance et du score d'APGAR à 5 minutes. L'indicateur complémentaire sur la prévalence du handicap d'origine périnatale n'est pas disponible à ce jour. Il apparaît à cet égard nécessaire de développer les registres départementaux des handicaps, qui constituent aujourd'hui les seules sources permanentes validées sur le handicap d'origine périnatale, et d'expertiser les possibilités de productions de données nationales validées pour quelques pathologies traceuses (telles l'infirmité motrice cérébrale).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et distribution de la prématurité

En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait un taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) égal à 7,2% en France métropolitaine pour l'ensemble des naissances (vivants et mort-nés), contre 5,9% en 1995 et 6,8% en 1998 (tableau 1).

La part des prématurés est élevée parmi les mort-nés. Si l'on se restreint aux naissances vivantes, le taux de prématurité était un peu plus faible en 2003. Il atteignait 6,3%, ce qui représente environ 48 000 naissances (tableau 2), contre 6,2% en 1998 et 5,4% en 1995. Ce taux était de 5,0% pour les naissances uniques et 44,3% pour les naissances multiples (tableau 3). Le taux de grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines était globalement égal à 1,6% en 2003, soit 0,9% des naissances vivantes (0,7% pour les naissances uniques et 5,4% pour les naissances multiples).

Entre 1995 et 1998, l'augmentation du taux de prématurité s'expliquait essentiellement par l'augmentation des naissances gémellaires et du taux de prématurité parmi ces naissances. L'essentiel des évolutions observées entre 1998 et 2003 est au contraire lié à l'augmentation de la prématurité parmi les naissances uniques : 5,0% en 2003 contre 4,7% en 1998 et 4,5% en 1995 (naissances vivantes), cette tendance étant toutefois à la limite de la signification.

L'enquête nationale Périnatale ne permet pas d'assurer une précision suffisante au niveau régional, mais relève toutefois de fortes disparités entre la métropole et les départements d'outre-mer qui présentaient en 2003 un taux élevé d'enfants nés prématurément (12,0% des enfants nés vivants).

Les comparaisons européennes effectuées pour le projet Peristat, montrent que, pour les

années 1998-2000, le taux de prématurité variait de 5 à 8% pour les naissances vivantes, ce qui plaçait la France en position intermédiaire. Les variations étaient plus faibles pour les grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines, avec un pourcentage compris entre 0,7 et 1,4%. Les valeurs observées en France étaient de 0,76% en 1998 et de 0,87% en 2003¹.

Fréquence et distribution des petits poids de naissance

La prévalence des petits poids de naissance est un deuxième indicateur approché du risque périnatal reflétant la prématurité (et/ou le retard de croissance intra-utérine). En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait que 8% de l'ensemble des enfants nés² en France métropolitaine pesaient moins de 2500 grammes (tableau 4).

Rapportée aux naissances vivantes, cette proportion s'élevait à 7,2% en métropole en 2003 (5,5% pour les naissances uniques et 55,9% pour les naissances multiples) contre 6,8% en 1998 et 5,7% en 1995 (tableaux 5 et 6). Les bébés de très petits poids (<1500 grammes), représentaient 0,85% des naissances vivantes en 2003 (poids inférieur à 1000 g : 0,3%) contre 0,8% en 1998 et 0,7% en 1995.

De même que pour la prématurité, la prévalence des nouveau-nés de petit poids de naissance était particulièrement élevée dans les départements d'outre-mer (12,3% des naissances vivantes). Le poids de naissance moyen dans une population peut varier selon l'âge maternel, la parité, ainsi que le poids et la taille des parents. Les comparaisons réalisées dans le cadre du projet européen Peristat montrent ainsi que les prévalences des nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500 g (naissances vivantes) variaient de 4,5 à 8,5% selon les pays au début du vingt et unième siècle (moins de 5% au Danemark, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg et en Suède). Les écarts pour les très petits poids sont plus faibles, la prévalence des naissances avec un poids de moins de 1500 g variant de 0,8% à 1,2% selon les pays.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Distribution des scores d'APGAR à 5 minutes

Le score d'APGAR a été retenu comme indicateur approchant les situations de souffrance périnatale. En 2003, selon l'enquête nationale Périnatale, la proportion d'enfants ayant à 5 minutes un score inférieur à 7 était égale à 0,7% en France métropolitaine, et ceux ayant un score inférieur à 4, à 0,2% (tableau 7). Ces prévalences sont assez proches de celles qui ont été observées en 1998 en France métropolitaine (tableau 8). Les prévalences recueillies dans le cadre du projet Péristat étaient de l'ordre de 2 pour 1000 pour les scores inférieurs à 4, et de 1 à 1,5% pour les scores inférieurs. ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-DREES.

Mise à jour de la fiche juin 2006.

1. Buitendijk S. *et al.*, 2003, « Indicators of fetal and infant health outcomes », *European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 111, p. 66-77.
2. Vivants ou mort-nés.

synthèse

En 2003, 6,3% des naissances vivantes survenues en France métropolitaine étaient prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (44,3%). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2500 g) était de 7,2% parmi les naissances vivantes (56,3% en cas de naissance multiples). Depuis 1998, on note une augmentation toutefois non significative de la proportion de petits poids de naissances parmi les naissances vivantes uniques, une tendance similaire, moins marquée, étant observée pour la prématurité. Pour partie, cette évolution pourrait être liée aux décisions médicales de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant. Les départements d'outre-mer enregistrent une situation plus défavorable caractérisée par des taux élevés de naissances prématurées et d'enfants de petits poids de naissance (respectivement 12,0 et 12,3% des naissances vivantes).

Tableau 1 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (toutes naissances)

En %	France métropolitaine			DOM		
Âge gestationnel	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples*	Total
22 à 27 semaines	0,8	2,4	0,9		-	
28 à 30 semaines	0,5	1,9	0,5	1,6	-	2,5
31 semaines	0,2	2,0	0,3		-	
32 semaines	0,2	2,9	0,3	0,5	-	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,2	1,3	1,0	-	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,8	4,0	6,6	-	7,2
37 semaines et plus	94,2	54,8	92,8	90,3	-	87,4

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par âge gestationnel dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM. **Sources :** ENP 2003.

Tableau 2 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine			DOM		
Âge gestationnel	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples*	Total
22 à 27 semaines	0,2	1,8	0,3		-	
28 à 30 semaines	0,4	2,0	0,4	1,2	-	2,1
31 semaines	0,2	1,6	0,2		-	
32 semaines	0,2	3,0	0,3	0,5	-	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,0	1,2	1,0	-	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,9	3,9	6,4	-	7,1
37 semaines et plus	95,0	55,7	93,7	90,9	-	88,0

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par âge gestationnel dans les DOM.

Champ : Naissances vivantes en France métropolitaine. **Sources :** ENP 2003.

Tableau 3 • Évolution de la proportion d'enfants prématurés dans les enquêtes nationales périnatales (naissances vivantes)

En %	1995	1998	2003
Métropole	5,4	6,2	6,3
Naissances uniques	4,5	4,7	5,0
Naissances multiples	39,2	46,8	44,0
DOM	8,8*	11,4	12,0

* Antilles Guyane. **Champ :** France entière. **Sources :** ENP 1995, 1998 et 2003.

Tableau 4 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (toutes naissances)

En %	France métropolitaine			DOM		
Poids en grammes	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples*	Toutes naissances
< 1 000	0,9	2,2	0,9	0,5	-	0,6
1 000 à 1 499	0,5	2,8	0,6	0,8	-	1,1
1 500 à 2 499	4,9	51,6	6,5	8,4	-	11,1
2 500 et plus	93,7	43,4	92,0	90,3	-	87,2

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par poids de naissance dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM. **Sources :** ENP 2003.

Tableau 5 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine			DOM		
Poids en grammes	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples*	Toutes naissances
< 1 000	0,2	1,6	0,3	0,0	-	0,2
1 000 à 1 499	0,5	2,8	0,6	0,8	-	1,1
1 500 à 2 499	4,8	51,7	6,3	8,1	-	10,9
2 500 et plus	94,5	43,9	92,8	91,1	-	87,8

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par poids de naissance dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM. **Sources :** ENP 2003.

Tableau 6 • Évolution de la distribution du poids de naissance (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine		
Poids en gr	1995	1998	2003
< 1 500	0,7	0,8	0,85
1 500 à 1 999	1,1	1,2	1,4
2 000 à 2 499	3,9	4,7	5,0
< 2 500	5,7	6,8	7,2
DOM			
< 2 500	10,7*	11,7	12,3

* Antilles-Guyane. **Champ :** Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 1995, 1998 et 2003.

Tableau 7 • Scores d'APGAR à 5 minutes en 2003

En %	Métropole	DOM	France entière
< 4	0,2	0,2	0,2
< 7	0,7	0,5	0,7

Champ : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

CHAMP • France.

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales 2003 (1995, 1998) (INSERM-DREES-DGS - Conseils généraux) Toutes les naissances une semaine donnée: ensemble des enfants d'âge gestationnel minimum de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes à la naissance nés entre le 13 et le 19 octobre 2003.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de nouveau-nés de terme inférieur à 37 semaine rapporté aux naissances.

LIMITES ET BIAIS • Limites de précision liées à la taille de l'échantillon pour les petits pourcentages. En particulier, l'effectif de l'échantillon (N = 15 000) ne permet d'estimer le taux de grande prématurité avec précision.

RÉFÉRENCES •

- Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », rapport INSERM- DGS-DREES.

- Vilain A., Peretti C. (de), Herbet J.-B., 2005, « Enquête nationale Périnatale 2003, compléments de cadrage: les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », rapport INSERM- DGS-DREES.

- Vilain A., Peretti (de) C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-DREES.

Tableau 8 • Évolution du score d'Apgar entre 1995 et 2003

En %	1995	1998	2003
France métropolitaine			
< 4	0,3	0,1	0,2
< 7	0,9	0,6	0,7
DOM*			
< 4	0,6	0,7	0,2
< 7	1,0	2,2	0,5

* Antilles-Guyane.

Champ : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : Enquête nationale Périnatale 2003.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

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%. Cette diminution semble attribuable pour une grande partie au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France. En effet ce dépistage permet la découverte et le traitement de nombreuses lésions pré-cancéreuses avec un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. L'augmentation de la couverture des frottis devrait permettre de maintenir la diminution de l'incidence de ce cancer. Le dépistage ciblera plus particulièrement les femmes de 25 à 65 ans. La loi de santé publique se donne pour objectif de **poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV (Human papilloma virus)**. Le test HPV est recommandé en France pour la conduite diagnostique en cas de frottis cervico-utérin présentant des atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US, classification de Bethesda 2001). Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données permettant de suivre le taux de prescription de ce test.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence du cancer du col de l'utérus

En 2000, l'incidence brute du cancer du col utérin était de 11,2 cas pour 100 000 femmes (incidence standardisée sur la population européenne: 10,1 cas pour 100 000 femmes). Il existait de grandes variations de l'incidence en fonction de l'âge. De 1,3 cas pour 100 000 femmes à 20 ans, l'incidence augmentait réellement à partir de 25 ans (6,1 cas pour 100 000 femmes) pour atteindre un pic chez les femmes de 40 ans (19,8 cas pour 100 000 femmes). Elle diminuait ensuite jusqu'à 50 ans où elle se stabilisait avec un taux de 17 cas pour 100 000 femmes (graphique 1). L'incidence du cancer du col, entre 1980 et 2000, a constamment diminué avec un taux de décroissance annuel moyen de 2,9%. Les données internationales situent la France dans les régions à faible incidence du cancer du col utérin.

Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin (FCU) est fondée sur l'échantillon permanent inter-régime des bénéficiaires de la CNAMTS (Epib). Elle est effectuée sur la période 2003-2005 et porte sur les femmes de 25 à 65 ans. Le taux de couverture global estimé est de 58,7%. Entre 25 et 54 ans, la couverture de dépistage est supérieure à 60% avec, chez celles de 35 à 44 ans, une couverture de 66,5%. En revanche, la couverture chute en dessous de 50% après 55 ans (graphique 2).

À titre de comparaison, en 2000, des analyses sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS montraient une couverture globale de 51,5% pour la période 1995-1997 et de 53,6% pour la période 1998-2000 chez les 20 à 69 ans. Sur ces deux périodes la chute de couverture débutait dès 50 ans et chutait en

dessous de 50%. À noter que ces données ne comprennent pas les frottis réalisés à l'hôpital ni les régimes spéciaux mutualistes.

Une évaluation épidémiologique des programmes «pilotes» de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) a été réalisée par l'InVS sur leur activité des années 2003 à 2005. Les programmes semblent contribuer à une nette augmentation de la couverture de dépistage dans les départements métropolitains: la couverture était de 71% dans le Bas-Rhin (25 à 65 ans), de 68,5% dans le Haut-Rhin (25 à 65 ans) et de 59,4% en Isère (50 à 74 ans). L'évaluation montrait également que la couverture se maintenait à des niveaux élevés après 50 ans: 62,7% dans le Bas-Rhin, 58,7% dans le Haut-Rhin et 66,4% en Isère.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans

Le nombre annuel de FCU réalisés en médecine libérale est donné par la liquidation des actes de l'assurance maladie correspondants¹. Il est important de noter que ce volume de frottis remboursés ne correspond pas au volume de frottis de dépistage effectués puisqu'il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle. Les nombres de frottis présentés proviennent des données de la CNAMTS. En 2003, 2004 et 2005 respectivement 4 546 924, 4 534 271 et 4 683 902 frottis ont été remboursés. Ces nombres de frottis, rapportés à la population féminine des assurées sociales de la CNAMTS âgées de 25 à 65 ans, permettent de calculer des taux d'activité moyens annuels. Ces taux d'activité sont de 30,4 frottis pour 100 femmes en 2003, 29,7 en 2004 et 30,1 en 2005. Ces volumes correspondraient à une couverture de

90,2% si les femmes ne faisaient qu'un seul frottis de dépistage tous les trois ans.

Proportion de femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin dans les trois années précédentes

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le baromètre Cancer (INPES 2005), 81,0% ont déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin (FCU) aux cours des trois dernières années. La proportion de femmes de cette tranche d'âge déclarant ne jamais avoir eu un frottis est de 5,8%.

Le recours déclaré au FCU au cours des trois dernières années varie avec l'âge: il dépasse 80,0% entre 30 et 54 ans et est inférieur à 80% dans les autres tranches d'âge (graphique 3).

Les disparités sociales sont sensibles. Dans le baromètre Cancer 2005, les femmes en activité professionnelle et dont l'âge est inférieur à 60 ans déclarent avoir eu un FCU significativement plus souvent que les inactives (83,8% *versus* 73,1%). Celles dont le ménage a un revenu mensuel par unité de consommation supérieur à 1500 euros déclarent effectuer plus souvent un FCU que les autres (85,8% *versus* 79,2%), de même que celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat (82,9% *versus* 78,3%). Celles sans couverture médicale complémentaire déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans (56,1% *versus* 81,5%). Il est à noter que les disparités sociales dans la pratique du FCU semblent moins marquées pour celles de plus de 50 ans.

L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux (INSEE 2002-2003) ne permettait pas de répondre directement à l'objectif, puisqu'elle portait sur les frottis réalisés au cours des deux dernières années. Les disparités sociales y sont retrouvées: 84,1% des cadres de 25 à 64 ans ont eu un frottis dans les deux ans, contre 57,0% pour les exploitantes agricoles, et 59,6% pour les femmes qui n'ont pas déclaré de profession. Il existe un gradient croissant entre ces deux extrêmes pour les ouvrières, les artisans-commerçantes ou chefs d'entreprise, les employées et enfin les professions intermédiaires, pour lesquelles la proportion est presque aussi élevée que pour les cadres.

Enfin, les frottis récents (moins de 2 ans dans l'étude) sont moins fréquents chez les femmes bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, ainsi que pour celles sans couverture médicale complémentaire (respectivement 59,2% et 61,5%). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

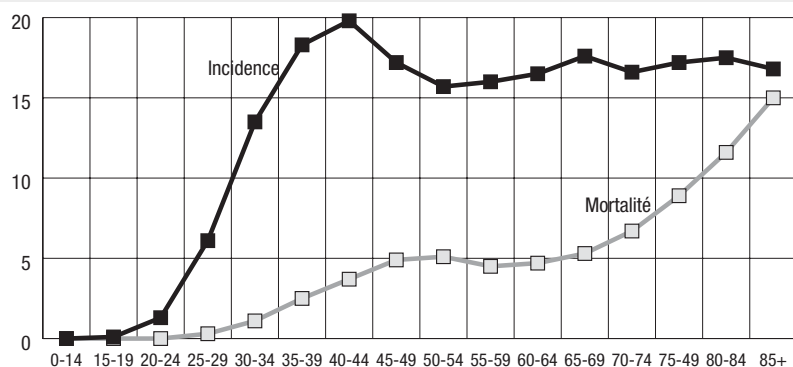
Mise à jour de la fiche mai 2007.

¹ Codes P55 et bio 0013.

synthèse

La France est un pays où l'incidence du cancer du col de l'utérus est relativement faible (11,2 cas pour 100 000 femmes en 2000). Néanmoins, une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) pourrait permettre de diminuer encore cette incidence. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge et la catégorie socio-professionnelle des femmes. Pour la période de 3 ans 2003-2005, le taux de couverture était globalement de 58,7% pour les femmes de 25 à 65 ans, avec une chute après 55 ans (inférieur à 50%). Par ailleurs, de très nettes disparités sociales demeurent dans la pratique du dépistage, les exploitantes agricoles et les ouvrières le réalisant le moins souvent.

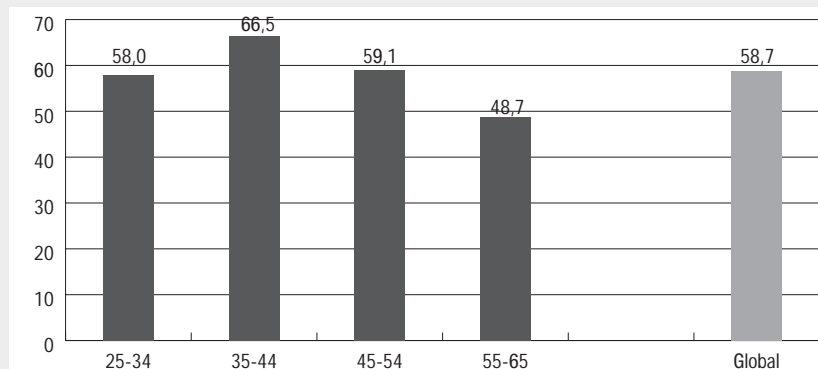
Graphique 1 • Taux d'incidence et de mortalité du cancer du col utérin par âge en 2000



Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.

Sources : Francim - HCL - Inserm-CépiDc - InVS.

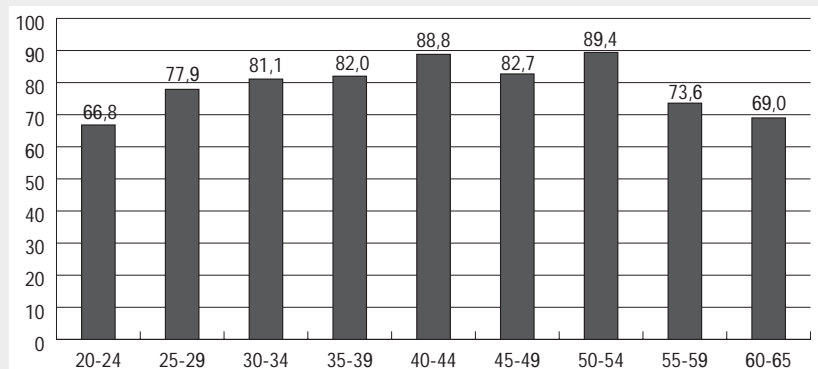
Graphique 2 • Taux de couverture des femmes de 25 à 65 ans pour la période 2003-2005



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS.

Sources : Epib - CNAMTS.

Graphique 3 • Pourcentage de déclaration de réalisation d'un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

Sources : Baromètre cancer 2005, INPES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes tous âges.

SOURCES • Francim - HCL - INSERM-CépiDc - InVS: Rapport: «Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000».

LIMITES SOURCES • Les chiffres annoncés de l'incidence sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

RÉFÉRENCE •

- Exbrayat C., 2003, «Col de l'utérus», in Remontet L., Buemi A., Velten M., Jouglu E., Esteve J. (éd.), *Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*, Saint-Maurice, Francim, HCL, INSERM, InVS, 107 - 12.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS et appartenant à l'échantillon permanent inter-régime des bénéficiaires (Epib): échantillon de 500 000 personnes représentatives de la population assurée sociale.

SOURCES • CNAMTS.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir de la liquidation des codes P55 et bio 0013. Le dénominateur est le nombre de femmes de la tranche d'âge assurées sociales à la CNAMTS. L'Epib donne les actes par personne de sorte que, si on retient au moins 1 frottis pour 3 ans par femme, on est certain de parler de couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il est cependant impossible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur cotation.

LIMITES SOURCES • i) Absence de visibilité des autres régimes d'assurance maladie et notamment la MSA. Cette limite devrait s'estomper lorsque l'Epib-AM qui, à partir de 2006, succède à l'Epas puis à l'Epib, aura intégré les deux autres principaux régimes d'Assurance maladie. ii) Absence de visibilité du milieu hospitalier et des régimes mutualistes.

BIAIS SOURCES • Les frottis réalisés à l'hôpital ne sont pas comptabilisés (budget global) mais *a priori* ils ne doivent pas constituer une part importante de l'ensemble des frottis.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

SOURCES • INPES: Baromètre cancer 2005. Enquête par entretiens téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du Baromètre cancer 2005 ont été pondérées sur les variables suivantes: sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

LIMITES SOURCES • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAIS SOURCES • Ceux des enquêtes déclaratives: oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté du frottis...

RÉFÉRENCE •

- Duport N., Bloch J., 2006, «Cancer du col de l'utérus», in Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. (éd.), *Baromètre cancer 2005*, INPES, 128-36.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Survie des patients atteints de cancers

La loi relative à la politique de santé publique préconise d'améliorer la survie des patients atteints de tumeurs malignes, notamment en assurant une prise en charge

multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients. Cet objectif combine un objectif de santé (amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs) et un objectif d'action (assurer une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée). La survie relative peut être assimilée au ratio entre le taux de survie observé pour chaque localisation dans le groupe de personnes atteintes (période de diagnostic et zone géographique données) et le taux de survie estimé dans la population correspondante de même âge et de même sexe que le groupe de personnes atteintes. La notion de « prise en charge multidisciplinaire et coordonnée » est matérialisée dans le plan cancer par la présentation du dossier du patient lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire et par l'enregistrement d'un compte rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Survie relative cinq ans après le diagnostic

En France la survie relative dépasse 50 % à cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global cache des disparités considérables entre les différents cancers.

La survie cinq ans après le diagnostic est sensiblement plus élevée pour les femmes, 63 %, que pour les hommes, 44 % qui ont généralement des cancers plus graves (tableau 1).

La survie relative diminue avec l'âge en dépit de l'élimination dans le calcul des décès liés à d'autres causes. Cela résulte de plusieurs phénomènes : plus grande fragilité des sujets âgés, stade de diagnostic plus évolué, thérapeutique moins agressive ou moins efficace, mais aussi nature des tumeurs.

À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration de la survie, qui ne doit pas toujours être interprétée de la même façon. L'amélioration de la survie est rarement due au seul progrès thérapeutique, elle est aussi liée à une plus grande précocité du diagnostic (du fait du dépistage individuel ou organisé) ou de la simple évolution des méthodes de diagnostic.

L'étude EURO-CARE-4, portant sur la survie des personnes dont le cancer a été diagnostiqué entre 1995 et 1997 dans 23 pays européens (83 registres, 2,7 millions de cas de cancers inclus) fait apparaître une amélioration des taux de survie relative ainsi que l'amorce d'une diminution des écarts entre les pays de l'Est et ceux de l'Ouest¹.

Le taux de survie relatif à cinq ans atteint 44,8 % pour les hommes et 54,6 % pour les

femmes tous cancers confondus, soit 51,9 % en moyenne.

Les pays d'Europe du Nord et d'Europe centrale, dont la France, ont les meilleurs taux de survie relative. La France se situe au-dessus des moyennes européennes pour les principaux cancers (graphique 1). Cependant, l'interprétation de ces données doit rester prudente, la moyenne globale étant abaissée par quelques pays dont les résultats en termes de survie sont encore très insuffisants.

Nombre de comptes rendus de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) enregistrés par les réseaux de cancérologie en 2006

La dynamique de la pluridisciplinarité fait aujourd'hui partie de la culture majoritaire en cancérologie. À partir du cadre défini par la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, les centres de coordination en cancérologie (3C) se mettent en place (mesure 32 du Plan cancer) au sein des établissements chargés de la prise en charge des personnes atteintes de cancer. Ils visent à assurer la concertation et la pluridisciplinarité, et plus particulièrement l'organisation et le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en articulation avec les réseaux régionaux de cancérologie (ex. définition du quorum de la RCP, formalisation du compte rendu RCP résultant du passage du dossier patient en RCP et, dans le cadre de la mise en œuvre du Dossier communicant de cancérologie (DCC) de la « Fiche RCP » informatisée dont un « modèle national » est présenté dans la version 1 du cahier des charges de mise en œuvre du DCC).

Les éléments quantitatifs dont nous disposons, sont issus des rapports d'activité 2006² des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) : 277 416 comptes rendus RCP ont été enregistrés en 2006 en RCP (données sur 70 % des régions) (tableau 2). Ce chiffre est néanmoins à considérer encore comme indicatif car les niveaux de réalisation et de traçabilité sont encore non homogènes entre les régions et ils correspondent encore, dans certaines régions, à une estimation partielle. De plus, ils ne reflètent pas les seuls cas incidents mais aussi les cas prévalents avec une estimation moyenne de 2 passages en RCP par patient. ●

synthèse

En France la survie relative dépasse 50 % à cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global cache des disparités considérables entre les différents cancers.

La survie à cinq ans est sensiblement plus élevée pour les femmes, 63 %, que pour les hommes, 44 % qui ont généralement des cancers plus graves. La survie relative varie avec l'âge en dépit de l'élimination dans le calcul des décès liés à d'autres causes. Cela résulte de plusieurs phénomènes : plus grande fragilité des sujets âgés, stade de diagnostic plus évolué, thérapeutique moins agressive ou moins efficace, mais aussi nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration de la survie, due non seulement au progrès thérapeutique, mais aussi à une amélioration du diagnostic. Pour la période 1995-1997, la France se situait au-dessus des moyennes européennes pour les principaux cancers.

Pour ce qui est de la prise en charge, la pluridisciplinarité fait désormais partie de la culture majoritaire en cancérologie. Les centres de coordination en cancérologie se mettent en place au sein des établissements chargés de la prise en charge du cancer. Ils visent à assurer la concertation et la pluridisciplinarité et plus particulièrement l'organisation et le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en articulation avec les réseaux régionaux de cancérologie.

En 2006, 277 416 comptes rendus RCP ont été enregistrés (données sur 70 % de régions). Ce chiffre est néanmoins à considérer comme indicatif car les niveaux de réalisation et de traçabilité sont encore non homogènes entre les régions et ils correspondent dans certaines régions à une estimation partielle. De plus, ils ne reflètent pas les seuls cas incidents mais aussi les cas prévalents.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • INCA.
Mise à jour de la fiche août 2007.

Tableau 1 • Survie relative à cinq ans par type de cancer

Survie relative en %	Période diagnostic 1987 à 1991		Période diagnostic 1995 à 1997		% d'évolution annuelle (deux sexes)
	hommes	femmes	hommes	femmes	
Tête et cou	31	46	32	49	-
Larynx	53	-	53	-	ns
Colon-rectum	53	55	55	58	+1 %
Poumon	12	16	12	16	ns
Mélanomes cutanés	83	85	81	89	ns
Sein	-	82	-	85	+4 %
Col utérin	-	71	-	69	ns
Ovaire	-	40	-	40	ns
Prostate	72	-	79	-	+7 %
Testicule	94	-	96	-	+2 %
Rein	59	60	61	66	+7 %
Lymphomes Non Hodgkiniens	49	53	54	58	+2 %

ns : Variables non statistiquement significatives.

Champ : France entière.

Sources : Réseau FRANCIM et Hospices civils de Lyon.

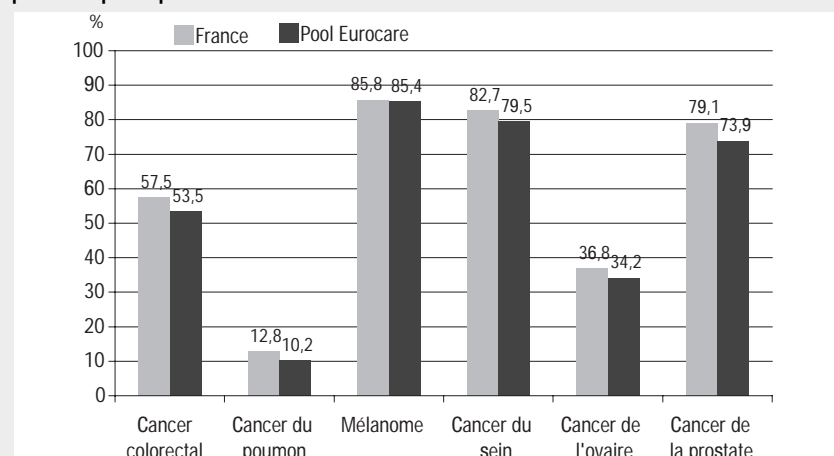
Tableau 2 • Nombre de comptes rendus de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) enregistrés par les réseaux régionaux de cancérologie en 2006

RÉGIONS	Nombre de comptes rendus de RCP enregistrés en 2006
Alsace	10 400
Aquitaine	22 858
Auvergne	11 451
Basse-Normandie	12 091
Bourgogne	**
Bretagne	26 645
Centre	22 096
Champagne-Ardenne	22 72*
Franche-Comté	**
Guadeloupe	1 730
Guyane	**
Haute-Normandie	10 227
Île-de-France	**
La Réunion	**
Languedoc-Roussillon	8 190
Limousin	3 068
Lorraine	7 042
Martinique	1 887
Midi-Pyrénées	25 218
Nord-Pas-de-Calais	32 870
Pays de la Loire	21 311
Picardie	11 44*
Poitou-Charentes	10 675
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	29 263
Rhône-Alpes	16 978*
TOTAL	277 416

* Chiffres partiels. ** Résultat non disponible au 01/08/2007.

Champ : France entière. Sources : Réseaux régionaux de cancérologie.

Graphique 1 • Taux de survie relative à cinq ans pour les cancers diagnostiqués entre 1995 et 1997 en France et dans les 23 pays inclus dans l'étude Eurocare pour les principaux cancers



Champ : France et les 23 pays inclus dans l'étude Eurocare pour les principaux cancers.

Sources : Eurocare-4.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Réseau FRANCIM et Hospices civils de Lyon.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Survie relative (Remontet L. 2007).

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Ce ratio reflète la « sur-mortalité » associée au cancer, en fonction notamment de l'efficacité de sa prise en charge (diagnostic et traitement).

BIAS CONNU • Les taux de survie à 5 ans peuvent être influencés par le stade du cancer au diagnostic, donc évoluer favorablement en fonction de l'amélioration de la précocité de ce diagnostic, indépendamment de la qualité de la prise en charge.

RÉFÉRENCES •

- Berrino F., Capocaccia R., Coleman M.-P., Esteve J., Gatta G., Hakulinen T., Micheli A., Sant M., Verdecchia A., 2003, «Survival of cancer patients in Europe: the EURO-CARE-3: study», *Ann Oncol*, 14 Suppl 5: v1 155.
- Bossard N., Velten M., Remontet L., Belot A., Maarouf N., Bouvier A.-M., Guizard A.-V., Tretarre B., Launoy G., Colonna M., Danzon A., Molinie F., Troussard X., Bourdon-Raverdy N., Carli P.-M., Jaffre A., Bessagnet C., Sauleau E., Schwartz C., Arveux P., Maynadie M., Grosclaude P., Esteve J., Faivre J., 2007, «Survival of cancer patients in France: A population-based study from the Association of the French Cancer Registries (FRANCIM)», *Eur J Cancer*, Jan, 43 (1): 149-60.
- Grosclaude P., Bossard N., Remontet L., Belot A., Arveux P., Bouvier A.-M., Launoy G., Maynadie M., Velten M., Faivre J., Esteve J., 2007, *Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres du réseau FRANCIM*, Springer Paris, 406 p.
- Remontet L., Bossard N., Belot A., Esteve J., 2007, *French network of cancer registries FRANCIM. 2007 An overall strategy based on regression models to estimate relative survival and model the effects of prognostic factors in cancer survival studies*, *Stat Med*, May 10; 26 (10): 2214-28.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Réseau français des registres de cancer : FRANCIM.

1. *The Lancet Oncology*, 21 août 2007.

2. Une grille standardisée d'indicateurs a été proposée par l'INCa à tous les RRC pour leur rapport d'activité 2006; le nombre de comptes rendus est issu de cette grille.

Dépistage du cancer du sein (1)

Le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'objectif de la loi de santé publique est de **réduire le pourcentage de cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.**

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004, sur la base d'un cahier des charges publié en 2001. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Les données relatives au dépistage organisé sont disponibles annuellement : l'Institut de veille sanitaire, chargé de l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé, recueille et analyse les données fournies par les structures de gestion départementales et produit un rapport d'activité annuel. Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage, soit dans le cadre du programme national, soit en dehors du programme (dépistage individuel). Les données relatives au seul dépistage individuel (dit aussi spontané) ne sont pas disponibles. Les informations concernant l'ensemble du dépistage (organisé et individuel) sont donc des estimations issues d'enquêtes ou de bases médico-administratives.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Stades au diagnostic pour le dépistage organisé du cancer du sein

Le taux de détection de cancer et les pourcentages de cancers de bon pronostic, c'est-à-dire les cancers *in situ*¹, les cancers invasifs de moins de 10 mm et les cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire sont les indicateurs d'efficacité du programme de dépistage.

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé début 2004. Le nombre de femmes dépistées est ainsi passé de 831 445 en 2003 à 1 608 397 en 2004. Le taux de détection des cancers est resté stable, égal à 6,6 cancers pour mille femmes dépistées contre 6,9 ‰ en 2003. Parmi ces cancers détectés en 2004, on a observé 13,4 % de cancers *in situ* et parmi les cancers invasifs 36,9 % étaient de taille \leq 10 mm et 72,1 % n'avaient pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages, cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage, sont comparables à ceux enregistrés en 2002 et 2003 (tableau 1).

Taux de couverture du dépistage du cancer du sein (organisé et spontané)

Selon les données de remboursement par l'assurance maladie tous régimes (SNIIRAM), le taux estimé de couverture global de mammographies pour les femmes de 50-74 ans est de 64,3 % pour l'année 2006².

Ces données incluent la part du dépistage

individuel, de mammographies de diagnostic et de suivi pour pathologie bénigne. Par ailleurs, ce taux de couverture est sous estimé car les données de remboursement 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.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de participation au programme organisé de dépistage

Le taux de participation au programme organisé est calculé tous les ans. Le taux de participation en 2004 était de 40,1 %. Il a progressé de presque 5 % par an entre 2004 et 2006 (2005, 44,8 % et 2006, 49,3 %). Les taux sur deux ans reflètent mieux les invitations qui se font sur 2 années. Le taux de 2005-2006 était de 47,1 %.

Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (dépistage organisé et spontané)

Le taux de couverture par la mammographie est estimé dans les grandes enquêtes nationales déclaratives sur la santé (enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES, enquête décennale de l'INSEE, Baromètre santé et Baromètre cancer de l'INPES)

Les résultats de ces enquêtes montrent que le taux de couverture pour une mammographie au cours de la vie est très élevé, de 94 % en 2000 pour les femmes de 50 à 69 ans (tranche d'âge cible du dépistage avant 2000), de 96 % en 2005 pour les femmes de 50 à 74 ans.

La proportion des femmes déclarant avoir effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête est globalement de l'ordre de 70 % pour les femmes de 50-74 ans mais décroît avec l'âge. Cependant cette décroissance est moins marquée en 2005 après la généralisation du dépistage organisé. Ainsi dans l'enquête la plus récente (baromètre santé 2005), elle passe de 68 % pour la classe d'âge 50-59 ans à 66 % pour celle de 60-69 ans et 56 % pour les 70-74 ans (tableau 2). Comme pour l'enquête Baromètre cancer, la plus forte augmentation, (28 %), est observée pour les femmes de 70 à 74 ans, qui jusqu'en 2000 n'étaient pas concernées par le programme organisé.

Selon le baromètre cancer 2005, des disparités socio-économiques existent mais les écarts s'amenuisent. Ainsi la réalisation d'une mam-

1. Le cancer passe par un stade précoce, ou *carcinome in situ*, où les cellules cancéreuses n'ont pas diffusé dans l'organe et sont confinées par la membrane basale.

2. Taux de mammographies effectuées par les femmes de 50 à 74 ans en 2006 calculé à partir du nombre d'actes (mammographie) remboursés par l'assurance maladie (SNIIRAM), rapporté aux nombres de femmes ressortissantes hors régimes spéciaux.

Tableau 1 • Principaux résultats du programme de dépistage organisé du cancer du sein

Nombres	Taux/ Pourcentages	Année du dépistage nouveau cahier des charges			Réf. euro- péennes
		2002	2003	2004	
Femmes dépistées		168 223	831 445	1 608 397	
Cancers dépistés		1 177	5 767	10 640	
	Taux de cancers pour 1 000 femmes dépistées	7,0	6,9	6,6	> = 5,0
Nombre cancers canaux in situ		168	784	1 436	
	% cancers canaux in situ parmi les cancers dépistés de type connu	14,3	13,0	13,4	> = 10 %
Nombre de cancers invasifs		1 009	5 767	9 204	
	% cancer invasifs < = 10 mm parmi les cancers invasifs de taille connue	37,1	37,0	36,9	> = 20
	% de cancers invasifs N-* parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	73,0	74,7	72,1	> 70
	% de cancers invasifs < = 10 mm N-* parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	31,1	31,5	30,6	ND

* Sans envahissement ganglionnaire.

Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans.

Sources : InVS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • INSEE : Enquête décennale santé 2002-2003. Enquête par entretiens en face à face.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme, taille du ménage, Zeat.

LIMITES • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAS • Ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté de la mammographie, réponses conformes à la réponse supposée attendue.

RÉFÉRENCE •

- Makdessi-Raynaud Y., 2005, « La prévention : perception et comportements - premiers résultats de l'enquête sur la Santé et les soins médicaux », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 385, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des 3 régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI) (l'enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine).

SOURCES • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Il existe une surestimation des taux liée à la mesure de la période de 2 ans couvrant les 2 années calendaires précédant l'année de l'enquête.

RÉFÉRENCE •

- Duport Nicolas A. Ancelle-Park Rosemary A., 2006, « Do sociodemographic factors influence mammography use of French women: analysis of a cross sectional survey », *Eur. J. Cancer Prev.*, 15:219-224.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

Tableau 2 • Pourcentage de femmes ayant effectué une mammographie au cours des 2 années précédant l'enquête par âge : résultats des grandes enquêtes nationales (ESPS, Enquête décennale santé, Baromètre santé, Baromètre cancer)

	Santé Protection Sociale			Décennale INSEE	Baromètre Santé	Baromètre santé	Baromètre cancer
	2000	2002		2002-2003	2000	2005	2005
	N = 2 818	N = 3 162		N = 4 873	N = 2 115	N = 6 048	N = 1 119
Tranches d'âges							
40-49	49	54	54	ND	44	44	50
50-54		71		76,1	61		
55-59		78		77,6	62	62	68
60-64		72		72,6	50		
65-69		69		63,7	45	47	66
70-74	41	49	49	52,1	30	30	56
50-74	67	70	70	69,4	52	52	65

Champ : Femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine.

Sources : IRDES, INSEE/DREES, INPES.

Dépistage du cancer du sein (2)

mammographie n'est pas significativement liée au fait de résider dans une commune rurale ou d'avoir la CMU. Les femmes ayant un niveau d'éducation inférieur au bac ont pour 68,5 % déclaré avoir effectué une mammographie de moins de deux ans contre près de 80 % des femmes avec un niveau d'étude supérieur. De même les femmes ayant des revenus faibles ont pour 62 % déclaré avoir pratiqué une mammographie récente contre 76 % de celles ayant des revenus d'au moins 15 000 euros. Comparativement, rapporté aux nombres de femmes ressortissantes hors régimes spéciaux, cette proportion reste très faible pour les femmes qui n'ont pas de couverture mala-

die complémentaire (48,4 %) (tableau 3). Ce sont essentiellement les variables d'accès aux soins et de pratique d'autres dépistages qui apparaissent liées à la réalisation de cet acte : avoir un gynécologue, avoir effectué un frottis, avoir un traitement hormonal substitutif. Les deux facteurs incitatifs principaux de cette mammographie sont le médecin d'une part (40 %), puis le courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer du sein (39 %). Dans trois quarts des cas, cette mammographie s'inscrit dans le cadre d'un « suivi régulier ». ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juillet 2007.

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 pourcentages de cancers de bon pronostic satisfaisants au regard des standards européens.

Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation régulière. Le taux calculé sur l'ensemble des départements atteint 40,1 % en 2004, 44,8 % en 2005 et 49,3 % en 2006. Le taux sur 2005-2006 était de 47,1 %.

En 2005, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir effectué une mammographie au cours de leur vie (dépistage organisé, individuel ou pour pathologie) est très élevée (96 %). Elle est plus faible pour les mammographies récentes (moins de 2 ans) mais en augmentation entre 2000 et 2005 et les écarts entre les classes d'âge s'atténuent. L'augmentation la plus forte (28 %) est observée pour les femmes de 70 à 74 ans, qui n'étaient pas invitées par le programme organisé en 2000. 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.

Tableau 3 • Pourcentage de femmes ayant effectué une mammographie au cours des 2 années précédant l'enquête par catégorie socio-économique

Diplôme le plus élevé		Revenus mensuels net du ménage par unité de consommation		Mutuelle de santé complémentaire	
Inférieur au bac	68,5	moins de 900 euros	61,8	Oui	72,6
Niveau bac	71,9	900 à moins de 1 500 euros	75,0	Non	48,4
Supérieur au bac	79,8	au moins 1 500 euros	76,3		

Champ : Femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine.

Sources : Baromètre cancer 2005.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • INPES - Baromètres santé 2000 et 2005.

MÉTHODOLOGIE • Enquête par entretiens téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du Baromètre santé 2000 et 2005 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution. Ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté de l'examen...

RÉFÉRENCE •

- 2006, «Baromètre santé 2005», INPES, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • INPES - Baromètre cancer 2005.

MÉTHODOLOGIE • Enquête par entretiens téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du Baromètre cancer 2005 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

LIMITE SOURCES • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAIS SOURCES • Ceux des enquêtes déclaratives sur le cancer : oublis, surdéclaration en lien avec la thématique cancer, erreur d'appréciation de l'ancienneté de l'examen.

RÉFÉRENCE •

- 2006, «Baromètre cancer 2005», INPES, novembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Cancer de la peau, mélanome

Le mélanome de la peau est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital. La loi de santé publique s'est fixé d'**améliorer les conditions de détection précoce du mélanome**. Entre 1980 et 2000, l'incidence du mélanome de la peau était en constante augmentation, avec un taux d'accroissement annuel de 5,93 % chez l'homme et 4,33 % chez la femme. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément passant de 1,3 à 2,3 pour 100 000 décès (en 2000, on comptait 7 231 nouveaux cas de mélanome et 1 364 décès). L'évolution dissociée 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.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (indice de Breslow)

L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur de la tumeur mesurée sur la pièce d'exérèse de la couche granuleuse de l'épiderme (immédiatement sous la couche cornée) à la partie profonde du derme. Il est recommandé lors de l'enregistrement d'un cas de mélanome dans les registres du cancer ; toutefois, il n'est pas systématiquement renseigné. Il est donc nécessaire de développer une étude *ad hoc* pour déterminer cette proportion actuelle.

En 2000, le registre du cancer du Haut-Rhin a analysé l'incidence du mélanome selon quatre périodes triennales en fonction du sexe et de la valeur de l'indice de Breslow. L'incidence des mélanomes d'épaisseur ≤ 1 mm a doublé chez l'homme (2,6 pour 100 000 en 1988-1990 et 5,3 pour 100 000 en 1997-1999, standardisation) et augmenté de plus de 50 % chez la femme (4,0 pour 100 000 en 1988-1990 et 6,5 en 1997-1999 sur la population

mondiale). Parallèlement, l'incidence des mélanomes d'épaisseur > 1 mm est restée stable entre 1988 et 1999. Parmi les mélanomes d'épaisseur $< 1,5$ mm, un mélanome sur 6 était *in situ*¹.

Un observatoire des mélanomes en Auvergne en 2000 a montré que l'indice de Breslow moyen dans cette région (sur 197 mélanomes) était de 2,11 mm et que 37 % des mélanomes avaient un indice de Breslow $< 0,75$ mm.

En Europe, la France est parmi les pays d'incidence moyenne du mélanome de la peau. Les incidences les plus élevées (doubles de celles de la France) se situent dans les pays scandinaves et du nord de l'Europe (Danemark, Suède, Pays-Bas, Irlande et Autriche), les incidences les plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal, Grèce). Ce gradient nord-sud décroissant de l'incidence des mélanomes est lié aux différents phototypes cutanés et à la prédisposition génétique. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

1. Le mélanome est dit *in situ* lorsque les cellules malignes sont confinées à l'épiderme. C'est un stade précoce de l'histoire naturelle du mélanome où les cellules cancéreuses n'ont pas envahi le tissu avoisinant. Il est dénué du potentiel de métastaser à d'autres organes.

synthèse

La France est un pays où l'incidence du mélanome est moyenne mais n'a cessé de croître (7,6 cas pour 100 000 hommes et 9,5 cas pour 100 000 femmes en 2000 sur la population mondiale). Néanmoins ce sont majoritairement les mélanomes de faible épaisseur (Breslow ≤ 1 mm) qui ont augmenté ces dix dernières années, les mélanomes de pronostic plus sombre étant, eux, restés stables.

Tableau 1 • Incidence du mélanome selon 4 périodes triennales
en fonction du sexe et de la valeur de l'indice de Breslow (Registre du Haut-Rhin 2000)

Indice de Breslow	Sexe	Incidence* (période triennale)			
		1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999
≤ 1 mm	H	2,6	3,1	3,8	5,3
	F	4,0	3,5	4,0	6,5
1,01 – 2 mm	H	1,7	1,8	1,8	1,9
	F	1,4	1,5	1,7	2,5
2,01 – 4 mm	H	1,1	0,8	1,1	0,8
	F	1,0	0,8	1,2	0,8
> 4 mm	H	0,6	0,4	0,8	0,7
	F	0,4	0,3	0,6	0,5

* Incidence pour 100 000 habitants, standardisé sur la population mondiale.

Champ : Population du département du Haut-Rhin.

Sources : Registre du cancer du Haut-Rhin.

CHAMP • Haut-Rhin, population du département tous âges adultes.

SOURCES • Registre du cancer du Haut-Rhin.

LIMITES ET BIAIS • Vision départementale difficilement extrapolable à la France entière.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans le registre du cancer du Haut-Rhin.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Surveillance des personnes diabétiques (1)

D'après les données de l'assurance maladie, entre 16 % et 72 % des personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux bénéficiaient d'une surveillance conforme aux bonnes pratiques cliniques en 2000.

La loi de santé publique a pour objectif d'**améliorer la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline, afin de réduire la fréquence des complications du diabète envisagées dans l'objectif 55. Ainsi, 80 % des diabétiques devraient bénéficier en 2008 des recommandations de bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et la HAS**¹.

Le suivi du diabète inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins 3 fois dans l'année en tant que témoin du contrôle glycémique sur les quatre derniers mois. Il prévoit également la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun ainsi que le dépistage précoce des complications du diabète, en particulier ophtalmologiques par un examen du fond d'œil, cardiaques avec un électrocardiogramme de repos et rénales avec un dosage de la créatininémie et la recherche d'albumine dans les urines. Les indicateurs de suivi de cet objectif sont donc des indicateurs de bonne pratique construits à partir des recommandations. Deux types d'indicateurs complémentaires sont utiles : la prévalence du diabète qui est un indicateur de contexte permettant de suivre l'évolution de la fréquence de la maladie ; le niveau des facteurs de risque vasculaire (HbA1c, pression artérielle et LDL-cholestérol) qui apportent des informations sur les résultats du suivi et du traitement, et qui constituent des indicateurs intermédiaires entre la qualité des pratiques et l'état de santé.

■ INDICATEUR DE CONTEXTE

Prévalence du diabète

La prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline a augmenté de 2,7 % en 2000 à 3,6 % en 2005 dans la population résidant en France métropolitaine et protégée par le régime général de l'Assurance maladie, soit une augmentation annuelle moyenne estimée à 5,7 %². La prévalence du diabète traité augmente avec l'âge, est plus élevée chez les hommes, et atteint un taux maximal dans la classe d'âge 70-79 ans : 17,7 % chez les hommes et 11,5 % chez les femmes. Appliquée à la population générale résidant en France entière en 2005, la prévalence du diabète traité est estimée à 3,8 %, correspondant à environ 2,4 millions de personnes. À cette prévalence du diabète traité, il faudrait ajouter les personnes non diagnostiquées et celles traitées par régime seul dont les effectifs ne sont pas connus avec précision.

Des estimations³ prévoient un accroissement de la prévalence du diabète de 35 % entre 1999 et 2012 en tenant compte de la croissance de la population (part attribuable dans l'augmentation de la prévalence : 14 %), de son vieillissement (part attribuable : 42 %) et de l'augmentation de la prévalence de l'obésité (part attribuable : 44 %).

Une étude antérieure⁴ a mis en évidence des

variations géographiques de la prévalence du diabète traité en métropole selon un axe Nord-Ouest/Sud-Est : la prévalence du diabète traité est particulièrement faible en Bretagne, Basse-Normandie et dans les Pays de la Loire mais elle est maximale en Provence-Alpes-Côte-D'Azur, Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine. Par ailleurs, dans les départements d'outre-mer, la prévalence du diabète traité est 1,5 à 3 fois supérieure à celle de la métropole². Dans une étude en population adulte réunionnaise⁵, la prévalence du diabète déclaré a été estimée en 2000 à 9,4 %, et à 14,8 % après dépistage systématique (plus d'un tiers des diabétiques étaient méconnus). À la Martinique⁶, la prévalence du diabète déclaré (traitement antidiabétique et/ou régime) a été estimée en 2004 chez les plus de 15 ans, à 6,5 %. Ces chiffres élevés s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des apports alimentaires) et un risque génétique élevé.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année :

– au moins trois remboursements pour dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c),

– au moins deux remboursements pour dosages de l'HbA1c,
– au moins un remboursement pour dosage de la cholestérolémie (ou bilan lipidique),
– au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique),
– au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie,

1. ALFEDIAM : Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques ; AFS-SAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; HAS : Haute autorité de santé.

2. Kusnik-Joinville O., Weill A., Salanave B., Ricordeau P., Allemand H., 2007, « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? », *Pratiques et Organisation des Soins*, CNAMTS, vol. 38, n° 1, janvier-mars.

3. Bonaldi C., Romon I., Fagot-Campagna A., 2006, « Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* ; 10 : 69-71.

4. Ricordeau P., Weill A., Vallier N., Bourrel R., Fender P., Allemand H., 2000, « L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine », *Diabetes and Metabolism*, n° 26, p. 11-24.

5. Favier F., Jausse L., Le Moulec N., Debussche X., Boyer M.-C., Schwager J.-C., Papoz L., 2005, « The Redia Group. Prevalence of type 4. Diabetes and central adiposity in La Réunion Island, the REDIA study », *Diabetes Research and Clinical Practice* ; 67 : 234-42.

6. Cardoso T., Flamand C., Merle S., Quenel P., Fagot-Campagna A., 2006, « Prévalence du diabète en Martinique. Résultats de l'enquête ESCAL-Martinique, 2003-2004 », *Diabetes and Metabolism* ; n° 32 : 1S62.

Tableau 1 • Personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline ayant bénéficié dans l'année des différents examens complémentaires recommandés, en 2001 et 2005 (%)

	Cohorte ENTRED 2001-2003*			Base ERASME**	Taux moyen (%) d'augmentation annuelle entre 2001 et 2005
	Estimations 2001		Estimations 2003 ³	Estimations 2005	(estimations basses ¹)
	Basses ¹	Hautes ²	Basses ¹	Basses ¹	
Contrôle glycémique (HbA1c)					
≥ 3 dosages	29,9	36,1	39,3	36,2	+ 4,9
≥ 2 dosages	52,5	56,2	63,8	60,6	+ 3,7
Contrôle lipidique					
≥ 1 dosage de cholestérolémie (ou bilan lipidique)	62,2	69,4	66,7	67,2	+ 2,0
≥ 1 dosage de triglycéridémie (ou bilan lipidique)	62,0	69,1	66,8	67,4	+ 2,1
Dépistage des complications					
≥ 1 dosage de créatininémie	71,3	77,6	77,3	75,0	+ 1,3
≥ 1 recherche d'albuminurie	17,7	31,7	24,7	24,7	+ 8,7
≥ 1 électrocardiogramme (ou consultation de cardiologie)	29,8	44,9	33,5	32,8	+ 2,4
≥ 1 consultation d'ophtalmologie	43,0	52,5	45,9	43,3	+ 0,2

* Estimations calculées sur la base de l'échantillon ENTRED 2001-2003, composé de 10 000 personnes adultes diabétiques traitées, France métropolitaine ;

** Données CNAMTS sur la base exhaustive des personnes diabétiques traitées, extraites de la base de données ERASME V1 (ensemble des assurés sociaux du régime général de l'Assurance maladie, France entière) ; estimation haute non disponible pour 2005 ;

(1) Les estimations basses prennent en compte les seules données de remboursement (actes réalisés en secteur libéral) ;

(2) Les estimations hautes prennent en compte les données de remboursement et leur ajoutent les actes potentiellement réalisés au cours de séjours hospitaliers en supposant que toute hospitalisation réalisée dans l'année conduit à la pratique systématique du dosage de la créatininémie et d'un ECG, et que toute hospitalisation dans une discipline médico-tarifaire de caractéristique médicale conduit au dosage systématique de l'HbA1c, de la cholestérolémie et de la triglycéridémie, de l'albuminurie et d'un examen ophtalmologique.

(3) Les estimations sont calculées d'après les données de la cohorte ENTRED 2001-2003 et présentent donc un biais lié au vieillissement de la cohorte et à l'ancienneté plus importante de la maladie.

Champ : 2001, France métropolitaine - 2005, France entière.

Sources : Études ENTRED et ERASME.

CHAMP • ENTRED : France métropolitaine, population adulte du régime général de l'Assurance maladie, hors sections locales mutualistes, diabétiques de type 1 ou 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline ; ERASME : France entière, population du régime général de l'Assurance maladie, tous âges, diabétiques de type 1 ou 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCES • En 2001 : étude ENTRED, échantillon de 10 000 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général, remboursées au dernier trimestre 2001 d'une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline ; en 2005 : personnes remboursées d'une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline à au moins deux reprises au cours de l'année, extraites de la base de données ERASME (ensemble des assurés sociaux du régime général de l'Assurance maladie).

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le numérateur est le nombre de personnes ayant bénéficié dans l'année d'au moins un remboursement de l'acte considéré (2 ou 3 actes pour l'HbA1c) ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées l'année considérée.

LIMITES ET BIAIS • (1) ENTRED : exclusion des régimes de l'Assurance maladie autres que le régime général, des sections locales mutualistes, des personnes hospitalisées pendant tout le dernier trimestre 2001 et exclusion des départements d'outre-mer - ERASME : exclusion des régimes de l'Assurance maladie autres que le régime général et des personnes hospitalisées toute l'année 2005 ; (2) absence de données concernant les actes réalisés dans le secteur public (consultations et hospitalisations) ; indicateurs parfois intermédiaires et imprécis, la consultation ophtalmologique ne rendant pas compte de l'examen du fond d'œil (rétinographie non codifiée en 2001-2003) et le dosage des lipides du calcul du LDL cholestérol ; (3) prise en compte des dates de remboursements et non des dates de réalisation des actes.

RÉFÉRENCE • 1. Fagot-Campagna *et al.*, 2003, « Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles. ENTRED 2001 », *BEH, InVS*, n° 49-50, p. 238-239. 2. Diaporama et résultats nationaux et régionaux disponibles sur www.invs.sante.fr/diabete.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : CNAMTS, InVS.

Surveillance des personnes diabétiques (2)

- au moins un remboursement pour recherche d'albuminurie,
- au moins un remboursement d'ECG (ou consultation de cardiologie),
- au moins un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie).

Ces indicateurs ont été estimés en 2001-2003 à partir des résultats de la cohorte ENTRED (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétique).

En 2001, selon le type d'examen de surveillance, entre 18 et 71 % des personnes diabétiques traitées par insuline et/ou antidiabétiques oraux ont bénéficié des examens recommandés⁷ (tableau 1).

En 2005, selon le type d'examen de surveillance, de 25 % à 75 % des personnes diabétiques traitées par insuline et/ou antidiabétiques oraux ont bénéficié des examens recommandés (tableau 1).

Entre 2001 et 2005, le suivi s'est amélioré mais de façon hétérogène pour les différents indicateurs. Les progressions les plus marquées portent sur le dosage annuel de l'albuminurie (+9 % par an) et les trois dosages annuels de l'HbA1c (+5 % par an). Toutefois, en 2005, le dosage annuel de l'albuminurie et les 3 dosages recommandés de l'HbA1c ne sont réalisés que chez respectivement 25 % et 36 % des personnes diabétiques. Les deux tiers des personnes diabétiques ont bénéficié d'un dosage sanguin du cholestérol et des triglycérides dans l'année, les trois quarts d'un dosage sanguin de la créatinine. Moins d'un diabétique traité sur deux a bénéficié d'une

consultation d'ophtalmologie, et cet indicateur est le seul à ne pas progresser.

Les facteurs associés à une meilleure surveillance clinique, en particulier l'ancienneté du diabète et le traitement par insuline, suggèrent que la conformité aux bonnes pratiques cliniques s'accroît avec la gravité de la maladie. L'âge (entre 45 et 64 ans) et le niveau d'études (> niveau baccalauréat), également associés à une meilleure surveillance, pourraient être liés aux pratiques médicales (attitude différente du médecin ou recours à un médecin différent), aux patients eux-mêmes (meilleure observance) ou au système de soins (meilleure accessibilité)⁸.

Dans les DOM, une étude réalisée en 2002 par la Caisse générale de la sécurité sociale de l'île de la Réunion rend compte d'une prise en charge similaire à celle réalisée en métropole, malgré un âge moyen plus jeune⁹ (58 versus 64 ans). Seul le dosage de l'albuminurie est plus fréquemment réalisé à la Réunion qu'en métropole, ce qui témoigne d'une meilleure sensibilisation au risque rénal lié au diabète.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Contrôle du risque vasculaire : niveaux d'HbA1c, de LDL cholestérol et de pression artérielle

Le contrôle du niveau de risque vasculaire permet de réduire la survenue des complications du diabète. Dans l'étude ECODIA2 en

2005, le niveau de risque vasculaire déclaré par les médecins reste élevé (graphique 1). Le niveau d'HbA1c des personnes diabétiques de type 2 est inférieur ou égal au seuil recommandé de 6,5 % chez un tiers des personnes diabétiques, et supérieur à 8 % chez une personne sur cinq. La pression artérielle est inférieure ou égale au seuil actuellement recommandé de 130/80 mmHg chez 40 % des diabétiques et supérieure à 140/90 mmHg pour près de 20 %. Le niveau de LDL cholestérol n'est pas rapporté par 22 % des médecins alors que son dosage est recommandé annuellement, et le LDL est supérieur ou égal à 1,3 g/l pour plus d'un quart de l'ensemble des diabétiques. Une amélioration du niveau de risque vasculaire est toutefois observée depuis 1999. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

7. En 2003, entre 25 % et 77 % ont bénéficié des examens recommandés. Toutefois ces données de 2003 peuvent entraîner une surestimation des indicateurs (voir encadré méthodologique).

8. Fagot-Campagna A., Fosse S., Weill A., Simon D., Varroud-Vial M., 2005, « Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude Entred 2001 », *BEH, InVS*, n° 12-13, p. 48-50.

9. Prévot L., Briatte C., Heye O., Potier P., Soulas A., 2006, « Prise en charge médicale et contrôle du diabète de type 2 traité à la Réunion », *Revue Médicale de l'Assurance maladie, CNAMTS*, n° 37, p. 27-39.

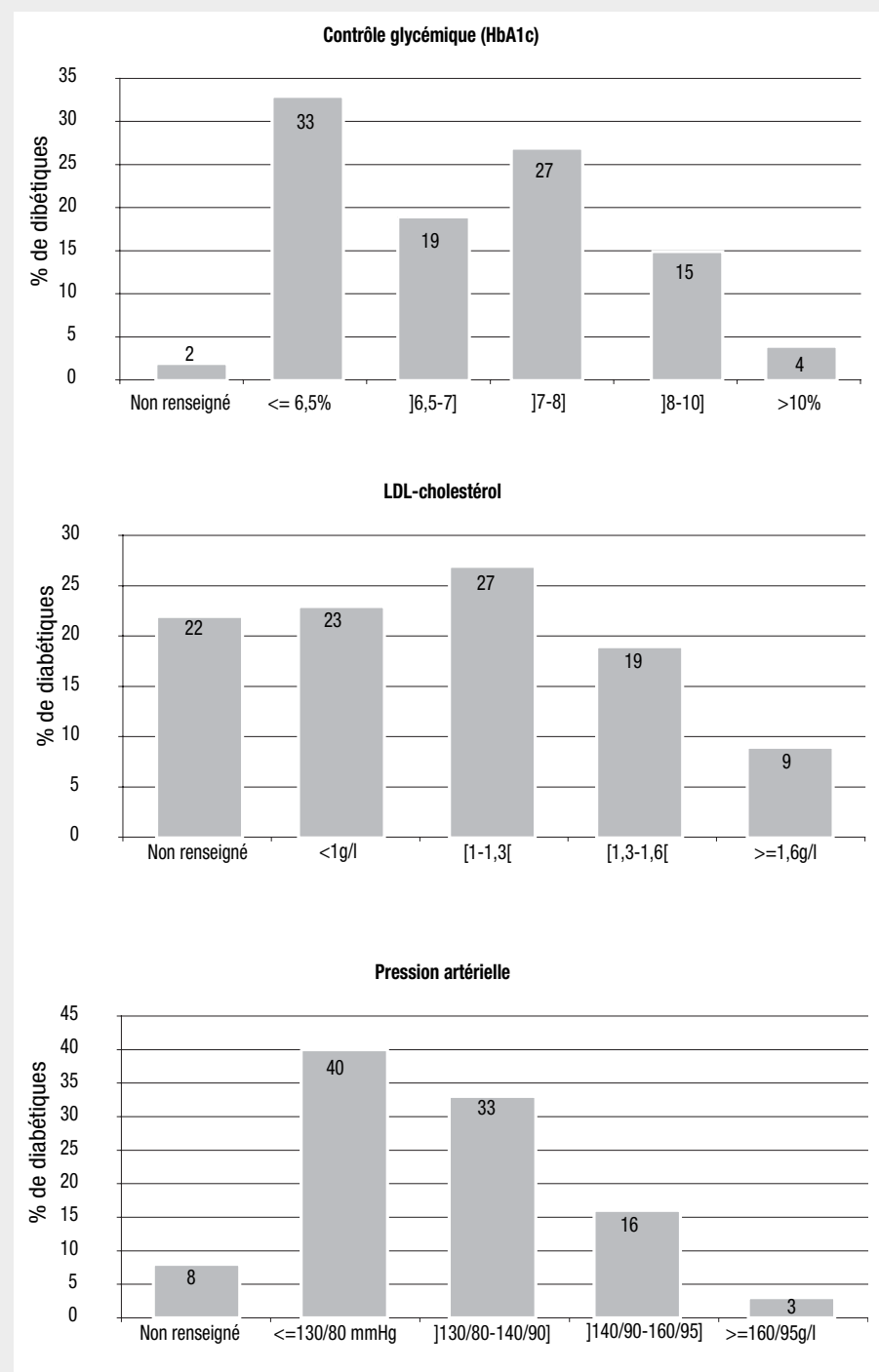
synthèse

En 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/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, au sein 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 %). Toutefois, la réalisation de ces indicateurs progresse. La fréquence de l'examen ophtalmologique, réalisé chez moins d'une personne diabétique sur deux, est le seul indicateur pour lequel aucune amélioration n'est enregistrée.

Par ailleurs le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques reste élevé. En 2005, les deux tiers des personnes diabétiques de type 2 ont un niveau d'HbA1c supérieur ou égal à 6,5 %, plus de la moitié ont une pression artérielle supérieure à 130/80 mmHg et près d'un quart ont un LDL cholestérol supérieur ou égal à 1,30 g/l.

Graphique 1 • Distribution des niveaux d'HbA1c, de pression artérielle et de LDL cholestérol parmi les personnes diabétiques de type 2 en 2005



CHAMP • France métropolitaine, population adulte, personnes diabétiques de type 2, traitées ou non par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCES • Étude ECODIA2, année 2005, échantillon de 4 250 personnes, suivies en médecine générale ou spécialisée.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Distribution des niveaux d'HbA1c, de pression artérielle et de LDL cholestérol déclarés par les médecins. Données pondérées selon le mode de suivi des diabétiques (suivi par médecin généraliste seul ou co-suivi par médecin généraliste et médecin spécialiste).

LIMITES ET BIAIS • Enquête déclarative sur échantillon aléatoire de professionnels. Un biais de sélection des professionnels ne peut être exclu compte tenu du faible taux de participation : 13% pour les généralistes et 18% pour les spécialistes. Toutefois l'échantillon final de généralistes participants ne diffère pas de l'ensemble des généralistes français sur des critères d'âge, de sexe et de région d'exercice. Un biais de sélection des patients est également possible, les médecins devant inclure les 15 premiers patients diabétiques de leur patientèle vus en consultations ou en visite. Les caractéristiques des patients inclus sont toutefois proches de celles des études antérieures. D'autres biais peuvent être liés à l'auto-déclaration des médecins (étude rétrospective, variabilité des mesures biologiques). Ces biais induisent probablement une vision plus optimiste du contrôle du risque vasculaire.

RÉFÉRENCE •

- Varroud-Vial M. *et al.*, 2007, «ECODIA2: étude sur l'épidémiologie et les coûts du diabète en France: la prise en charge du diabète de type 2 s'est améliorée entre 1999 et 2005», *Diabetes & Metabolism*, vol. 33, p.1575.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • CEMKA-EVAL.

Champ : France métropolitaine, année 2005.

Sources : étude ECODIA2 2005.

Complications du diabète (1)

Les complications potentielles du diabète étant nombreuses, l'objectif proposé par la loi de santé publique est de **réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires**. Les complications les plus graves ont été retenues : infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). Certains indicateurs ne sont pas disponibles et d'autres nécessitent d'être validés. Un objectif préalable consiste en l'amélioration du système d'information sur le diabète et ses complications. La mortalité liée au diabète ou à ses complications constitue un indicateur complémentaire, limité toutefois, car le codage du diabète n'est pas systématique pour les décès survenant du fait d'une de ses complications.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence et incidence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète : infarctus du myocarde, cécité, autres complications ophtalmologiques nécessitant un traitement par laser, insuffisance rénale chronique terminale, amputation, mal perforant plantaire

Les taux de complications estimés sont issus des résultats de l'étude ENTRED 2001, à partir des déclarations des personnes diabétiques et de leur médecin traitant (tableau 1). Globalement, les patients déclarent plus fréquemment des complications que leur médecin. Cette discordance de résultats peut s'expliquer par une mauvaise interprétation de son état par le patient et/ou par l'absence de dépistage des complications par le médecin : les renseignements sur l'examen des pieds et le laser ne sont pas fournis par les médecins dans respectivement 7 % et 31 % des cas.

La fréquence des complications augmente avec l'âge et la durée du diabète. En 2001, le taux de personnes ayant déjà subi un infarctus du myocarde (déclaré par les médecins) atteint 7,5 % et passe de 4,7 % avant 54 ans à 8,7 % après 65 ans. Les taux de complications oculaires, perte de la vue d'un œil et traitement par laser ophtalmologique (déclarés par les patients) sont respectivement de 3,4 % et 14,5 %. Ces taux augmentent de façon marquée à partir de 65 ans pour atteindre respectivement 4,8 % et 17,8 %. La prévalence de l'amputation et des maux perforants plantaires atteint 1,4 % et 6,0 %, et augmente progressivement jusqu'à 75 ans.

À partir des données déclarées par les médecins, les incidences sont estimées en 2001 à environ 810 infarctus, 350 cécités, 120 initialisations à la dialyse ou greffes rénales, 230

amputations d'un membre inférieur et 580 maux perforants plantaires pour 100 000 diabétiques.

Hospitalisations de personnes diabétiques pour amputation ou plaie du pied

En 2003, en métropole, près de 8 000 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur, totalisant plus de 9 500 séjours avec amputation (tableau 2). Une même personne a effectué dans l'année deux séjours avec amputation dans 13 % des cas et trois séjours ou plus dans 3 % des cas. Les taux de séjours hospitaliers avec acte d'amputation, bruts et standardisés, sont estimés respectivement à 483 et 182 pour 100 000 diabétiques. En terme de nombre de personnes, les taux d'amputation, bruts et standardisés, sont estimés respectivement à 404 et 155 pour 100 000 diabétiques, soit 14 fois plus que chez les non-diabétiques et deux fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Parmi les personnes diabétiques amputées, 28 % sont âgées de moins de 65 ans, 64 % de 65 à 84 ans et 8 % de 85 ans et plus. Le niveau le plus haut d'amputation correspond à l'orteil dans 38 % des cas, au pied dans 24 %, à la jambe dans 21 % et à la cuisse dans 17 % des cas. Une amputation précédente de niveau plus distal est enregistrée dans l'année chez 28 % des amputés de la cuisse, 35 % des amputés de jambe et 22 % des amputés du pied. Au cours des séjours avec acte d'amputation, 711 décès (9 %) ont été enregistrés.

En 2003, pour la France entière, plus de 10 200 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention de plaie du pied, totalisant 19 000 séjours (tableau 3). Un séjour unique est enregistré chez 78 % des diabétiques, deux séjours chez 11 %, et trois séjours ou plus chez 11 %. Chez les hommes, le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge. Chez les femmes, le taux est assez

stable entre 30 et 64 ans puis croît à partir de 65 ans. Par rapport à la moyenne nationale, le taux standardisé d'hospitalisation pour plaie du pied est presque 7 fois supérieur dans l'île de la Réunion (175 pour 100 000 habitants) et double dans certaines régions métropolitaines (Picardie, Alsace, Bourgogne). Entre 1997 et 2003, les taux standardisés d'hospitalisation pour plaie du pied ont doublé. Cette grande variabilité des taux entre les régions, de même que leur augmentation dans le temps, reflète à la fois les variations et l'augmentation de prévalence du diabète, de mode de prise en charge des plaies du pied, voire de pratiques de codage.

Nombre et taux de patients diabétiques entrant en insuffisance rénale chronique terminale

En 2005, d'après les données du registre REIN portant sur 13 régions, sont entrées en insuffisance rénale terminale traitée (dialyse ou greffe) 1 507 personnes pour lesquelles un diagnostic de diabète était mentionné, soit un tiers des nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale traitée. Extrapolé à l'ensemble de la France métropolitaine, ce chiffre atteint 2 670. Le taux d'incidence brut de l'insuffisance rénale terminale avec co-morbidité diabète atteint 44 pour un million de personnes¹. Ce taux d'incidence augmente avec l'âge, atteignant 194 pour un million de personnes âgées d'au moins 75 ans. Il est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes (54 *versus* 35 pour un million). Des variations géographiques sont également mises en évidence : le taux d'incidence, standardisé selon la structure d'âge et de sexe, est minimum en Bretagne (19 pour un million) et maximum dans le Nord-Pas-de-Calais (66 pour un million).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et taux de décès ayant pour cause un diabète, et âge moyen au décès

En 2004, parmi les certificats de décès de personnes résidant en France (métropole et outre-mer), 30 882 mentionnent un diabète parmi les causes multiples de décès (6,0 %) et

1. En 2005, la prévalence brute de l'insuffisance rénale terminale avec co-morbidité diabète est estimée à 156 pour un million de personnes. Le nombre de personnes atteintes est de 5 293 au sein des 13 régions du registre et de 9 379 extrapolé à l'ensemble de la France métropolitaine.

CHAMP • France métropolitaine, population adulte, diabétiques de type 1 et 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCES • Étude ENTRED 2001, échantillon de 10 000 personnes tirées au sort parmi les assurés et bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie, remboursées au dernier trimestre 2001 d'une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le numérateur est le nombre de personnes ayant déclaré (ou dont le médecin a déclaré) une complication existante (ou incidente) en 2001 ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées de l'échantillon ENTRED pour lesquelles une réponse a été obtenue soit au questionnaire patient (n = 3 646, déclarations des patients), soit à la fois au questionnaire patient et médecin (n = 1 718, déclarations des médecins). Traitement des données : dans les déclarations des patients, exclusion des valeurs manquantes (peu fréquentes) et interprétation des réponses « ne sait pas » comme l'absence de complication. Dans les déclarations des médecins, conservation des valeurs manquantes et des réponses « ne sait pas » du fait de leur fréquence (de 1,3 % pour l'infarctus à 31 % pour le laser).

LIMITES ET BIAIS • Exclusion des DOM, des régimes de l'Assurance maladie autres que le régime général et des sections locales mutualistes, des personnes hospitalisées pendant tout le dernier trimestre 2001 ; biais de non-réponse aux enquêtes postales des patients et des médecins, mesuré et jugé peu conséquent ; biais d'auto-déclaration des patients et médecins (étude rétrospective, imprécision des déclarations des patients, fréquence importante des données non renseignées par les médecins). Ces derniers biais induisent probablement une sous-estimation de la part des médecins et une surestimation de la part des patients.

Tableau 1 • Taux bruts de complications déclarées par les patients (personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline) et par leur médecin

	Prévalences* 2001				Incidences** 2001			
	Patients		Médecins		Patients		Médecins	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Infarctus du myocarde	-	-	7,5	[6,2-8,7]	-	-	0,8	[0,4-1,2]
Infarctus du myocarde et/ou angor	15,3	[14,1-16,5]	-	-	1,9	[1,5-2,4]	-	-
Cécité	-	-	1,4	[0,8-2,0]	-	-	0,3	[0,1-0,6]
Perte de la vue d'un œil	3,4	[2,8-4,0]	-	-	0,8	[0,5-1,0]	-	-
Laser ophtalmologique	14,5	[13,4-15,7]	4,5	[3,6-5,5]	4,9	[4,2-5,6]	-	-
Dialyse ou greffe rénale	0,5	[0,3-0,8]	0,5	[0,1-0,8]	0,2	[0,1-0,3]	0,1	[0,0-0,3]
Amputation d'un membre inférieur	1,4	[1,0-1,8]	1,0	[0,6-1,5]	0,3	[0,1-0,5]	0,2	[0,0-0,5]
Mal perforant plantaire	6,0	[5,2-6,8]	1,5	[0,9-2,0]	2,7	[2,1-3,2]	0,6	[0,2-0,9]

* Complications survenues avant ou au cours de l'année 2001 ; ** Complications survenues au cours de l'année 2001.

Champ : France métropolitaine, année 2001. **Sources** : InVS, étude ENTRED 2001.

RÉFÉRENCES •

- (1) Romon I. *et al.*, 2005, « Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude ENTRED 2001 », *BEH*, InVS, n° 12-13, p. 46-48, mars.
- (2) Fagot-Campagna A. *et al.*, 2005, « Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude ENTRED 2001 », *BEH*, InVS, n° 12-13, mars, p. 48-50.
- (3) Diaporama et résultats nationaux et régionaux disponibles sur <http://www.invs.sante.fr/entred/>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • Amputations : France métropolitaine, année 2003 ; plaies du pied : France entière, années 1997 à 2003.

SOURCES • Bases nationales PMSI (Dhos, Atih). Séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO. Estimations localisées de population (INSEE).

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Ont été retenus les séjours suivants : 1) pour repérer les patients diabétiques, ceux comportant un des codes diagnostics principaux, reliés ou associés (CIM10) E10 à E14, G590, G632, H280, H360, I792, M142, N083, O24, O240 à O243 et O249 ; 2) pour repérer les amputations du membre inférieur, ceux comportant un acte codé CCAM ou CDAM, NZFA009, NZFA005, NZFA004, NZFA013, NZFA010, NZFA007, NZFA002, NZFA006, NZFA008, NZFA001, NZFA003, T113, T116, T750, T751, T752, T888, T889, T111, T112, T115, T117, T118, T119, T120, T114 ; 3) pour repérer les plaies du pied, les codes diagnostics principaux, reliés ou associés (CIM10) L97, M8607, M8617, M8627, M8637, M8647, M8657, M8667, M8687, M8697, S90 et S91. Les taux standardisés reposent sur la structure d'âge de la population européenne (IARC-1976). La population diabétique a été estimée à partir des données de la CNAITS, appliquées aux estimations Insee de population au 1^{er} janvier 2004.

LIMITES ET BIAIS • Lors des analyses des amputations, seules les données de 2002 et 2003 ont été utilisées, afin de bénéficier des procédures de chaînage disponibles à partir de 2002. Ces procédures ont permis d'identifier les séjours effectués pour un même patient : les unités de compte sont soit des séjours soit des patients. Ces procédures de chaînage ont également permis une meilleure identification des diabétiques. Par ailleurs, les données n'ont pas été redressées, le taux d'exhaustivité du PMSI, évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) étant de 97 % en 2003. Lors de l'analyse des plaies du pied, afin d'étudier l'évolution temporelle, la procédure de chaînage n'a pu être utilisée. Il est donc probable que les nombres et taux de séjours soient sous-estimés, le diagnostic de diabète n'apparaissant pas systématiquement. Les données ont été redressées afin de prendre en compte les défauts d'exhaustivité des débuts du PMSI, qui sont liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité était de 92 % en 1998.

RÉFÉRENCES •

- (1) Fosse S. *et al.*, 2006, « Incidence et caractéristiques des amputations du membre inférieur chez les personnes diabétiques en France métropolitaine », *BEH*, InVS, n° 10, p. 71-73.
- (2) Oberlin P. *et al.*, 2006, « Les lésions des pieds chez les patients diabétiques adultes – Prise en charge hospitalière en 2003 et évolution depuis 1997 », *Études et Résultats*, DREES, n° 475, mars.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS pour les amputations et DREES pour les plaies du pied.

Tableau 2 • Séjours hospitaliers de personnes diabétiques avec acte d'amputation d'un membre inférieur : nombres et taux* annuels de séjours et de personnes concernées (pour 100 000 diabétiques), par âge

	< 25 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	≥ 85 ans	< 65 ans	≥ 65 ans	Tout âge
Séjours								
Nombre	2	161	2 501	6 088	755	2 664	6 843	9 508
Taux brut	9	141	336	610	856	303	630	483
Taux standardisé	6	113	317	588	---	127	630	182
Personnes								
Nombre	2	146	2 094	5 064	648	2 242	5 712	7 955
Taux brut	9	128	281	507	736	255	526	404
Taux standardisé	6	102	267	489	---	109	526	155

* Les taux ont été calculés en rapportant les séjours des personnes diabétiques à la population estimée de diabétiques en France métropolitaine.

** Structure d'âge de la population européenne des personnes âgées de plus de 85 ans non disponible.

Champ : France métropolitaine, année 2003.

Sources : InVS, données nationales du PMSI.

Tableau 3 • Séjours hospitaliers de personnes diabétiques présentant des plaies du pied : nombres et taux* annuels (pour 100 000 habitants), selon le sexe

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre	Hommes	4 400	5 700	7 100	8 200	9 200	11 800	12 200
	Femmes	3 200	3 700	4 400	4 900	5 400	6 700	6 700
	Deux sexes	7 600	9 400	11 500	13 100	14 600	18 500	18 900
Taux bruts	Hommes	15,2	19,6	24,4	27,8	31,2	39,7	40,7
	Femmes	10,3	12,1	14,1	15,9	17,1	21,3	21,3
	Deux sexes	12,7	15,7	19,1	21,7	23,9	30,3	30,7
Taux standardisés	Hommes	14,9	18,9	23,4	26,3	29,0	36,6	37,4
	Femmes	8,0	9,2	10,5	11,8	12,9	15,7	15,6
	Deux sexes	11,2	13,7	16,5	18,5	20,2	25,3	25,7

* Les taux ont été calculés en rapportant les séjours des personnes diabétiques à la population française totale.

Champ : France entière, années 1997 à 2003.

Sources : DREES, données nationales du PMSI.

Complications du diabète (2)

11 359 identifient le diabète comme la cause initiale du décès (2,2 %). Il s'agit toutefois d'une estimation minimum, car le diabète n'est pas toujours mentionné en tant que cause du décès lorsque celui-ci est lié à une de ses complications. Les taux de mortalité liée au diabète en causes multiples, brut et standardisé sur l'âge, sont respectivement de 49,5 et 31,6/100 000 (tableau 4). Ces taux augmentent fortement avec l'âge, tout comme la prévalence du diabète. Avant 65 ans, le taux standardisé de mortalité liée au diabète est de 7,2/100 000. Le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais l'indice de surmortalité masculine diminue avec l'âge. L'âge moyen au décès est de 78 ans, et est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (80 vs 75 ans), comme en mortalité générale.

Depuis 1997 et jusqu'en 2000, une forte augmentation des taux de décès liés au diabète a été observée, quel que soit le sexe²; celle-ci

est en partie liée à la modification du format des certificats de décès en 1997 (augmentation du nombre de lignes) et aux changements de codage des maladies en 2000 (passage à la CIM-10 et codification automatisée). Entre 2001 et 2004, les taux de mortalité liée au diabète sont stables, quel que soit le sexe. Dans la mortalité générale, la part des décès liés au diabète en causes multiples augmente légèrement de 2001 (5,5 %) à 2004 (6 %).

Il existe de fortes disparités géographiques, globalement concordantes avec celles observées en termes de prévalence du diabète et de l'obésité. En métropole, sur la période 2001-2004, les taux annuels standardisés les plus élevés sont retrouvés en Alsace (+49 % par rapport au taux national), dans le Nord-Pas-de-Calais (+36 %), en Lorraine (+30 %), en Champagne-Ardenne (+26 %) et en Picardie (+17 %). À l'inverse, les taux les plus faibles sont retrouvés en Bretagne (-29 % par rapport

au taux national), en Haute-Normandie (-25 %) et en Ile-de-France (-25 %).

En outre-mer, sur la période 2001-2004, les taux annuels standardisés de décès liés au diabète (en causes multiples) sont extrêmement élevés : 65,5, 63,8, 64,3 et 112,1/100 000 respectivement en Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion (tableau 5). Par ailleurs, l'âge moyen au décès en outre-mer est plus jeune que dans le reste du pays (de 70 à 77 ans selon le DOM). La surmortalité masculine observée en métropole est faible en Martinique, et n'est pas observée à la Réunion, en Guadeloupe et en Guyane. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

2. Peignot F., Jouglé E., Le Toulec A., 2002, « Mortalité attribuée au diabète en France », *BEH, InVS*, n° 20-21, p. 91.

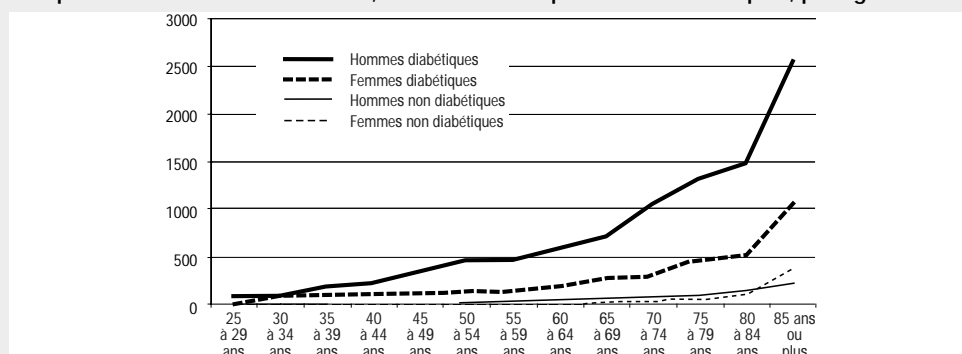
synthèse

Sur les 2 millions de personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux et/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, pour un million de personnes résidant en France métropolitaine, et ont un diagnostic de diabète sont nouvellement traitées par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale terminale.

L'incidence brute des amputations est estimée à 404 pour 100 000 diabétiques. Le risque d'amputation est 14 fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non diabétiques et 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Un quart des diabétiques amputés sont âgés de moins de 65 ans. Dans 16 % des cas, il s'agit de récurrences d'amputations dans la même année. Plus de 19 000 séjours mentionnant une plaie du pied chez une personne diabétique sont également enregistrés, soit un taux standardisé sur l'âge de 25,7 séjours pour 100 000 habitants. La Réunion surtout, mais également la Picardie et l'Alsace, enregistrent des taux standardisés d'hospitalisation pour plaie du pied très supérieurs à la moyenne nationale.

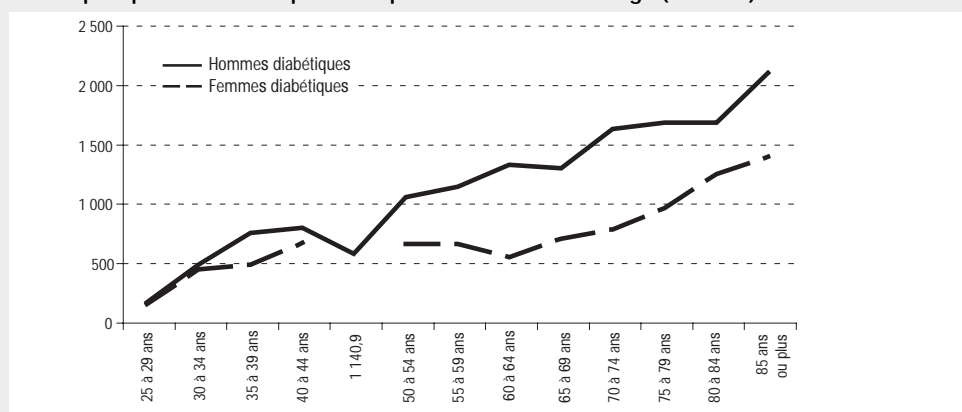
En 2004, le diabète est mentionné sur plus de 30 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France. Il existe des disparités géographiques similaires à celles de la prévalence du diabète : les taux de mortalité sont très élevés en outre-mer, et élevés dans le nord et l'est de la métropole. 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, il est plus faible dans les départements d'outre-mer (70 à 77 ans).

Graphique 1 • Taux bruts (/100 000) de séjours hospitaliers réalisés en 2003 avec acte d'amputation d'un membre inférieur, chez les diabétiques et non diabétiques, par âge et sexe



Champ : France métropolitaine, année 2003. Sources : InVS, données nationales du PMSI.

Graphique 2 • Taux d'hospitalisation en 2003 en soins de courte durée, MCO, de personnes diabétiques présentant des plaies du pied selon le sexe et l'âge (/100 000)



Champ : France entière, année 2003. Sources : DREES, données nationales du PMSI.

Tableau 4 • Nombre de décès, âge moyen au décès et taux bruts et standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants) avec mention de diabète en causes initiale ou multiples, par sexe, en 2004

	Diabète en cause initiale			Diabète en causes multiples*		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Effectif	11 359	5 319	6 040	30 882	15 444	15 438
Âge moyen (ans)	78	75	81	77	75	80
Taux bruts						
< 25 ans	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
25-44 ans	0,7	1,0	0,4	1,6	2,2	0,9
45-64 ans	8,3	11,4	5,2	23,1	32,3	14,2
65-84 ans	75,2	88,8	65,1	213,0	269,1	171,2
≥ 85 ans	291,0	319,2	280,2	720,5	828,2	679,6
< 65 ans	2,7	3,6	1,7	7,3	10,0	4,5
≥ 65 ans	98,8	105,7	93,9	268,3	310,1	239,3
Tous âges	18,2	17,5	18,8	49,5	50,9	48,1
Taux standardisés						
< 65 ans	2,6	3,6	1,7	7,2	10,1	4,4
≥ 65 ans	83,9	100,9	72,3	229,4	293,3	186,1
Tous âges	11,6	14,3	9,4	31,6	41,2	24,4

* Le diabète est dit déclaré « en causes multiples » de décès s'il est mentionné dans le certificat de décès (que ce soit en cause initiale ou dans une autre partie du certificat).

Champ : France entière, année 2004. Sources : InVS, données nationales du CépiDC-INSERM.

Tableau 5 • Nombre annuel moyen de décès, âge moyen au décès et taux annuels standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants) avec mention de diabète en causes initiale ou multiples, pour chaque département d'outre-mer, données agrégées sur la période 2001-2004

	Diabète en cause initiale				Diabète en causes multiples*			
	Réunion	Martinique	Guadeloupe	Guyane	Réunion	Martinique	Guadeloupe	Guyane
Effectif annuel moyen	236	123	120	21	559	309	284	48
Âge moyen (ans)	72	77	75	71	72	77	75	70
Taux standardisés :								
- Hommes	44,6	26,4	25,1	23,2	109,4	68,4	61,5	56,3
- Femmes	48,0	23,9	27,5	30,1	111,1	60,5	64,8	72,0
- Deux sexes	47,2	25,2	26,7	27,4	112,1	64,3	63,8	65,5

* Le diabète est dit déclaré « en causes multiples » de décès s'il est mentionné dans le certificat de décès (que ce soit en cause initiale ou dans une autre partie du certificat).

Champ : Départements d'outre-mer, années 2001-2004. Sources : InVS, données nationales du CépiDC-INSERM.

CHAMP • France entière, décès avec mention de diabète sur le certificat de décès (cause initiale ou autres causes).

SOURCES • Les données sont issues de la statistique nationale des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDC de l'INSERM, et établie à partir de la certification médicale des médecins.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS

• Les indicateurs sont calculés sur la base du nombre de certificats portant la mention de diabète en cause initiale ou en autres causes (causes multiples). Le dénominateur correspond aux estimations localisées de population (INSEE) de l'année ou de la période considérée. La standardisation (méthode directe) repose sur la structure d'âge de la population européenne de 1976 (IARC). Les taux pour la France entière sont calculés sur l'année la plus récente (2004) alors que les taux annuels par départements sont calculés sur la période regroupée 2001-2004. Le découpage géographique repose sur le département de domicile des personnes décédées.

LIMITES ET BIAIS • Les biais principaux sont liés à la qualité de la certification des décès. Le diabète engendre de nombreuses complications ; il peut alors être difficile de discerner la cause initiale du décès. C'est pourquoi il est essentiel de tenir compte à la fois de la cause initiale et des autres causes de décès. La comparaison de ces résultats avec les résultats d'autres pays est limitée, étant donné les différences de qualité de certification et de codage d'un pays à l'autre. La comparaison des résultats dans le temps est également limitée à cause de l'évolution au cours du temps de la structure du certificat de décès (lignes supplémentaires) et du système de codage (manuel à automatique, révision de la CIM).

RÉFÉRENCE •

- www.invs.sante.fr/diabete

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDC et InVS.

Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables (1)

Le taux de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 2004, la séroprévalence globale du VHC était de 60 % contre 11 % pour le VIH dans la population des usagers de drogues pris en charge dans l'ensemble du dispositif spécialisé et chez les médecins généralistes. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence : un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé et une plus grande résistance du VHC dans le milieu extérieur. L'objectif de la loi de santé publique est de **maintenir, chez les personnes dépendantes aux opiacés et polytoxicomanes, l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et d'amorcer une baisse de l'incidence du VHC**. Les systèmes d'information disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas encore de mesurer l'évolution de l'incidence des séroconversions pour le VIH et le VHC.

En ce qui concerne le VIH, il existe un système de notification obligatoire des nouveaux cas d'infection à VIH depuis mars 2003 qui est couplé à une surveillance des infections récentes (datant de moins de 6 mois). En pondérant les résultats du test d'infection récente par d'autres paramètres comme les comportements de dépistage, il est prévu d'estimer l'incidence du VIH. Pour le VHC, il a été choisi d'approcher l'incidence par la prévalence du VHC chez les usagers de drogues de moins de 25 ans. C'est en effet dans cette population que la prévalence dépend le plus fortement des nouvelles contaminations. Une première enquête multicentrique avec prélèvement d'échantillons sanguins a été réalisée en 2004.

On dispose ainsi pour la première fois d'une mesure, à l'échelon national, de la prévalence réelle du VHC dans la population des usagers de drogues. Il faudra cependant attendre la réédition de cette enquête et d'autres enquêtes de ce type pour pouvoir mesurer les évolutions. En attendant, seules des données de prévalences déclaratives peuvent être utilisées pour tenter d'apprécier la tendance récente en matière de transmission du VHC.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre (et proportion) de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les usagers de drogues injectables

Chaque année, entre 2003 et 2005, environ 4 000 découvertes de séropositivité au VIH ont été déclarées. Mais compte tenu de la sous-déclaration aux environs de 35 %, on estime que 6 000 à 7 000 personnes ont découvert leur séropositivité chaque année. Parmi ces cas, 55 % ont été contaminés par rapports hétérosexuels, 23 % par rapports homosexuels ou bisexuels et 2 % par usage de drogues injectables (graphique 1).

L'usage de drogues injectables n'est donc en cause en 2003-2005 que pour une proportion faible des découvertes de séropositivité.

Des tendances sur une antériorité importante peuvent être observées grâce à la surveillance du sida. Au milieu des années 1990, les usa-

gers de drogues par voie injectable représentaient un quart des personnes diagnostiquées au stade sida, alors qu'en 2005, ils n'en représentent plus que 9 %.

Outre le très faible nombre de découvertes de séropositivité VIH et la diminution du nombre de cas de sida chez les usagers de drogues (UD), on constate une baisse de la prévalence du VIH dans cette population. En 1998, la prévalence du VIH chez les UD était estimée à 19 % (enquête InVS-INSERM U88 Programme d'échange de seringues), alors qu'elle a été estimée à 11 % en 2004 (enquête Coquelicot). La prévalence du VIH a surtout diminué chez les plus jeunes, indiquant des changements de comportement des nouveaux usagers, qui se contaminent moins pour le VIH (en 2004, la séroprévalence était quasi nulle chez les moins de 30 ans : 0,3 %). La population des UD séropositifs pour le VIH a donc vieilli.

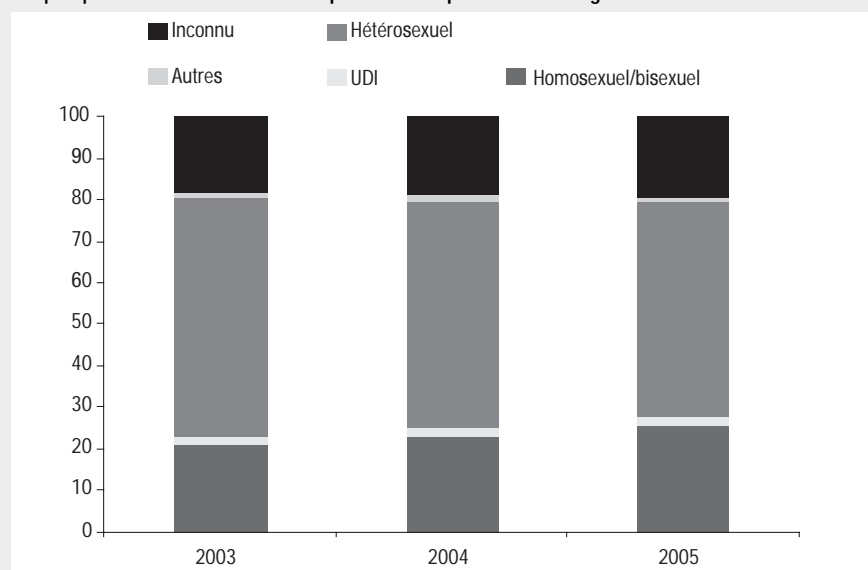
Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne) âgés de moins de 25 ans ayant recours aux différentes structures de prise en charge

Les chiffres de prévalence du VHC (tout comme ceux du VIH) doivent être interprétés avec précaution. Il importe tout d'abord de tenir compte du caractère déclaratif ou biologique des résultats d'une part et des caractéristiques de la population interrogée, de l'autre.

En effet, de fortes divergences entre les sérologies VHC déclarées et les résultats de tests sur des échantillons biologiques ont été constatées dans l'enquête Coquelicot.

En second lieu, il est nécessaire de considérer l'exposition aux risques de la population interrogée, ceux-ci étant essentiellement liés à l'utilisation de la voie intraveineuse et au partage des seringues et dans une moindre

Graphique 1 • Découvertes de séropositivité VIH par année de diagnostic et mode de contamination



Champ : France entière.

Sources : InVS, Système de notification obligatoire de l'infection à VIH.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Système de notification obligatoire de l'infection à VIH.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • La notification des découvertes de séropositivité est initiée par les biologistes et complétée par les médecins cliniciens. Nombre de nouveaux cas pour lesquels le mode de contamination imputé est l'injection de drogues, rapporté à l'ensemble des découvertes de séropositivité durant la période considérée.

LIMITES ET BIAIS • La déclaration des infections à VIH est soumise à une sous-déclaration de l'ordre de 35 %.

RÉFÉRENCE •

- Institut de veille sanitaire, *Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005*, mars 2007.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables (2)

mesure à l'utilisation du sniff et au partage des pailles ainsi qu'à la consommation de crack et au partage des pipes en verre dans le cadre d'une consommation de crack.

Les données de prévalence du VHC disponibles proviennent actuellement de quatre enquêtes différentes. Une seule d'entre elles, l'enquête Coquelicot, fournit actuellement des données reposant sur une stratégie d'échantillonnage et sur des tests biologiques, ce qui en fait aujourd'hui la source la plus fiable.

La première édition de l'enquête PRELUD menée en 2006 auprès des structures de première ligne (et remplaçant l'enquête TREND/ Première ligne dont la dernière édition remonte à l'année 2003) s'est également intéressée à la prévalence déclarée et biologique du VHC parmi les usagers de drogues fréquentant ces structures, mais seuls les résultats des prévalences déclarées sont disponibles ici.

D'après les résultats de l'enquête Coquelicot, la proportion d'usagers de drogues de moins de 25 ans interrogés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (centres spécialisés de soins aux toxicomanes – CSST – et structures de première ligne) et chez les médecins généralistes et ayant une sérologie VHC positive était de 10,2% en 2004 (tableau 1). Ces résultats, isolés pour l'instant, ne permettent pas d'indiquer une tendance d'évolution.

D'après les premières données issues de l'enquête PRELUD, la prévalence déclarée de séropositivité au VHC chez les moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne et qui connaissent leurs résultats a décru

entre 2003 (dernière édition de l'enquête TREND Première ligne) et 2006 (enquête PRELUD), passant de 17% à 8% environ (tableau 2). Toutefois ces taux de prévalence de déclaration positive au VHC chez les moins de 25 ans sont variables suivant les sites, allant de 2,9% à Rennes à 15,6% à Lyon.

23,4% des moins de 25 ans dans l'étude PRELUD déclarent n'avoir jamais pratiqué de sérologie. Parmi les autres, environ 7% ne connaissent pas le résultat de leur dernière sérologie et seules 46% des sérologies datent de moins de six mois. Cependant, il faut noter que l'on observe une baisse de la prévalence chez l'ensemble des usagers de drogues par injection, notamment chez ceux qui déclarent s'être injecté plus de 10 fois des drogues (tableau 3).

Enfin, l'enquête RECAP menée en 2005 pour la première fois à l'échelon national et qui porte sur les caractéristiques des patients accueillis cette année-là dans les structures spécialisées en toxicomanie (CSST) et en alcoologie (CCAA) interroge l'ensemble des patients sur leurs statuts sérologiques, en particulier celui de l'hépatite C. Sur les 15 188 usagers de moins de 25 ans reçus en 2005 dans les CSST, 1 514 ont rapporté avoir déjà utilisé l'injection au moins une fois au cours de leur vie parmi lesquels 76 (5%) ont déclaré avoir une sérologie VHC positive (tableau 4). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • OFDT, INVS.
Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les usagers de drogues est très faible, 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.

Tableau 1 • Séroprévalence du VHC (données biologiques) chez les usagers de drogues âgés de moins de 25 ans (globale, et selon la pratique d'injection ou pas dans la vie) en 2004 (%)

	VHC +	VHC-
Usagers de drogues	10,2	89,8
Injecteurs dans la vie	32,7	67,3
Non injecteurs dans la vie	1,1	98,9

Champ : Usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans des structures spécialisées et chez les médecins généralistes.
Sources : Enquête InVS-ANRS/Coquelicot 2004.

Tableau 2 • Séropositivité déclarée du VHC parmi les usagers de drogues âgés de moins de 25 ans en 2003 et 2006

Dernière sérologie	2003 (N = 137) (en %)	2006 (N = 193) (en %)	P
Positive	16,8	7,8	0,012
Négative	78,8	85,0	> 0,05
Ne sait pas	4,4	7,3	0,025
Total	100	100	
Part de positifs parmi ceux qui connaissent leur sérologie	17,6	8,4	0,012

Champ : Usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne.

Sources : TREND Première ligne 2003, PRELUD 2006, OFDT.

Tableau 3 • Séropositivité déclarée du VHC parmi les usagers de drogues âgés de moins de 25 ans en 2003 et 2006 selon la fréquence des pratiques d'injection dans la vie (%)

Dernière sérologie	Positive		Ne sait pas	
Injection vie	2003	2006	2003	2006
Non jamais (N2003 = 54, N2006 = 63)	3,7	0,0	3,7	11,1
Oui, 1 seule fois (N2003 = 1 N2006 = 6)	0,0	0,0	0,0	0,0
Oui, de 2 à 9 fois (N2003 = 12, N2006 = 12)	16,7	0,0	8,3	0,0
Oui, 10 fois ou plus (N2003 = 137, N2006 = 112)	27,1	13,4	4,3	6,3
Total	16,8	7,8	4,4	7,3

Champ : Usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne.

Sources : TREND Première ligne 2003, PRELUD 2006, OFDT.

Tableau 4 • Séropositivité déclarée du VHC parmi les usagers de drogues âgés de moins de 25 ans ayant injecté au moins une fois dans leur vie en 2005

	2005
Usagers de drogues de moins de 25 ans (ayant injecté au moins une fois dans leur vie)	n = 1514
Sérologie déclarée positive au VHC	n = 76 (5%)

Champ : Patients accueillis en 2005 dans les structures spécialisées en toxicomanie (CSST) et en alcoologie (CCAA).

Sources : RECAP/OFDT.

ENQUÊTE « RECAP »

CHAMP • Patients accueillis en 2005 dans les structures spécialisées en toxicomanie (CSST) et en alcoologie (CCAA).

SOURCES • OFDT- Enquête « RECAP » (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en Charge) auprès des usagers en CSST et CCAA. Ce recueil continu (enquête annuelle) succède à l'enquête de « novembre » à partir des réponses à un noyau commun de questions intégré dans les « dossiers patients » utilisés par les CSST et CCAA.

LIMITES ET BIAIS • En termes de nombre de structures comme de nombre de patients, le taux de réponse est proche de 50%. 45 000 patients ont été vus dans 105 structures « alcool » et 45 000 patients ont pour leur part été vus dans 95 CSST ambulatoires distincts, 15 centres thérapeutiques résidentiels et deux CSST en milieu pénitentiaire. Les structures qui n'ont pas fourni de données dont les caractéristiques sont connues au travers des rapports d'activité ne se distinguent pas des structures répondantes. Les données collectées dans RECAP peuvent donc être considérées comme largement représentatives au plan national. Faibles effectifs des moins de 25 ans.

RÉFÉRENCES •

- Palle C., Vaissade L., 2007, « Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 », OFDT, *Tendances*, n° 54.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

ENQUÊTE « COQUELICOT » - InVS

CHAMP • Usagers de drogues âgés de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (haut seuil/bas seuil) et chez des médecins généralistes. Étude multicentrique (Bordeaux-Lille- Marseille-Paris-Strasbourg). Le critère d'inclusion dans l'enquête était d'avoir injecté ou sniffé au moins une fois dans la vie.

SOURCES • InVS- Enquête Coquelicot. Échantillon aléatoire d'usagers de drogues recrutés dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et de réduction des risques et chez les médecins généralistes.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Rapport des usagers de moins de 25 ans présentant une sérologie VHC positive, à l'ensemble des usagers de moins de 25 ans pour lesquels une sérologie a été pratiquée.

LIMITES ET BIAIS • Champ géographique limité à cinq grandes villes (première enquête en 2004, après une étude de faisabilité en 2001-2002).

RÉFÉRENCE •

- Jauffret Roustide M. *et al.*, 2006, *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France*, Étude InVS, ANRS, Coquelicot, 2004, BEH 2006, 33 : 244-247.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

ENQUÊTES « TREND » et « PRELUD »

CHAMP • Consultants des structures dites de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues), ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne. Ces structures deviennent des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) en 2006.

SOURCES • OFDT- Enquête « TREND » auprès des usagers des structures de première ligne puis enquête « PRELUD » auprès des usagers des CAARUD à partir de 2006. Enquête réalisée auprès des usagers des structures de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues), sur la base du volontariat. Cette enquête repose sur des données déclaratives des usagers de drogues actifs (opiacés ou cocaïne) avec une forte population d'injecteurs. D'abord annuelle (de 2001 à 2003), cette enquête devient bi-annuelle à partir de 2006 avec ajout d'informations sur les dosages biologiques et prend le nom d'enquête PRELUD. 1 017 consultants (usagers actifs encore dans un parcours toxicomaniaque) ont ainsi été interrogés sur 9 sites (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) pour cette première édition. Des prélèvements biologiques à partir d'échantillons de salive ont été effectués sur 5 sites : Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse (non encore exploités à la date de rédaction de cette fiche).

LIMITES ET BIAIS • Enquête basée sur le volontariat et les déclarations des usagers. Test sérologique via prélèvement salivaire et non pas sanguin. Faibles effectifs des moins de 25 ans.

RÉFÉRENCE ENQUÊTE TREND •

- Bello P.-Y. *et al.*, 2004, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003*.

RÉFÉRENCE ENQUÊTE PRELUD •

- Cadet-Tairou A., *Enquête PRELUD 2006*, à paraître.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

Prise en charge des toxicomanes

Le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées et de cocaïne était compris entre 150 000 à 180 000 en 1999 selon l'OFDT¹. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de **poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs**. Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, 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® et génériques de la buprénorphine haut dosage depuis 2006), 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.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de patients sous traitement de substitution et proportion de patients sous méthadone

Deux sources sont utilisées pour quantifier le nombre de patients concernés : les données du système d'information SIAMOIS (InVS), basées sur les chiffres de ventes fournies en partie par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) [comprenant les données de vente en pharmacie du Subutex®, ainsi que de la méthadone et les données hospitalières pour la méthadone] et les données issues de l'assurance maladie reposant sur les demandes de remboursement de traitements de substitution qui lui sont adressées.

Ces deux sources permettent ainsi de définir des intervalles pour l'usage des deux médicaments dont les bornes hautes correspondent aux calculs effectués à partir des données du GERS, les bornes inférieures reposant sur les données de l'assurance maladie.

Ainsi en 2005, selon les données SIAMOIS, et sous l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour, on pouvait estimer à 87 253 le nombre de patients sous traitement par Subutex®. Pour la méthadone, sous l'hypothèse d'une posologie moyenne de 60 mg par jour, le nombre de patients traités par ce médicament était estimé à près de 20 200 cette même année.

Ces données représentent des nombres maximaux de patients, dans la mesure où les posologies moyennes réelles semblent être supérieures aux posologies utilisées dans ce calcul.

Les données de l'assurance maladie – en s'appuyant sur les doses moyennes remboursées aux patients recevant un traitement continu – permettent quant à elles d'estimer, par extrapolation en 2005, à 75 087 le nombre

d'usagers sous traitement par Subutex® et à 14 100 le nombre d'usagers sous méthadone (graphique 1).

Il faut cependant préciser qu'une part de la buprénorphine prescrite est détournée de son usage et n'est donc pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement. En effet, selon les données de l'assurance maladie datant de 2002, sur les 79 000 patients ayant reçu au moins une prescription, on peut estimer que 65 % d'entre eux sont inscrits dans une démarche de traitement médical, que 28 % reçoivent des prescriptions de produits substitutifs de manière irrégulière et qu'environ 6 % se font prescrire ces traitements, le plus souvent par plusieurs médecins, parfois dans un but de revente.

En 2003, la part du Subutex® dans les traitements de substitution se situe entre 75 et 80 % selon ces deux sources de données.

La buprénorphine haut dosage représente 20 % des traitements substitutifs en Europe en 2005 avec 77 % de la prescription effectuée en France². Deux autres pays européens, la République tchèque et la Suède, ont recours quant à eux à la buprénorphine haut dosage dans plus de 60 % des cas³.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la méthadone sont accessibles

L'enquête conjointe DGS/DHOS au sein des établissements pénitentiaires repose sur un questionnaire adressé à tous les médecins responsables d'unités médicales implantées en milieu pénitentiaire et relevant du service public hospitalier (unités de consultation et de soins ambulatoires [UCSA], services médico-psycho-

logiques régionaux [SMRP], ou secteurs de psychiatrie générale). Cette enquête exhaustive a été réalisée à quatre reprises, sur une journée d'une semaine donnée, auprès des 168 établissements recensés. La dernière enquête date de février 2004. À cette date, les traitements de substitution par méthadone étaient disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires. La population sous traitement de substitution augmentait progressivement allant de 2 % en mars 1998 à 6,6 % en février 2004 (tableau 1). À cette date, 20 % des personnes qui bénéficiaient d'un traitement de substitution étaient sous méthadone (n = 773). Ce résultat est en légère augmentation par rapport aux années précédentes où la méthadone représentait 15 % des traitements (graphique 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT, InVS.
Mise à jour de la fiche juin 2007.

1. Sources : OFDT 2005, « Drogues et dépendances, données essentielles », éditions La Découverte.

2. Cela s'explique en grande partie par les règles de prescription différentes pour ces deux produits (méthadone classée comme stupéfiant avec une durée maximale de prescription de 14 jours – versus 28 jours pour la BHD), par leur présentation différente (sirop pour la méthadone versus comprimé sublingual pour la BHD) et par leurs modalités d'accès différentes (méthadone initiée uniquement par des médecins exerçant en CSST ou en milieu hospitalier – depuis 2002 – alors qu'une initialisation de prescription est possible par tout médecin pour la BHD). De plus, contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation associée à d'autres psychotropes.

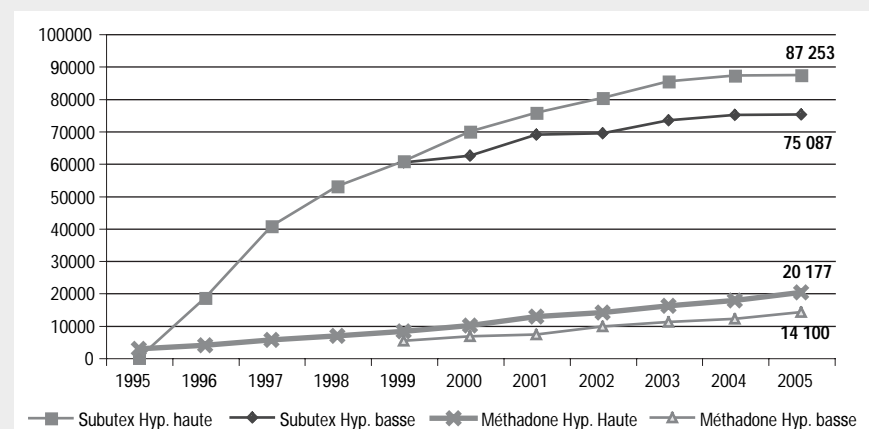
3. Observatoire européen pour les drogues et les toxicomanies (OEDT) 2005, « Standard tables on drugs treatment, Annual report ».

synthèse

Le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées et de cocaïne était compris entre 150 000 à 180 000 personnes en 1999 selon l'OFDT. En 2005, entre 75 000 et 88 000 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et entre 14 100 et 20 200 sous méthadone. Ainsi, selon la source de données utilisée, la méthadone serait utilisée dans 15 à 20 % des traitements de substitution aux opiacés.

En 2004, les traitements de substitution par méthadone étaient disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Graphique 1 • Traitements de substitution aux opiacés : nombre d'usagers de drogues traités par buprénorphine haut dosage (Subutex®) et méthadone – Évolution 1995-2005



Champs : France entière données GERS de vente aux officines et données assurance maladie, France métropolitaine données GERS de vente aux établissements de santé.

Sources : GERS/SIAMOIS/InVS et CNAMTS/estimations OFDT.

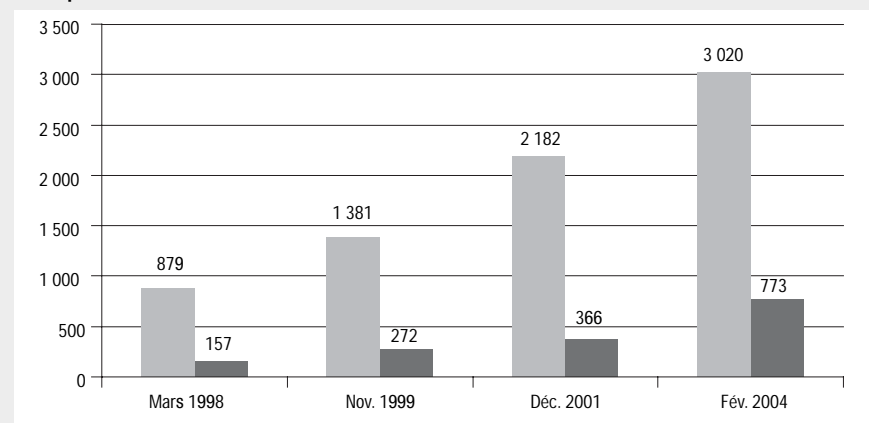
Tableau 3 • Part de la population incarcérée ayant un traitement de substitution aux opiacés

	Mars 1998	Nov. 1999	Déc. 2001	Févr. 2004
Établissements participants à l'enquête	160/168	159/168	168	165/168
Population incarcérée	52 937	50 041	47 311	56 939
Population substituée (%)	1 036 (2,0)	1 653 (3,3)	2 548 (5,4)	3 793 (6,6)

Champ : Tous établissements pénitentiaires, France entière.

Sources : Enquête DGS/DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

Graphique 2 • Évolution du nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés



Champ : Tous établissements pénitentiaires, France entière.

Sources : Enquête DGS/DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

CHAMP • Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) : données de ventes de médicaments aux officines en France entière, et aux établissements de santé en France métropolitaine. Assurés aux trois caisses principales de l'assurance maladie, France entière.

SOURCES • InVS - SIAMOIS : estimation de nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) à partir des données de ventes (bases de données GERS pour les ventes en pharmacie et données de méthadone hospitalière). CNAMTS : demande de remboursement de TSO à l'assurance maladie (CNAM, MSA et RSI).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Estimations SIAMOIS : équivalents patients consommant 8 mg/J pendant 1 an pour la BHD ou 60 mg/J pour la méthadone : effectifs théoriques de patients traités calculés en divisant la quantité vendue en un an par 365 jours puis par 8 mg (BHD) ou 60 mg (méthadone). Estimations CNAMTS/OFDT : équivalents patients consommant une dose médiane de 9,4 mg/J pendant 1 an pour la BHD ou 90 mg/J pour la méthadone (pour des patients en traitement continu c'est-à-dire une durée de traitement supérieure ou égale à 150 J et un intervalle entre 2 délivrances de moins de 30 J pour la BHD ou de 10 J pour la méthadone) : effectifs théoriques de patients traités calculés en divisant la quantité remboursée en un an par 365 jours puis par 9,4 mg (BHD) ou 90 mg (Méthadone).

RÉFÉRENCES •

- Emmanuelli J., 2000, « Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques – SIAMOIS – Description, analyse et mise en perspective des ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999 », InVS, novembre.
- Cadet-Tairou A., Cholley D., 2004, « Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : Pratiques et disparités à travers 13 sites français », OFDT, juin.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS (SIAMOIS), CNAMTS.

CHAMP • France entière, tous types d'établissements pénitentiaires.

SOURCES • Enquête DGS-DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

LIMITES ET BIAIS • Taux d'exhaustivité 98,2 % (réponses des établissements) ; enquête administrative déclarative.

RÉFÉRENCE •

- Morfini H., Feuillerat Y., 2001, « Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire », DGS-DHOS, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DGS/DHOS.

Personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins (1)

La loi relative à la politique de santé publique préconise pour les troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques, de **diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus**.

Environ 500 000 personnes souffrent en France de troubles bipolaires et 4 millions de troubles névrotiques et anxieux¹. La part des personnes de 15 à 75 ans ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois est estimée à 7,8 % en France par le Baromètre Santé 2005 de l'INPES² et à 6,4 % par l'enquête ESEMeD³. Ces troubles sont souvent concomitants : 30 % des personnes présentant un épisode dépressif auraient aussi un trouble anxieux⁴. Parallèlement, les médicaments psychotropes prennent une place grandissante dans les dépenses de santé. Par exemple, entre 1980 et 2001, le chiffre d'affaires des ventes d'antidépresseurs est passé de 1,5 % à 3,5 % du chiffre d'affaires total des officines⁵ ; cette augmentation étant à considérer avec prudence dans le contexte de l'augmentation du prix de ces médicaments mais également du fait qu'une partie importante des personnes qui consomment des antidépresseurs ne souffrent pas de dépression mais de divers autres troubles. Ainsi, la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques soulève la question de l'offre de soin, de ses modalités (médicaments, professionnels et structures), et de l'adéquation entre les traitements et les pathologies.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Part des personnes présentant un épisode dépressif qui n'ont pas recours aux soins

Pour cet indicateur, on considère qu'une personne présentant un épisode dépressif n'a pas recours aux soins si elle ne s'est pas rendue dans une structure de soin, n'a pas rencontré un professionnel de la santé pour des raisons de santé mentale et si elle n'a pas suivi de psychothérapie dans la période où elle a souffert de l'épisode dépressif.

L'épisode dépressif retenu ici est un trouble identifié par le questionnaire d'enquête (MINI ou le CIDI-SF) comme épisode dépressif léger, moyen ou sévère et ayant un retentissement sur le fonctionnement social de la personne. Il n'est sans doute pas absolument superposable au trouble tel que peut le diagnostiquer un médecin en consultation.

Parmi les personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 18 à 75 ans et ayant un épisode dépressif repéré, la part des personnes n'ayant pas déclaré de recours aux soins est de 62 % selon le Baromètre Santé et de 40 % selon l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) (tableau).

Dans les deux enquêtes, les hommes présentant un épisode dépressif ont moins souvent recours aux soins que les femmes

(graphique 1). En outre, le recours aux soins est moins fréquent pour les jeunes âgés de 18 à 24 ans que pour les personnes plus âgées ; il est toutefois similaire après 65 ans d'après le Baromètre Santé (graphique 2). Dans le Baromètre Santé, la propension à recourir aux soins est liée à la situation socioprofessionnelle : les ouvriers, les chômeurs et les retraités ont moins souvent recours aux soins que les cadres et les professions intermédiaires. Dans l'enquête SMPG, on retrouve également ce moindre recours pour les ouvriers et il en est de même pour les étudiants, ce qui n'apparaît pas dans le Baromètre Santé. Contrairement aux résultats observés dans le Baromètre Santé, les retraités recourent plus souvent aux soins que la moyenne dans l'enquête SMPG.

Part des personnes présentant un épisode dépressif qui n'ont pas recours aux soins et ne consomment pas de médicaments

Si elle n'est pas accompagnée d'un contact avec un professionnel de la santé, la consommation de médicament n'est pas considérée comme un recours aux soins. Néanmoins, quand une personne présentant un épisode dépressif déclare avoir consommé un médicament antidépresseur, mais ne pas avoir rencontré un professionnel de la santé ou séjourné dans une structure de soin, on peut supposer

1. Selon le rapport du Groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO).

2. Morvan Y. *et al.*, 2007, « Dépression : prévalence, facteurs associés et consommations de soins », in Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre Santé 2005, attitudes et comportements de santé*, INPES.

3. Lépine J.-P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L., Nachbaur G., Gaudin A.-F., 2005, « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 (ESEMeD) » *Encéphale*; 31 : 182-194.

4. Bellamy V., 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale », *Études et Résultats*, DREES, n° 347, octobre.

Bellamy V., Roelandt J.-L., Caria A., 2005, « Premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale : images et réalités », *L'Information Psychiatrique*, vol. 81, n° 4, avril, p. 295 à 304.

5. Amar E., Balsan D., 2004, « Les ventes d'antidépresseurs entre 1981 et 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 285, janvier.

Tableau 1 • Personnes souffrant d'un épisode dépressif sans recours aux soins (%)

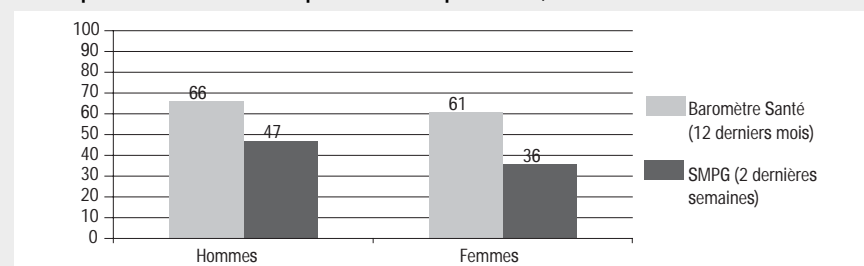
	Pas de recours à un professionnel de la santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie	Idem + pas de recours aux médicaments	Pas de recours à un professionnel de la santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie	Idem + pas de recours aux médicaments
	Baromètre Santé (12 derniers mois)	Baromètre Santé (12 derniers mois)	SMPG (2 dernières semaines)	SMPG (2 dernières semaines)
Ensemble des personnes ayant un épisode dépressif :	62	48	40	34
<i>Dont</i>				
Sexe				
Homme	66	55	47	43
Femme	61	45	36	29
Âge				
18-24	75	68	56	50
25-44	61	47	42	37
45-64	55	41	34	27
65 et +	75	50	31	27
Catégorie socioprofessionnelle				
Actifs :				
ouvrier	69	56	51	47
employé	60	44	37	30
profession intermédiaire	54	44	41	37
cadre	55	50	45	41
chômeur	70	53	42	34
autres actifs	74	60	41	39
Inactifs :				
retraite	72	51	30	27
étudiant	64	57	54	49
autres inactifs	56	36	34	27

Lecture : 62 % des personnes souffrant d'un épisode dépressif n'ont pas eu recours à une structure de soin, ni à un professionnel, ni à une psychothérapie selon le baromètre santé, et 40 % selon l'enquête SMPG. 48 % des hommes souffrant d'un épisode dépressif n'ont eu aucun des recours aux soins précédents, et n'ont pas non plus consommé de médicaments, selon le Baromètre Santé.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans souffrant d'un épisode dépressif.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES ; Enquête SMPG 1999-2003, CC-OMS et DREES.

Graphique 1 • Proportion de personnes dépressives n'ayant pas eu recours aux soins* parmi l'ensemble des personnes dépressives, selon le sexe

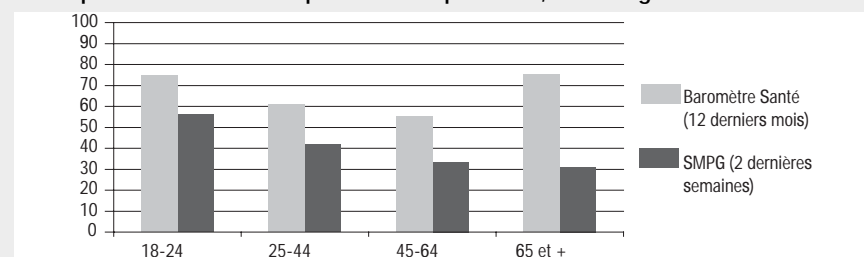


* Séjour dans une structure de soin et/ou recours à un professionnel et/ou psychothérapie.

Champ : France métropolitaine, 15-75 ans.

Sources : Baromètre santé 2005 et enquête SMPG 1999-2003.

Graphique 2 • Proportion de personnes dépressives n'ayant pas eu recours aux soins* parmi l'ensemble des personnes dépressives, selon l'âge



* Séjour dans une structure de soin et/ou recours à un professionnel et/ou psychothérapie.

Champ : France métropolitaine, 15-75 ans.

Sources : Baromètre santé 2005 et enquête SMPG 1999-2003.

CHAMP • Personnes de 18 ans et plus vivant en ménage ordinaire en Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne.

SOURCES • European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), enquête épidémiologique transversale en face à face utilisant le Composite International Diagnostic Interview 3.0 (CIDI). Personnes interrogées, entre janvier 2001 et juillet 2003, sur la présence des troubles dans les 12 mois précédents et sur la vie entière, sur l'utilisation de tout type de services résultant de leur état émotionnel ou de troubles de santé mentale au cours de leur vie : psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, conseillers, infirmiers, médecins généralistes ou spécialistes, aidants informels y compris religieux. Taux de réponse moyen, 61,2% (45,9 % en France).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Numérateur : personnes ayant été identifiées comme ayant eu un trouble de l'humeur par le CIDI au cours de leur vie et n'ayant pas eu de recours aux soins tels que définis ci-dessus. Dénominateur : ensemble des personnes interrogées dans la phase 2 (sous-échantillon de 8 796 personnes), données pondérées.

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Les données ne sont pas strictement comparables à celles des deux enquêtes SMPG et Baromètre Santé, le champ des troubles retenus étant plus large, la période d'interrogation également (vie entière versus 12 derniers mois ou deux dernières semaines).

BIAIS • Enquête déclarative pouvant notamment induire des sous-déclarations de l'utilisation des structures de soins. Non répondants nombreux.

RÉFÉRENCES •

- Kovess-Masfety V. *et al.*, 2007, « Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries », *Psychiatric services*, vol. 58, n° 2, feb.
- Alonso J. *et al.*, 2007, « Population level of unmet need for mental healthcare in Europe », *British Journal of psychiatry*, 190, 299-306.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DES INDICATEURS • Fondation MGEN en santé publique.

Personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins (2)

que le médicament correspond à une prescription de médecin antérieure, et constitue quand même une prise en charge de l'épisode dépressif, dont on ne peut cependant pas savoir si elle est adaptée ou non aux recommandations existantes.

La part des personnes n'ayant pas recours aux soins et n'utilisant pas de médicaments parmi celles qui présentent un épisode dépressif est de 48 % dans le Baromètre Santé et de 34 % dans l'enquête SMPG (tableau). Dans le Baromètre Santé, 14 % des personnes ayant un épisode dépressif repéré ont consommé des médicaments en raison de troubles psychiques mais ne déclarent pas avoir consulté de professionnel, suivi une psychothérapie, ni s'être rendues dans une structure de soin. Dans l'enquête SMPG, cette proportion est de 6 %.

Enfin, on constate que la part de personnes consommant des médicaments sans déclarer

d'autres recours aux soins est particulièrement élevée pour les inactifs hormis les étudiants, les personnes de plus de 65 ans et les retraités présentant un épisode dépressif dans le Baromètre Santé. Cela pose la question de la surconsommation de médicaments et de l'indétermination des traitements pour certaines catégories de population.

Selon l'enquête européenne ESEMeD (2001-2003), 41,7 % des personnes qui auraient eu besoin de soins en santé mentale pour troubles de l'humeur (ensemble de troubles dont la dépression fait partie) au cours de leur vie n'y auraient pas eu recours. La France occupe à cet égard une position moyenne parmi les 6 pays concernés, située entre l'Italie (63 %) et la Hollande (29 %) (graphique 3). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

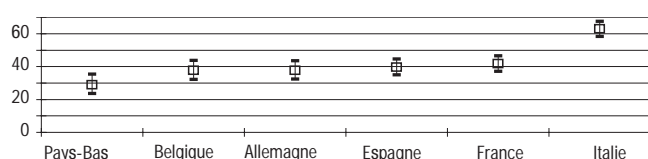
synthèse

Deux enquêtes récentes en population générale, mettent en évidence la proportion élevée de personnes qui ont des troubles dépressifs 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 : selon le Baromètre Santé 2005, elles seraient 62 % et selon l'enquête Santé mentale en population générale, 40 %.

La part des personnes présentant un épisode dépressif qui ne déclarent aucun des recours aux soins précédants et n'ont pas non plus utilisé de médicaments psychotropes pour ces problèmes est de 48 % dans le Baromètre Santé et de 34 % dans l'enquête SMPG. Ces chiffres sont cependant à considérer avec prudence vu les différences méthodologiques des enquêtes et les diverses options possibles lors de leur exploitation. Les hommes recourent moins que les femmes. Cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (18 à 24 ans) et les ouvriers. La part de personnes consommant des médicaments sans déclarer d'autres recours aux soins est particulièrement élevée pour les inactifs hormis les étudiants, les plus de 65 ans et les retraités présentant un épisode dépressif dans le Baromètre Santé.

La France se situe dans une position moyenne parmi six pays européens pour ce qui est du non-recours aux soins des personnes ayant des troubles de l'humeur (dont la dépression fait partie).

Graphique 3 • Pourcentage de personnes ayant eu des troubles de l'humeur au cours de leur vie et n'ayant pas consulté pour des problèmes émotionnels ou de santé mentale - Comparaison entre six pays européens



Lecture : En France, 41,7 % [intervalle de confiance 37,1 %-46,4 %] des personnes ayant souffert de troubles de l'humeur au cours de leur vie n'ont pas consulté pour des problèmes émotionnels ou de santé mentale.

Sources : ESEMeD 2001-2003.

	BAROMÈTRE SANTÉ	ENQUÊTE SMPG
SOURCES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (OMS) et DREES
PÉRIODE DE COLLECTE	2004-2005	1999-2003
CHAMP	France métropolitaine, 18-75 ans	France entière, 18 ans et plus
CHAMP POUR LE CALCUL DES INDICATEURS	France métropolitaine, 18-75 ans	France métropolitaine, 18-75 ans
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR	personnes présentant un épisode dépressif	
CLASSIFICATION	Diagnostic and Statistical Manual, 4 ^e révision (DSM-IV)	Classification internationale des maladies 10 ^e révision (CIM 10)
QUESTIONNAIRE	CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Short-Form)	MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)
RETENTISSEMENT SOCIAL OU « GÊNE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS » ASSOCIÉ AU TROUBLE	Inclus dans le questionnaire	Ajouté <i>a posteriori</i>
PÉRIODE DE RÉFÉRENCE	Les symptômes doivent être présents durant deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois.	Les symptômes doivent être présents durant les deux dernières semaines. Le recours aux soins peut être antérieur si d'autres troubles psychiques sont concomitants.
PRÉVALENCE DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF	7,8 % sur les 12 derniers mois	7,9 % sur les 2 dernières semaines
NUMÉRATEUR DE L'INDICATEUR	Personnes n'ayant pas recours aux soins	
RECOURS AUX SOINS 1 SÉJOUR DANS UNE STRUCTURE DE SOIN ET/OU RECOURS À UN PROFESSIONNEL ET/OU PSYCHOTHÉRAPIE	Utilisation des services d'un organisme : - centre médico-psychologique (CMP) - urgences d'un hôpital - au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique - centre de jour centre de crise	Hospitalisation pour ces problèmes : hôpital général, hôpital psychiatrique ou clinique
	Consultation d'un professionnel : médecin généraliste, psychiatre, autre médecin spécialiste, psychologue, « psy » (sans précision), infirmier(e), kinésithérapeute, ou autre professionnel de santé.	Consultation d'un professionnel de la santé ou un professionnel de la psychiatrie pour ces problèmes
	Aide : psychothérapie	suivi d'une psychothérapie pour ces problèmes
RECOURS AUX SOINS 2	idem +	idem +
SÉJOUR DANS UNE STRUCTURE DE SOIN ET/OU RECOURS À UN PROFESSIONNEL ET/OU PSYCHOTHÉRAPIE ET/OU CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS	Consommation de médicaments (antidépresseurs, somnifères, tranquillisants et anxiolytiques).	Consommation de normothymiques, de neuroleptiques, d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques pour ces problèmes.
LIMITES ET BIAIS	Enquêtes déclaratives pouvant notamment induire des sous-déclarations de l'utilisation des structures de soins	
RÉFÉRENCES	- Morin T., 2007, « Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins », <i>Études et Résultats</i> , DREES, n° 577, juin. - Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), Baromètre Santé 2005, attitudes et comportements de santé, INPES.	
ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS	DREES	

Atteintes sensorielles chez l'adulte (1)

Concernant les atteintes sensorielles chez l'adulte, la loi relative à la politique de santé publique s'est donné pour objectifs de **réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, d'assurer un dépistage et une prise en charge précoce et de prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences**. Ces affections méritent en effet d'être prises en compte à cause de leur grande fréquence et de leur caractère potentiellement évitable. Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle ; la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome sont à l'origine de la plupart des cécités¹.

Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce. Parmi les atteintes de l'audition, la presbycusie, l'altération des facultés d'audition liée à l'âge, reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs du sujet âgé. L'altération de l'audition est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail (voir objectif 16) et lors des loisirs (musique enregistrée écoutée au casque par exemple).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence des difficultés déclarées de vision de près sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

Une personne sur deux de 18 ans et plus déclare avoir des difficultés à voir de près, qu'elle ait ou non recours par ailleurs à une correction : 49 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour voir clairement les caractères d'imprimerie. Les femmes manifestent un peu plus souvent que les hommes ce type de difficultés – respectivement 52 contre 46 % (graphique 1). Cet écart se retrouve aux différents âges.

La difficulté pour voir de près devient très fréquente après 45 ans ; près de 8 personnes sur 10 ont des difficultés à voir de près après cet âge (graphique 2). La déclaration de difficultés pour voir de près est plus fréquente parmi les personnes les moins instruites que parmi celles qui déclarent avoir suivi des études supérieures.

Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de près

96 % parmi les personnes déclarant des difficultés à voir de près ont recours à une correc-

tion. Le recours aux corrections est semblable pour les deux sexes, et reste élevé même parmi les personnes les plus âgées. En revanche, la part des corrections efficaces parmi ceux qui en utilisent diminue avec l'âge. Si globalement 92 % de ceux qui utilisent une correction n'ont plus de difficultés à voir de près, cette part est de 98 % chez les 18-25 ans et de 71 % chez les plus de 85 ans. Dès lors, les difficultés résiduelles (qui ne sont pas compensées ou persistent en dépit d'une correction) sont seulement de l'ordre de 5 % pour l'ensemble de la population, mais s'accroissent avec l'âge et touchent 11 % des 65-84 ans et près de 27 % des plus de 85 ans (tableau 1). L'absence de correction et la mauvaise correction sont difficiles à interpréter ; elles peuvent être dues à des gênes modérées jugées supportables, à un défaut d'accès aux aides (ou aux aides appropriées), ou enfin à des gênes sévères qu'il est difficile ou impossible à compenser.

Parmi les 4 % d'adultes qui n'ont pas de corrections en dépit de difficultés déclarées, les différences selon le niveau d'instruction sont faibles. Par contre, il semble qu'il y ait un désavantage des moins instruits quant à l'efficacité de ces corrections. À âge et sexe équivalents, comparées aux personnes qui ont suivi des études supérieures, les personnes qui ont un

niveau d'étude secondaire ou inférieur au secondaire ont des risques relatifs significativement plus forts d'avoir une correction peu efficace (odds ratios de 1,40 et 2,1 respectivement).

Prévalence des difficultés déclarées de vision de loin sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

Les difficultés à voir de loin semblent moins fréquentes que les difficultés à voir de près, et ce quel que soit l'âge (graphique 4) : 16 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres de distance. Ce trouble est beaucoup plus souvent déclaré par les femmes que par les hommes (respectivement 20 % et 12 %) (graphique 3) et ce dans chaque groupe d'âge.

La déclaration de gênes pour voir de loin est plus fréquente parmi les personnes les moins instruites. Mais ces différences semblent en partie liées à la structure par âge des groupes de niveau d'instruction, la progression avec l'âge étant plus régulière que pour les difficultés pour voir de près, surtout présentes à partir de

¹ Direction Générale de la Santé, Rapport technique national de définition des objectifs, mise à jour 13/03/2003 <http://www.sante.gouv.fr/>

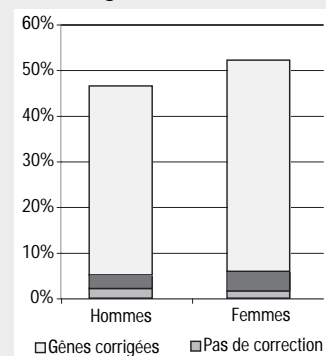
Tableau 1 • Difficultés à voir de près chez les personnes de 18 ans et plus (%)
(voir les caractères de d'imprimerie d'un journal)

Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Sans correction	Gênes résiduelles	Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25	11,2	0,7	10,5	0,2	0,5	95,6	97,9
25-44	17,8	2,8	15,0	0,7	2,0	88,6	95,3
45-64	77,0	6,1	70,9	3,5	2,6	96,6	95,3
65-84	84,2	10,9	73,3	9,8	1,1	98,7	88,2
85 +	84,8	26,4	58,3	23,5	2,9	96,5	71,3
Total	49,5	5,5	44,0	3,6	1,9	96,2	92,4

Lecture : 84,8% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de près : 58,3% ont des gênes correctement corrigées, 23,5%, déclarent des gênes mal corrigées et 2,9% n'ont aucune correction. Parmi celles qui ont un gêne, 96,5% utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 71,3% la déclarent efficace.

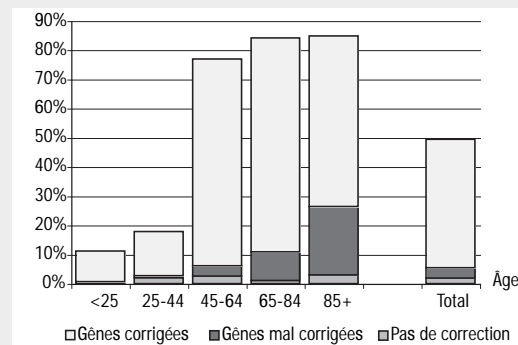
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

Graphique 1 • Prévalences des difficultés à voir de près par sexe (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

Graphique 2 • Prévalences des difficultés à voir de près par âge (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Lecture : 85% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de près : 58% ont des gênes correctement corrigées, 24%, déclarent des gênes mal corrigées et 3% n'ont aucune correction. Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

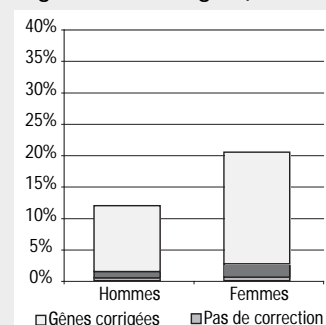
Tableau 2 • Difficultés à voir de loin chez les personnes de 18 ans et plus (%)
(reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres de distance)

Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Sans correction	Gênes résiduelles	Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25	11,6	0,4	11,2	0,2	0,2	98,6	98,1
25-44	11,9	0,9	11,0	0,4	0,6	95,3	96,8
45-64	17,1	1,6	15,5	1,2	0,4	97,8	92,6
65-84	24,9	5,0	19,8	4,3	0,8	96,9	82,3
85 +	38,8	16,2	22,5	14,2	2,0	94,8	61,4
Total	16,4	2,1	14,3	1,6	0,5	96,8	90,1

Lecture : 38,8% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de loin : 22,5% déclarent des gênes correctement corrigées, 14,2% ont des gênes mal corrigées et 2,0% n'ont aucune correction. Parmi celles qui ont un gêne, 94,8% utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 61,4% la déclarent efficace.

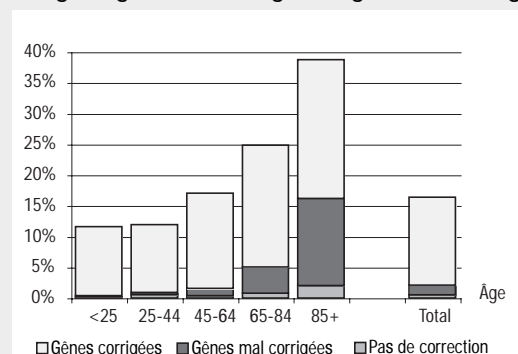
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

Graphique 3 • Prévalences des difficultés à voir de loin par sexe (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. Sources : INSEE, Enquête décennale Santé 2002-2003.

Graphique 4 • Prévalences des difficultés à voir de loin par âge (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Lecture : 39% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de loin : 23% déclarent des gênes correctement corrigées, 14% ont des gênes mal corrigées et 2% n'ont aucune correction. Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. Sources : INSEE, Enquête décennale Santé 2002-2003.

Atteintes sensorielles chez l'adulte (2)

45 ans. Ainsi, à âge et sexe identiques, on enregistre une sous-déclaration des difficultés pour voir de loin dans les groupes les moins instruits par rapport à ceux qui ont effectué des études supérieures.

Proportion des personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de loin

Les taux de correction pour la vision de loin sont élevés, atteignant globalement 97 % mais ils décroissent quelque peu avec l'âge.

L'efficacité des corrections utilisées est légèrement plus faible que pour les difficultés pour voir de près (90 %).

Cette correction est d'une efficacité assez variable selon l'âge : bonne jusqu'à 45 ans, elle décline ensuite rapidement pour atteindre 61,4 % parmi les 85 ans et plus (58 % des femmes de cet âge et 68 % des hommes).

La prévalence des problèmes résiduels pour voir de loin est ainsi globalement de 0,4 % dans la population des plus de 18 ans mais elle atteint 16 % chez les plus de 85 ans (tableau 2).

Des différences sociales existent de la même façon que pour la vision de près dans le recours à une correction et dans l'efficacité de celles-ci : à âge et sexe équivalents, le risque d'avoir des difficultés résiduelles pour voir de loin est plus important parmi les personnes n'ayant pas atteint le secondaire (odd ratio de 2).

Prévalence des difficultés d'audition sans appareillage spécifique

Les difficultés d'audition sont globalement moins fréquentes que les gênes visuelles mais restent pour autant non négligeables, y compris parmi les moins de 45 ans : 11 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation. Ces gênes s'accroissent avec l'âge, atteignant une personne sur deux parmi les plus de 85 ans (graphique 6). Contrairement aux autres types de difficultés, les

hommes déclarent des gênes plus souvent que les femmes : 13 % des hommes de plus de 18 ans ont des difficultés pour entendre contre 9 % des femmes (la prise en compte des structures par âge accroît un peu plus la différence entre hommes et femmes avec un risque relatif de 1,6 pour les hommes) (graphique 5).

Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition

Les gênes auditives sont généralement peu corrigées et seulement 19 % des personnes déclarant présenter des troubles de l'audition ont un appareil auditif. Ce taux est de 25 % chez les 65-84 ans et atteint 34 % chez les plus de 85 ans. Par ailleurs, les gênes auditives sont mal corrigées, comparativement aux gênes visuelles, et ce quel que soit l'âge. Un peu moins de 60 % des corrections sont ainsi déclarées efficaces (39 % chez les plus de 85 ans). On ne peut dire si l'absence de correction est due à un besoin insatisfait ou à des gênes modérées que les personnes ne jugent pas nécessaires de corriger. De même, la mauvaise correction peut être le fait d'une correction

inefficace ou d'un niveau de sévérité des gênes trop important pour qu'elles soient compensées entièrement. Cependant, au regard du taux de correction pour les problèmes visuels, l'ampleur de l'absence de correction pour les problèmes auditifs laisse penser que la compensation pourrait être améliorée dans ce domaine.

Si la prévalence des gênes pour entendre est plus forte chez les hommes, ils ont de surcroît moins fréquemment recours à des aides auditives que les femmes qui déclarent ces gênes. En revanche, l'efficacité de ces aides est à peu près équivalente pour les deux sexes. Ainsi, les femmes ont non seulement moins de gênes pour entendre que les hommes mais, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gênes résiduelles.

À âges et sexe identiques, les risques de déclarer ces difficultés sont plus importants parmi les moins instruits que parmi ceux qui ont suivi des études supérieures (odd ratios de 1,5) ; ces différences persistent pour les gênes résiduelles (odd ratios de 1,6). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR ET DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF
• DREES.

Mise à jour de la fiche septembre 2006.

synthèse

Une personne sur deux de 18 ans et plus déclare avoir un trouble de la vision de près, respectivement 52 % des femmes et 46 % des hommes. Parmi eux, 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge.

Les difficultés à voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées (16 % des personnes de 18 ans et plus) mais toujours davantage par les femmes (20 %) que par les hommes (12 %). Les taux de correction sont élevés (95 %) mais l'efficacité en est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % versus 92 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe égal, les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction.

Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %) y compris avant 45 ans. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu qu'en matière de vision (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne (moins de 60 % d'efficacité). Les femmes ont moins de gênes pour entendre que les hommes. Elles sont aussi plus souvent appareillées, et ont moins de gênes résiduelles.

Le niveau d'éducation intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

Tableau 3 • Difficultés à entendre chez les personnes de 18 ans et plus (%)
(entendre ce qui se dit dans une conversation)

Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Sans correction	Gênes résiduelles	Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25	1,3	1,1	0,1	0,2	0,9	25,2	42,6
25-44	3,4	3,2	0,2	0,2	3,0	10,6	53,8
45-64	10,5	9,9	0,6	0,4	9,5	9,9	59,2
65-84	28,1	23,9	4,2	2,8	21,1	25,0	60,0
85 +	52,1	45,1	6,9	10,8	34,4	34,0	39,1
Total	10,8	9,7	1,2	0,9	8,7	19,4	56,6

Lecture : 52,1 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes auditives : 6,9 % déclarent des gênes correctement corrigées, 10,8 %, ont des gênes mal corrigées, 34,4 % n'ont aucune correction et 45 % ont des gênes résiduels après correction. Parmi celles qui ont une gêne, 34,0 % utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 39,1 % la déclarent efficace.

Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

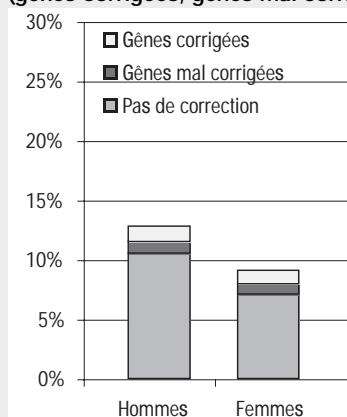
CHAMP • France métropolitaine, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE, Exploitation DREES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'enquête nationale sur la Santé des personnes vivant en ménages ordinaires permet de repérer dans la population adulte vivant à domicile, les personnes exprimant des gênes pour voir et entendre : difficultés à « voir bien de près (lire un journal, un livre, dessiner...) », à « reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres » et « à entendre ce qui se dit dans une conversation ». Ces gênes sensorielles reflètent les conséquences de tout type de maladies ou troubles sur les capacités des personnes à voir ou à entendre correctement. Elles ne permettent pas de déterminer la cause. Ces questions sont posées en deux temps : les difficultés « intrinsèques », lorsque les personnes n'utilisent aucune correction (lunettes, lentilles, appareil auditif) ; les difficultés « résiduelles », qui persistent lorsque les personnes utilisent leurs corrections visuelles ou auditives ou qui ne sont pas corrigées. On peut alors mettre en évidence, parmi les personnes qui expriment des gênes visuelles ou auditives les différences selon l'âge, le sexe ou encore le niveau d'instruction, face aux taux de correction de ces gênes et à leur efficacité.

LIMITES ET BIAIS • La population de référence des auto-questionnaires de l'enquête est constituée des individus ayant effectué toute l'enquête (c'est-à-dire l'ensemble des visites 1 à 3) et n'ayant pas de handicap déclaré les rendant non aptes à remplir un autoquestionnaire.

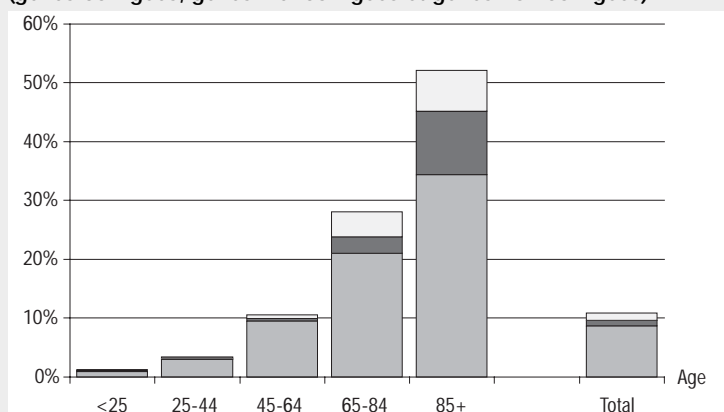
Graphique 5 • Prévalences des difficultés à entendre par sexe (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

Graphique 6 • Prévalences des difficultés à entendre par âge (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Lecture : 52 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes auditives : 7 % déclarent des gênes correctement corrigées, 11 %, ont des gênes mal corrigées et 34 % n'ont aucune correction.

Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

Maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes (1)

La loi de santé publique préconise de **réduire de la mortalité cardio-vasculaire de 13% en 2008. Cet objectif est centré sur la réduction de la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques (-13% chez les hommes et -10% chez les femmes) et aux thromboses veineuses profondes (-15% globalement)**. Les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque sont traités dans le cadre d'objectifs spécifiques (72 et 73). Les indicateurs principaux de suivi de cet objectif sont basés sur l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM. Les décès par cardiopathies ischémiques représentent une proportion importante des décès cardio-vasculaires (27,6% en 2004). Ils seraient toutefois sous-estimés dans la statistique nationale des causes de décès, en raison du peu d'information dont disposent les médecins certificateurs en cas, notamment de mort subite coronaire¹ (travaux des registres Monica).

Compte tenu de la gravité et de la fréquence des cardiopathies ischémiques, un indicateur d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques a été ajouté. Ultérieurement il devrait être possible de compléter cette surveillance par une estimation du taux national d'infarctus du myocarde hospitalisés (étude de validation en cours par l'InVS). L'indicateur présenté pour le suivi de la mortalité associée aux thromboses veineuses profondes comptabilise les décès ayant une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire comme cause initiale.

CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Effectifs et taux de décès par cardiopathies ischémiques en population générale

En 2004, 147 323 décès cardio-vasculaires ont été enregistrés en France métropolitaine, dont 40 656 décès par cardiopathies ischémiques (5 159 décès chez des personnes de moins de 65 ans, 21 509 entre 65 et 84 ans et 13 988 chez les 85 ans ou plus).

Le taux de mortalité par cardiopathie ischémique augmente fortement avec l'âge. Les taux bruts sont de 10,2 sur 100 000 chez les personnes de moins de 65 ans, 243,1 entre 65 et 84 ans et 1 290,9 après 85 ans. Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ainsi le taux de décès standardisés sur l'âge est multiplié par 2,5 chez les hommes (tableau 1).

Entre 1990 et 2004, on observe une baisse importante des effectifs, des taux bruts et des taux standardisés de décès par cardiopathies ischémiques dans la statistique nationale : -30% pour les hommes et -36% pour les femmes, soit globalement -33%. Chez les hommes, cette diminution est plus marquée avant 65 ans, -39% *versus* -27% pour les 65 ans ou plus, (graphique 1).

Le niveau de la mortalité varie fortement selon les régions françaises. Les taux de décès

prématurés les plus élevés (taux supérieurs de plus de 20% par rapport au taux moyen en France métropolitaine) s'observent surtout dans le Nord-Pas-de-Calais et la Corse, puis (taux supérieurs de plus de 10% par rapport au taux moyen en France métropolitaine) en Haute-Normandie, Lorraine et Picardie. Pour les taux tous âges, les taux les plus élevés sont observés dans le Nord-Pas-de-Calais (taux supérieurs de plus de 20% par rapport au taux moyen en France métropolitaine), puis en Haute-Normandie, Alsace et Picardie (taux supérieurs de plus de 10% par rapport au taux moyen en France métropolitaine). Les taux les plus faibles (tous âges) s'observent en Île-de-France et en régions PACA (taux inférieurs de plus de 10% par rapport au taux moyen en France métropolitaine). Entre 2000-2002 (période de référence) et 2004, la baisse des taux de décès concerne toutes les régions (tableau 2).

En 2003, comme en 2002, les statistiques nationales françaises présentent un taux de mortalité coronaire relativement faible² : parmi les 25 pays de l'Union européenne, c'est en France que l'on observe la mortalité la plus basse en 2003. Viennent ensuite l'Espagne, le Portugal, les Pays-Bas et l'Italie. Les taux les plus élevés sont observés en Finlande et surtout dans les pays ayant récemment adhéré à l'UE (Pays baltes, Slovaquie, Hongrie, République tchèque).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour cardiopathies ischémiques

En 2004, 215 570 personnes ont été concernées par une ou plusieurs hospitalisations complètes pour cardiopathies ischémiques (au moins une nuit d'hospitalisation). Parmi elles, un peu plus de la moitié, 111 113, ont été hospitalisées pour syndrome coronaire aigu et 58 270, pour infarctus du myocarde. Les taux standardisés correspondants sont respective-

1. Ducimetière P., Jouglé 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 », *Rev Epidemiol Sante Publique*, 54 : p. 453-461.

2. Les travaux réalisés au milieu des années quatre vingt-dix par les registres Monica ont démontré que les faibles taux de décès coronaires observés en France doivent être relativisés : après expertise selon un protocole rigoureusement standardisé, les taux de décès coronaires observés dans les zones des trois registres Monica français se sont avérés similaires à ceux des registres européens de situation géographique comparable (gradient décroissant nord-sud). Plus récemment, la comparaison de la statistique nationale aux données expertisées par les registres Monica a montré que la cause initiale permet d'identifier un nombre de décès coronaire proche dans les deux sources. Toutefois, dès que la définition retenue inclut les décès avec données insuffisantes, telles les morts subites, pour lesquels la nature coronaire ne peut être affirmée ou écartée, la sous estimation des décès coronaires est alors sensible, le poids de ces décès avec données insuffisante étant important en France.

Tableau 1 • Effectifs et taux* de décès par cardiopathies ischémiques en 1990 et 2004 selon le sexe et la classe d'âge

Âge/sexe	Année	Effectif	Taux de décès*	Variation 2004-1990**	Variation 2004-2000***
0-64 ans					
Hommes	1990	6 269	27,8		
	2000	5 005	21,0		
	2004	4 385	17,1	-39 %	-19 %
Femmes	1990	1 156	4,8		
	2000	797	3,2		
	2004	774	2,9	-38 %	-9 %
65 ans ou plus					
Hommes	1990	20 455	604,5		
	2000	20 333	517,4		
	2004	18 737	441,8	-27 %	-15 %
Femmes	1990	21 408	320,4		
	2000	19 193	244,6		
	2004	16 760	205,7	-36 %	-16 %
Tous âges					
Hommes	1990	26 724	91,2		
	2000	25 338	75,6		
	2004	23 122	63,8	-30 %	-16 %
Femmes	1990	22 564	39,5		
	2000	19 990	29,8		
	2004	17 534	25,2	-36 %	-15 %
Total	1990	49 288	61,9		
	2000	45 328	49,4		
	2004	40 656	41,6	-33 %	-16 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon pop. européenne Code CIM9 : 410-414, CIM10 : I20-I25).

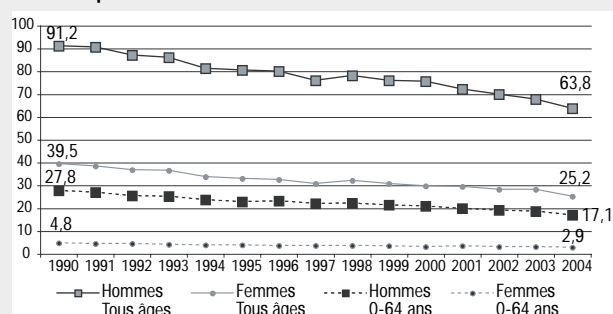
** (Taux 2004 - Taux 1990) *100/Taux 1990.

*** (Taux 2004 - Taux 2000)*100/Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépIdC.

Graphique 1 • Taux* de décès par cardiopathies ischémiques de 1990 à 2004 selon le sexe



CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépIdC (EUROSTAT pour les comparaisons européennes).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (EUROSTAT - population Europe IARC 1976). Pour les cardiopathies ischémiques, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 410 à 414 jusqu'en 1999 et CIM-10 I20-I25 à partir de 2000 (pour les embolies pulmonaires et les thromboses veineuses profondes, les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 415 ou 451.1 et 451.2 jusqu'en 1999 et CIM-10 I26.0 et I26.9 ou I80.1 à I80.3 à partir de 2000). Périodicité triennale pour les indicateurs régionaux.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès en particulier en cas de mort subite coronaire inaugurale.

RÉFÉRENCES •

- Wagner A., Montaye M., Bingham A., Ruidavets J.-B., Haas B., Amouyel P., Ducimetière P., Ferrières J., Arveiler D., 2006, « Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronaire en France », *BEH, InVS*, n° 8-9, février, p. 65-66.
- Ducimetière P., Joula E., Haas B., Montaye M., Ruidavets J.-B., Amouyel P., Arveiler D., Ferrières J., Bingham A., 2006, « Mortalité coronaire en France selon les sources d'information », *Rev Epidemiol Sante Publique*, 54 : p. 453-461.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • INSERM-CépIdC.

Tableau 2 • Décès annuels par cardiopathies ischémiques dans les régions (deux sexes)

Régions	Années 2000-2002						Année 2004					
	Nb	Nb	TxS*	TxS*	Var (%)	Var (%)	Nb	Nb	TxS*	TxS*	Var (%)	Var (%)
	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65
Île-de-France	5 763	775	40,6	8,8	-15	-24	5 015	738	33,9	7,9	-18	-20
Champagne-Ardenne	1 005	136	49,3	12,4	3	7	982	134	46,9	11,6	13	18
Picardie	1 397	204	55,3	13,6	16	18	1 202	201	46,5	12,7	12	28
Haute-Normandie	1 441	199	56,3	13,8	18	19	1 293	188	48,9	12,5	17	26
Centre	2 174	225	48,3	10,8	1	-6	1 969	209	43,2	9,5	4	-4
Basse-Normandie	1 296	114	52,9	9,7	11	-16	1 258	119	48,9	9,8	18	-1
Bourgogne	1 506	170	49,6	12,2	4	6	1 435	155	45,8	10,7	10	8
Nord-Pas-de-Calais	3 168	512	62,3	16,9	31	46	2 813	445	53,2	14,2	28	44
Lorraine	1 740	265	53,0	13,8	11	19	1 494	217	43,4	10,9	4	11
Alsace	1 295	177	56,1	12,3	17	7	1 219	158	49,9	10,4	20	5
Franche-Comté	818	115	47,8	12,3	0	6	797	112	44,2	11,2	6	14
Pays de la Loire	2 379	251	43,9	9,5	-8	-18	2 180	215	38,1	7,5	-9	-24
Bretagne	2 707	270	52,8	11,0	11	-5	2 584	262	47,7	10,0	15	1
Poitou-Charentes	1 385	140	42,0	9,8	-12	-15	1 323	132	38,8	8,7	-7	-12
Aquitaine	2 447	309	45,0	12,1	-6	5	2 285	266	39,3	9,6	-6	-3
Midi-Pyrénées	2 212	224	44,3	10,1	-7	-13	2 051	227	39,6	9,4	-5	-5
Limousin	767	74	47,3	11,7	-1	1	699	76	42,6	11,5	2	17
Rhône-Alpes	3 795	500	44,9	10,5	-6	-9	3 439	421	38,4	8,2	-8	-17
Auvergne	1 265	149	51,0	12,8	7	10	1 177	136	45,6	11,1	10	13
Languedoc-Roussillon	2 068	267	48,3	13,1	1	14	1 882	227	41,0	10,2	-2	4
Prov.-Alpes-Côte-d'azur	3 337	442	40,8	11,0	-15	-5	3 149	401	36,3	9,3	-13	-6
Corse	245	40	52,8	16,5	11	43	193	31	39,3	11,8	-6	19
Hors métropole	272	103					217	89				
France métropolitaine	44 482	5 662	47,7	11,6	0	0	40 656	5 159	41,6	9,9	0	0

* Taux standardisés sur l'âge - Réf: EUROSTAT - Pop Europe - IARC - 1976. ** (région - France)/France (en %).

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM CépIdC.

Maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes (2)

ment égaux à 278,3, 139,2 et 71,7 pour 100 000 (tableau 3).

Au total, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 316 000 séjours motivés par une cardiopathie ischémique en 2004, ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 507,2 séjours pour 100 000 habitants (tableau 4). Ce taux, augmentant fortement à partir de 45 ans, devenait ensuite moins élevé chez les 85 ans ou plus (1 688 pour 100 000) que chez les 65-84 ans (1 916 pour 100 000). Ces séjours ont surtout concerné des hommes (71%). Pour ceux-ci, environ 41 % des séjours ont été le fait des 45-64 ans, 51 % des 65-74 ans et 3 % des 85 ans ou plus. Ces proportions étaient, respectivement, de 22 %, 63 % et 12 % pour les femmes. Les taux d'hospitalisation étaient, en 2004, plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les groupes d'âges. En particulier le taux d'hospitalisation des hommes était près de cinq fois plus élevé que celui des femmes pour les 45-64 ans et près de trois fois pour les 65-84 ans (tableau 5).

Entre 1997 et 2004, le nombre de séjour et le taux brut d'hospitalisation pour ce motif ont augmenté, mais le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 5 % pour les hommes, tandis qu'il restait stable pour les femmes.

Les disparités régionales des taux standardisés de séjours ne sont pas superposables aux disparités observées pour la mortalité. On observe en particulier un taux de séjour standardisé proche de la moyenne nationale en Haute-Normandie où la mortalité est relativement élevée. La Corse, le Nord-Pas-de-Calais, la Basse-Normandie et la Lorraine avaient, en 2004, des taux standardisés d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique sensiblement plus élevés que la moyenne nationale (taux standardisé d'hospitalisation supérieur de plus de 20 %). Viennent ensuite les régions Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Picardie et La Réunion (tableau 6). Pour les femmes, la situa-

tion apparaissait également défavorable à La Réunion, en Picardie et en Alsace. À l'inverse, les régions Martinique, Guadeloupe, Bretagne et Pays de la Loire étaient moins touchées (taux standardisé d'hospitalisation inférieur d'au moins 25 % à la moyenne nationale).

Selon les données 2003 de la base HFA-DB de l'OMS, Chypre, puis Malte, le Portugal, l'Espagne, la Slovénie, l'Irlande et la France apparaissent comme les pays de l'Union européenne enregistrant les taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques les plus faibles. Les taux les plus élevés sont observés en Lituanie, Lettonie, Finlande, République tchèque, Estonie et Autriche.

THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Effectifs et taux de décès par thromboses veineuses et embolies pulmonaires en population générale

Les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires peuvent constituer la cause terminale de décès ayant pour origine diverses

pathologies. En l'absence d'étude de validation, nous avons choisi dans un premier temps de présenter un indicateur uniquement basé sur la cause initiale de décès. En 2004, le nombre de décès comportant une thrombose veineuse ou une embolie pulmonaire en cause initiale est de 5 292. Le taux de décès standardisé correspondant est 5,4 pour 100 000 (5,6 chez les hommes et 5,1 chez les femmes). Les taux de décès augmentent très fortement avec l'âge. Les taux standardisés sur l'âge ont fluctué entre 1990 et 2004, mais le taux observé en 2004 est identique à celui de 1990. Pour la période 2000-2002, les taux standardisés les plus élevés s'observaient dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Auvergne, Picardie et Limousin. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juillet 2007.

synthèse

Le poids des décès cardio-vasculaires dans la mortalité totale reste important, mais tend à diminuer. Les décès par cardiopathies ischémiques représentent une proportion importante des décès cardio-vasculaires (27,6 % en 2004). La mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué de 33 % entre 1990 et 2004 (taux standardisé). Cette tendance à la baisse des décès par cardiopathies ischémiques s'inscrit dans une tendance plus ancienne, cette baisse ayant débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années quatre-vingt pour les plus âgés. Ces tendances 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.

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 en MCO pour cardiopathie ischémique a peu évolué (-1,2 %, les taux et taux bruts d'hospitalisation ayant augmenté).

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.

Tableau 3 • Nombre et taux de personnes hospitalisées pour cardiopathie ischémique en 2004 (hospitalisations complètes, hors hospitalisations de jour et GHM de transfert)

2004	Nombre de personnes hospitalisées			Taux brut			Taux standardisé		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Cardiopathie ischémique	149 886	65 684	215 570	494,06	204,58	345,22	443,45	134,13	278,26
Syndrôme coronaire aigu	74 251	36 862	111 113	244,75	114,81	177,94	218,07	70,48	139,20
Infarctus du myocarde	38 315	19 955	58 270	126,30	62,15	93,31	112,72	35,75	71,68

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Tableau 4 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique selon le sexe
Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique (codes CIM10 I20 à I25) selon le sexe

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1997	206 600	82 900	289 500	712,1	269,9	484,7	701,8	194,2	430,8
1998	208 000	82 300	290 300	714,6	267,0	484,4	693,0	189,3	423,7
1999	204 600	82 700	287 300	700,4	267,3	477,6	671,2	187,1	412,8
2000	211 400	85 000	296 400	719,2	272,8	489,6	681,7	189,7	418,7
2001	215 500	87 300	302 800	727,7	278,6	496,7	681,8	192,6	420,3
2002	219 200	89 300	308 500	734,8	282,9	502,4	679,4	192,3	419,0
2003	222 500	90 700	313 200	740,7	285,4	506,5	676,7	192,0	417,9
2004	223 500	92 300	315 800	739,0	288,2	507,2	667,2	192,6	413,6

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Tableau 5 • Hospitalisations en 2004 en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	200	100	300
25 à 44 ans	12 000	2 600	14 600
45 à 64 ans	91 300	19 900	111 200
Moins de 65 ans	103 500	22 600	126 100
65 à 84 ans	112 900	58 300	171 200
85 ans ou plus	7 100	11 400	18 500
65 ans ou plus	120 000	69 700	189 700
Total tous âges	223 500	92 300	315 800
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			
Moins de 25 ans	1,7	1,0	1,3
25 à 44 ans	138,8	29,9	84,0
45 à 64 ans	1 234,4	259,9	739,3
Moins de 65 ans	395,8	86,5	241,3
65 à 84 ans	2 966,5	1 136,5	1 916,1
85 ans ou plus	2 365,9	1 431,6	1 687,6
65 ans ou plus	2 922,7	1 176,1	1 891,2
Total tous âges	739,0	288,2	507,2

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH, exploitations DREES (séjours) et InVS (personnes) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 I20 à I25 en diagnostic principal ; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (EUROSTAT - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte des tableaux 4 à 6 sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2004. Pour les personnes concernées par une hospitalisation complète pour cardiopathie ischémique, le calcul a été effectué sur la base non redressée : seuls les séjours en hospitalisation complète (en excluant les séjours, les hospitalisations de jour et les transferts) ont été pris en compte.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES (séjours) et InVS (pour les personnes).

Tableau 6 • Hospitalisations en 2004 en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique selon la région de résidence

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 100 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000
Île-de-France	45 200	399,4	386,5
Champagne-Ardenne	6 600	490,9	402,9
Picardie	10 200	546,0	478,1
Haute-Normandie	8 800	490,8	414,6
Centre	13 000	521,6	385,2
Basse-Normandie	10 100	700,8	516,4
Bourgogne	9 900	609,0	437,1
Nord-Pas-de-Calais	22 900	568,5	524,1
Lorraine	14 400	617,5	509,6
Alsace	9 500	531,6	471,4
Franche-Comté	6 900	606,1	488,7
Pays de la Loire	13 100	388,0	302,1
Bretagne	12 400	407,8	299,6
Poitou-Charentes	9 000	531,1	364,3
Aquitaine	17 500	573,4	411,7
Midi-Pyrénées	15 000	554,6	397,7
Limousin	4 100	564,0	354,2
Rhône-Alpes	26 100	441,1	369,4
Auvergne	7 900	592,0	410,4
Languedoc-Roussillon	16 300	661,6	483,8
Prov.-Alpes-Côte-d'Azur	29 900	634,9	468,2
Corse	2 700	967,7	717,8
Guadeloupe	800	170,7	186,1
Martinique	700	173,5	170,8
Guyane	300	171,7	358,8
La Réunion	2 500	330,2	475,5
France entière	315 800	507,2	413,6

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Accidents vasculaires cérébraux (1)

La loi de santé publique a fixé pour objectif de **réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC)**. Les AVC font partie des problèmes majeurs de santé publique car ils représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité, une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources, et dont la fréquence et la gravité pourraient être modifiées par des traitements qui ont démontré leur efficacité.

Les taux d'incidence proviennent du seul registre existant à ce jour dans notre pays (ville de Dijon).

Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) permet d'approcher le nombre et le taux national des accidents vasculaires cérébraux incidents ou récurrents. Cependant ces données, conçues dans une perspective avant tout économique, devront être validées. En outre, ces données ne prennent pas en compte les AVC non hospitalisés, et en particulier ceux pour lesquels le décès est immédiat.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux

Pour la période 2000 à 2004, le taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux des personnes domiciliées à Dijon est de 99,1 pour 100 000 (taux standardisé sur la population européenne comptabilisant uniquement les premiers AVC dans la vie)¹. Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 124,5 et 80,1 pour 100 000) et atteint 996,7 pour 100 000 pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Ce taux n'a pas évolué depuis 20 ans (97,9/100 000 pour la période 1985-1989), malgré les progrès de la prévention, du fait probablement de l'amélioration des moyens diagnostiques (CT scanner, IRM). Toutefois les évolutions diffèrent selon le type d'accident vasculaire cérébral : le taux d'incidence des AVC d'origine cardio-embolique a diminué au cours des 20 dernières années, alors que celui des infarctus cérébraux lacunaires a augmenté. Par ailleurs, l'âge moyen de survenue du premier AVC a augmenté de 5 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes durant cette période.

■ INDICATEUR APPROCHÉ

Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour accidents vasculaires cérébraux

En 2004, 139 626 personnes ont eu une hospitalisation complète² pour maladie cérébrovasculaire ou accident ischémique transitoire (AIT)³ (dont 85 831 pour lesquelles le PMSI

indiquait un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral et 30 943 avec uniquement un diagnostic d'accident ischémique transitoire). Les taux standardisés correspondants sont respectivement égaux à 158,0, 95,2 et 35,1 pour 100 000 (tableau 1).

Au total, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 100 500 séjours comportant un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I64) en 2004, ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 160,9 pour 100 000 et un taux standardisé sur la population européenne de 113,6 pour 100 000. En outre, 35 283 séjours pour accident ischémique transitoire ont été recensés dans le PMSI.

Le taux d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral était égal à 6 pour 100 000 avant 25 ans, augmentant ensuite avec l'âge pour atteindre 1 715,1 pour 100 000 chez les personnes âgées de 85 ans ou plus (tableau 3).

Le taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge était plus élevé chez les hommes (141,5 *versus* 90,5 pour 100 000) (tableau 3). Pour les hommes, 32 % des séjours pour AVC sont survenus chez des personnes de moins de 65 ans, 57 % entre 65 et 84 ans et 11 % pour les 85 ans ou plus. Chez les femmes, on observe moins d'AVC avant 65 ans, mais plus d'AVC tardifs : la distribution correspondante était de 19,2 % avant 65 ans, 54,3 % entre 65 et 84 ans et 26,5 % après cet âge. Le nombre global de séjours pour AVC était sensiblement équivalent pour les deux sexes (50 519 séjours masculins et 49 978 séjours féminins).

Entre 2000 et 2004, le taux standardisé de séjours pour AVC a diminué de près de 6 %, le taux brut et le nombre total de séjours ayant

peu évolué (respectivement -2 % et +1 %) (tableau 2).

Les taux d'hospitalisation pour AVC étaient élevés dans les départements d'outre-mer et, particulièrement à la Réunion (+85 %). En métropole, on observe des taux élevés en Picardie (taux supérieur de plus de 20 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine) et, dans une moindre mesure, dans les régions Midi-Pyrénées, Franche-Comté et Bretagne (taux supérieur de plus de 10 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine) (tableau 4).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Décès par maladies cérébrovasculaires

La létalité des accidents vasculaires cérébraux reste importante bien qu'elle ait diminué de façon significative : à Dijon, pour la période 2000-2004, la létalité globale à 28 jours était égale à 10 % contre 17,8 % pour la période 1985-1989. L'amélioration de la survie à 28 jours au cours des 20 dernières années porte essentiellement sur les personnes âgées de moins de 75 ans. La létalité varie avec l'âge et selon le type d'AVC : elle est plus élevée chez les personnes âgées et pour les accidents hémorragiques.

Les données recueillies sur les certificats de décès montrent que le nombre de décès par maladies cérébrovasculaires (cause initiale) s'élevait à 33 487 en 2004 en France métropolitaine (tableau 5), ce qui représente près de 23 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire et de 7 % de l'ensemble des décès.

En nombres absolus, ces décès sont plus nombreux dans la classe d'âge des 65 à 84 ans que pour les personnes de 85 ans ou plus (17 104 contre 13 598, en 2004). Mais les taux rapportés aux effectifs des populations correspondantes,

1. Benatru I., Rouaud O., Durier J. *et al.*, 2006, « Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004 », *Stroke*, 37: 1674-1679. Bejot Y., Durier J., Binquet. *et al.*, 2007, *BEH, InVS*, n° 17, mai, p. 140-143.

2. Au moins une nuit d'hospitalisation sauf en cas de décès et après exclusion des GHM de transferts.

3. Codes CIM10 I60 à I69 (« maladies cérébrovasculaires ») ou G45 (« AIT »). À noter que dans les CIM10, contrairement à la CIM 9, les accidents ischémiques transitoires (G45) ont été placés dans le chapitre des maladies du système nerveux (G).

Tableau 1 • Nombres et taux de personnes hospitalisées en 2004 pour maladie cérébrovasculaire, accident ischémique transitoire et accident vasculaire cérébral (hospitalisations complètes, hors séances, hospitalisations de jour et GHM de transfert)

2004	Nombre de personnes hospitalisées			Taux brut			Taux standardisé		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Maladie cérébro-vasculaire (I60-I69 ; G45)	72 003	67 623	139 626	237,34	210,62	223,60	200,36	123,67	158,04
Accident ischémique transitoire (G45)	14 815	16 128	30 943	48,83	50,23	49,55	41,24	30,17	35,08
Accident vasculaire cérébral (I60-I64)	42 675	43 156	85 831	140,67	134,41	137,45	118,59	75,88	95,19

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimation localisée de population.

Tableau 2 • Nombre et taux de séjours MCO pour accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I64) : évolution 2000-2004

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
2000	50 077	49 422	99 499	169,7	158,2	163,8	151,4	95,3	120,3
2004	50 519	49 978	100 497	166,5	155,7	160,9	141,5	90,5	113,6

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimation localisée de population.

Tableau 3 • Séjours 2004 en soins de courte durée MCO pour accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I64)* selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	692	495	1 187
25 à 44 ans	2 709	2 579	5 288
45 à 64 ans	12 588	6 533	19 121
Moins de 65 ans	15 989	9 607	25 596
65 à 84 ans	28 888	27 128	56 016
85 ans ou plus	5 642	13 243	18 885
65 ans ou plus	34 530	40 371	74 901
Total tous âges	50 519	49 978	100 497
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			
Moins de 25 ans	6,8	5,1	6,0
25 à 44 ans	31,4	29,6	30,5
45 à 64 ans	168,7	84,7	126,0
Moins de 65 ans	61,0	36,7	48,9
65 à 84 ans	753,4	525,8	622,8
85 ans ou plus	1 858,7	1 660,4	1 715,1
65 ans ou plus	834,5	677,7	742,0
Total tous âges	166,5	155,7	160,9

* Au niveau international, les bases de données disponibles retiennent les séjours pour maladies cérébrovasculaires, hors accidents transitoires (codes CIM10 : I60-I69). En 2004, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré 135 500 séjours motivés par une maladie cérébrovasculaire, ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 217,7 séjours pour 100 000 habitants (exploitation DREES). Les taux standardisés sur l'âge étaient respectivement égaux à 205,7/100 000 chez les hommes et 118,3 chez les femmes (157,4/100 000 globalement). En 2003, la France se situait parmi les pays européens enregistrant les taux d'hospitalisation pour maladies cérébrovasculaires les plus faibles (moyenne EU 27 pays sauf la Grèce = 390/100 000 – OMS-HFA).

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimation localisée de population.

Tableau 4 • Séjours pour accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I64) selon la région de résidence

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 100 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000
Île-de-France	14 071	123,9	106,7
Champagne-Ardenne	2 286	170,8	118,0
Picardie	3 275	174,3	137,0
Haute-Normandie	2 636	146,1	108,7
Centre	4 500	180,6	117,4
Basse-Normandie	2 468	170,9	110,6
Bourgogne	3 274	201,9	121,7
Nord-Pas-de-Calais	5 993	148,7	122,0
Lorraine	3 781	162,1	116,9
Alsace	2 635	146,3	114,3
Franche-Comté	2 033	178,3	125,7
Pays de la Loire	4 976	146,9	97,4
Bretagne	6 021	197,4	125,3
Poitou-Charentes	2 942	173,0	99,6
Aquitaine	5 889	192,0	115,7
Midi-Pyrénées	5 721	210,2	127,4
Limousin	1 454	201,0	99,8
Rhône-Alpes	8 812	148,5	108,2
Auvergne	2 397	180,2	106,7
Languedoc-Roussillon	4 642	187,1	116,6
Prov.-Alpes-Côte-d'Azur	7 673	162,2	98,6
Corse	485	175,9	107,0
Guadeloupe	594	134,4	135,4
Martinique	661	167,6	146,2
Guyane	148	75,5	154,1
La Réunion	1 130	147,0	210,7
France entière	100 497	160,9	113,6

Champ : France entière. Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimation localisée de population.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Base nationale PMSI non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 I60 à I69 en diagnostic principal pour les maladies cérébrovasculaires, G45 pour les accidents ischémiques transitoires et I60 à I64 pour les accidents vasculaires cérébraux. La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne, les deux sexes (Eurostat – pop Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Le taux d'exhaustivité de la base PMSI, évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE), est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2004. Les unités de compte sont les patients pour le tableau 1 et les séjours pour les deux suivants.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS et DREES.

Accidents vasculaires cérébraux (2)

sont très élevés après 84 ans : 1254,9 pour 100 000 personnes de 85 ans ou plus (contre 193,3 pour 100 000 entre 65 et 84 ans).

Les taux standardisés de décès (à structure d'âge identique) sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (37,8 décès pour 100 000 *versus* 28,2 pour 100 000). Les taux par tranche d'âge sont en effet plus élevés dans la population masculine jusqu'à 85 ans (20,4 *versus* 10,7 pour 100 000 femmes entre 45 et 64 ans, 226,2 *versus* 168,9 pour 100 000 entre 65 et 84 ans en 2004) et sensiblement identiques pour les deux sexes après 84 ans (1 243,3 *versus* 1 259,3 pour 100 000 femmes). Toutefois, compte tenu de leur poids démographiques après 65 ans, 58 % du nombre de décès par maladies cérébrovasculaires concernaient des femmes.

Entre 1990 et 2004, il y a eu une forte diminution du nombre de décès par maladies cérébrovasculaires : de 48 528 en 1990 à 33 487 en 2004 (-31 %) (graphique 1). La réduction est de -41 % à structure d'âge constant, taux standardisés (graphique 1), cette différence étant équivalente pour les hommes (-42 %) et les femmes (-41 %), les moins de 65 ans (-42 %) et les plus âgés (-41 %). Cette diminution des taux standardisés est restée marquée entre 2000 et 2004 (-17 %).

Les disparités régionales sont importantes. En 2004, la mortalité par maladie cérébrovasculaire est très élevée dans tous les départements d'outre-mer et ce, particulièrement en Guyane et à la Réunion, où les taux standardisés sont le double du taux national. En métropole, les taux standardisés de mortalité tous âges les plus élevés, étaient observés dans le Nord-Pas-de-Calais et en Bretagne (taux supérieur de plus de 20 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine), puis en Alsace, Lorraine, Picardie et Corse (taux supérieur de plus de 10 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine) (tableau 6). Chez les moins de 65 ans, ils étaient augmentés de plus de 10 % sur les deux périodes considérées (2000-2002 et 2004) dans le Nord-Pas-de-Calais (+36 % en 2004) et en Picardie (+25 %).

Avec un taux de décès standardisé égal à 36,8 pour 100 000 en 2003, la France demeure le pays où la mortalité par maladie cérébrovasculaire, telle que déclarée sur les certificats de décès, est la plus faible de l'Union européenne.

Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités dans les suites d'un accident vasculaire cérébral

À l'heure actuelle, seules les données du registre de Dijon permettent d'estimer la fréquence du handicap fonctionnel après accident vasculaire cérébral. Le score de Rankin modifié permet d'approcher la fréquence et la gravité du handicap moteur induit par les accidents vasculaires cérébraux. Les données de Dijon montrent que 37 % des personnes ayant eu un AVC entre 2000 et 2004 ne présentaient plus aucun symptôme un mois après l'événement ; 21 % des patients présentaient un handicap léger ou modéré et 42 % étaient incapables de marcher sans assistance, cette propor-

tion ayant toutefois diminué au cours des 20 dernières années. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche août 2007.

Note • À l'heure actuelle, il n'existe pas de données nationales validées sur les séquelles des accidents vasculaires cérébraux. Les nouveaux cas d'affections de longue durée pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n° 1) avaient été envisagés, mais n'ont pas été retenus comme indicateur valide des accidents vasculaires avec séquelles du fait d'un risque élevé de sous-estimation lorsqu'il existe déjà une pathologie cardio-vasculaire reconnue en ALD. Notons toutefois qu'en 2004, 36 176 personnes ont été mises en ALD n° 1 par l'un des trois principaux régimes d'assurance (ils étaient 35 907 en 2000 et 36 838 en 2005).

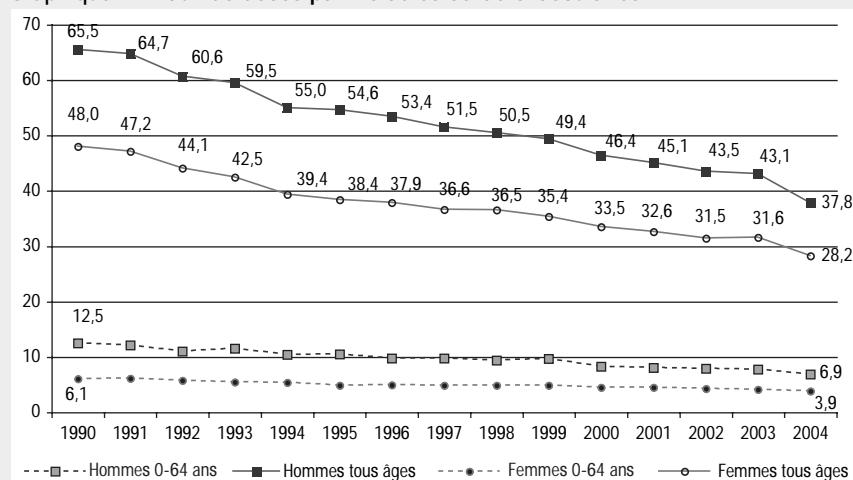
synthèse

Les accidents vasculaires cérébraux sont une cause majeure de mortalité et de handicap. Ils ont motivé près de 100 500 séjours hospitaliers en MCO en 2004. Au total, les maladies cérébrovasculaires ont été la cause initiale de 33 487 décès cette même année, soit près de 7 % de l'ensemble des décès.

Les données recueillies par le seul registre français des accidents vasculaires cérébraux montrent que les taux standardisés d'incidence n'ont pas diminué entre 1985 et 2004, sans doute au moins 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.

Graphique 1 • Taux de décès par maladies cérébrovasculaires



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc

Tableau 5 • Effectifs et taux* de décès par maladies cérébrovasculaires en 1990, 2000 et 2004 selon le sexe et la classe d'âge : France métropolitaine

Âge/sexe	Année	Effectif	Taux de décès*	Variation 2004-1990**	Variation 2004-2000***
0-64 ans					
				%	%
Hommes	1990	2 845	12,5		
	2000	1 978	8,3		
	2004	1 752	6,9	-45	-17
Femmes	1990	1 457	6,1		
	2000	1 121	4,5		
	2004	1 033	3,9	-36	-13
65 ans ou plus					
Hommes	1990	16 873	494,2		
	2000	13 962	354,7		
	2004	12 233	288,2	-42	-19
Femmes	1990	27 353	387,0		
	2000	21 343	268,0		
	2004	18 469	225,4	-42	-16
Tous âges					
Hommes	1990	19 718	65,5		
	2000	15 940	46,4		
	2004	13 985	37,8	-42	-18,5
Femmes	1990	28 810	48,0		
	2000	22 464	33,5		
	2004	19 502	28,2	-41	-16
Total	1990	48 528	55,4		
	2000	38 404	39,0		
	2004	33 487	32,5	-41	-17

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon population européenne).

Code CIM9 : 430-438, CIM10 : I60-I69.

** (Taux 2004 – Taux 1990) *100/Taux 1990.

*** (Taux 2004 – Taux 2000) *100/Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges, maladies cérébrovasculaires.

SOURCES • CépiDc-INSERM (Eurostat pour les comparaisons européennes).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 430 à 438 jusqu'en 1999 et CIM-10 I60 à I69 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation probable des maladies cérébrovasculaires en tant que cause initiale de décès.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM CépiDc.

Tableau 6 • Décès par maladies cérébrovasculaires : moyennes annuelles par régions

Régions	Années 2000-2002						Année 2004					
	Nb	Nb	TxS*	TxS*	Var** (%)	Var** (%)	Nb	Nb	TxS*	TxS*	Var** (%)	Var** (%)
	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65
Île-de-France	4 434	479	30,2	5,3	-20	-15	3 823	472	25,2	5,0	-23	-7
Champagne-Ardenne	821	74	38,0	6,7	0	8	734	78	33,6	6,8	3	27
Picardie	1 094	116	41,4	7,7	9	23	978	106	36,4	6,7	12	25
Haute-Normandie	1 090	113	40,8	7,8	8	25	974	80	34,6	5,2	7	-2
Centre	1 726	137	36,7	6,6	-3	6	1 451	115	30,3	5,2	-7	-2
Basse-Normandie	880	65	34,9	5,5	-8	-12	814	55	30,7	4,5	-5	-16
Bourgogne	1 214	84	36,9	6,1	-2	-3	1 053	76	31,5	5,2	-3	-3
Nord-Pas-de-Calais	2 463	273	46,4	9,0	23	43	2 283	230	41,1	7,3	27	36
Lorraine	1 556	125	44,5	6,5	18	3	1 360	124	37,5	6,3	15	18
Alsace	1 155	87	47,7	6,2	26	-2	960	68	38,3	4,4	18	-18
Franche-Comté	698	55	37,8	5,8	0	-7	636	52	33,0	5,3	2	-1
Pays de la Loire	2 138	164	37,6	6,1	-1	-2	1 884	134	31,7	4,7	-2	-12
Bretagne	2 410	160	45,0	6,5	19	5	2 235	136	39,5	5,2	21	-2
Poitou - Charentes	1 340	88	37,6	6,1	-1	-2	1 174	72	32,0	4,8	-2	-11
Aquitaine	2 341	156	39,0	6,2	3	-1	2 097	174	34,2	6,3	5	18
Midi-Pyrénées	2 037	109	37,2	4,9	-2	-21	1 855	120	33,2	5,0	2	-6
Limousin	710	51	40,7	8,1	7	29	602	32	33,5	5,0	3	-6
Rhône-Alpes	3 150	256	34,9	5,4	-8	-14	2 756	218	29,2	4,3	-10	-20
Auvergne	1 021	65	37,5	5,6	-1	-11	983	55	35,0	4,5	8	-16
Languedoc-Roussillon	1 777	128	37,7	6,3	0	1	1 629	111	33,2	5,0	2	-6
Prov.-Alpes-Côte-d'Azur	3 239	235	35,9	5,9	-5	-6	2 892	222	30,9	5,3	-5	-1
Corse	215	12	40,4	5,0	7	-20	203	12	36,1	4,7	11	-13
Hors métropole	116	45					111	43				
France Métropolitaine	37 625	3 077	37,9	6,3	0	0	33 487	2 785	32,5	5,3	0	0

* Taux standardisés par âge - Réf : Eurostat - Pop Europe - IARC - 1976.

** (région - France)/ France (en %).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc.

Insuffisance cardiaque (1)

La loi de santé publique vise à **diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque**.

L'insuffisance cardiaque chronique est un syndrome hétérogène qui peut compliquer différentes pathologies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, HTA...). Elle évolue en dents de scie avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisations des personnes âgées. Une part importante des re-hospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multi-factorielle adaptée à la pathologie. À noter que des épisodes de décompensations cardiaques aiguës peuvent également compliquer des pathologies non cardiaques telles qu'une embolie pulmonaire, une infection pulmonaire, une anémie sévère...

Les indicateurs de surveillance épidémiologique de l'insuffisance cardiaque sont peu nombreux en France, alors que cette pathologie est fréquente et de mauvais pronostic. L'étude EPICAL, réalisée en Lorraine en 1994, a répertorié tous les nouveaux patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sévère : le taux observé dans cette étude était égal à 225 cas par million d'habitants et par an pour ces formes graves (935 par million d'habitants après 70 ans). Plus récemment en 2001, l'étude EFICA menée auprès de 60 services de soins intensifs et de réanimation a étudié le devenir des patients hospitalisés dans ces services pour insuffisance cardiaque aiguë sévère : la mortalité à 4 semaines et à un an de ces patients nécessitant des soins intensifs était très élevée atteignant respectivement 27,4 % et 46,5 %. En comparaison, l'étude européenne Euro Heart Failure Survey, menée dans un éventail plus vaste de services, a observé un taux de mortalité de 13 % à 12 semaines et un taux de réadmission dans ce délai d'environ 20 %.

La fiabilité du codage de l'insuffisance cardiaque dans les bases de données médico-administratives (PMSI, certificats de décès) doit être expertisée. En effet, sur les certificats de décès comme dans le PMSI, il peut y avoir codage de la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque, ou encore des causes immédiates de la décompensation aiguë, plutôt que de l'insuffisance cardiaque. En conséquence il est très probable que les données issues de ces bases sous-estiment l'impact de ce syndrome.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Effectifs et taux de décès ayant pour cause initiale une insuffisance cardiaque

En 2004, le nombre de décès pour lesquels l'insuffisance cardiaque était notifiée sur les certificats de décès comme cause initiale s'élevait à 20 764, soit un taux brut de 34,2 pour 100 000 et un taux standardisé sur l'âge de 19,2 pour 100 000.

La quasi-totalité des décès (96,4 %) concernait des personnes âgées de 65 ans ou plus : 37,5 % sont survenus entre 65 et 84 ans et 58,9 %, chez des personnes âgées de 85 ans ou plus. Le taux de décès augmente ainsi très fortement avec l'âge, de 4,4 pour 100 000 entre 45 et 64 ans, à 87,9 pour 100 000 entre 65 et 84 ans et 1 128,6 pour 100 000 pour les 85 ans ou plus.

Les taux standardisés sur l'âge sont plus élevés dans la population masculine (+38,5 % : 23 pour 100 000 *versus* 16,6 pour 100 000 pour les

femmes). Avant 85 ans, les décès masculins prédominent, tant en termes de taux que de nombre de décès, mais après 85 ans, le taux de décès féminins est proche du taux masculin. En conséquence, le nombre global de décès par insuffisance cardiaque est plus élevé dans la population féminine (12 468 décès féminins *versus* 8 296).

Malgré le vieillissement de la population française, le nombre de décès pour lesquels la cause initiale notifiée est l'insuffisance cardiaque a diminué de 24 % entre 1990 et 2004, cette réduction étant plus marquée lorsque l'on considère les taux standardisés sur l'âge (-34 %). Pour la période comprise entre 2000 et 2004, le taux standardisé a diminué de 13 %, cette évolution étant relativement homogène pour les hommes et les femmes, les moins de 65 ans et les plus âgés (tableau 1 et graphique 1).

Il existe des disparités régionales marquées : entre 2000 et 2002, comme en 2004, les taux standardisés de mortalité tous âges étaient

majorés d'au moins 20 % dans les régions Corse, Nord-Pas-de-Calais et Aquitaine. On observe des taux augmentés de 10 à 20 % sur ces deux périodes dans les régions Picardie, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Limousin (tableau 2).

Nombre et taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque¹

En 2004, 130 000 personnes ont été hospitalisées en soins de courte durée pour un ou plusieurs séjours comportant un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque², dont 17 % ont eu plusieurs séjours pour ce motif cette même année.

1. Cet indicateur n'est pas utilisé dans les bases internationales du fait des difficultés de comparaisons liées aux pratiques de codage.

2. Le nombre de personnes hospitalisées en 2004 avec un diagnostic principal ou un diagnostic associé d'insuffisance cardiaque est deux fois plus élevé (263 000).

Maladie cardiovasculaires • Insuffisance cardiaque

Tableau 1 • Effectifs et taux* de décès pour insuffisance cardiaque en 1990, 2000 et 2004 selon le sexe et la classe d'âge

Âge/sexe	Année	Effectif	Taux de décès*	variation 2004-1990**	variation 2004-2000***
0-64 ans					
Hommes	1990	889	3,9		
	2000	599	2,5		
	2004	552	2,2	-44	-12
Femmes	1990	316	1,3		
	2000	221	0,9		
	2004	205	0,8	-40	-11
65 ans ou plus					
Hommes	1990	9 480	281,5		
	2000	8 655	221,8		
	2004	7 744	191,4	-32	-14
Femmes	1990	16 577	222,2		
	2000	14 424	165,0		
	2004	12 263	144,6	-35	-12
Tous âges					
Hommes	1990	10 369	34,4		
	2000	9 254	26,7		
	2004	8 296	23,0	-33	-14
Femmes	1990	16 893	25,6		
	2000	14 645	19,0		
	2004	12 468	16,6	-35	-13
Total	1990	27 262	29,3		
	2000	23 899	22,1		
	2004	20 764	19,2	-34	-13

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon population européenne ; Code CIM9 : 428, CIM10 : I50).

** (Taux 2004 – Taux 1990) *100/Taux 1990.

*** (Taux 2004 – Taux 2000) *100/Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

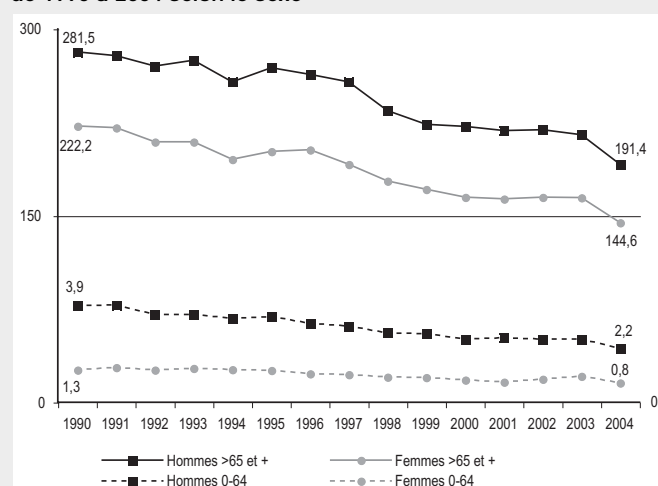
SOURCES • INSERM-CépiDc (EUROSTAT pour les comparaisons européennes).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (EUROSTAT - population Europe IARC 1976). Pour les cardiopathies ischémiques ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 428 jusqu'en 1999 et CIM-10 I50 à partir de 2000. Périodicité triennale pour les indicateurs régionaux.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation de l'insuffisance cardiaque en tant que cause initiale de décès lors de pathologie cardiaque préexistante (en particulier en cas de cardiopathie ischémique chronique).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • INSERM-CépiDc.

Graphique 1 • Taux* de décès par insuffisance cardiaque de 1990 à 2004 selon le sexe



* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon population européenne ; Code CIM9 : 428, CIM10 : I50).

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM CépiDc.

Tableau 2 • Décès annuels par insuffisance cardiaque dans les régions (deux sexes)

Régions	Années 2000-2002						Année 2004					
	Nb Total	Nb < 65	TxS* Total	TxS* < 65	Var** (%) Total	Var** (%) < 65	Nb Total	Nb < 65	TxS* Total	TxS* < 65	Var** (%) Total	Var** (%) < 65
Île-de-France	2 367	111	14,8	1,3	-33	-26	1 926	98	11,6	1,1	-39	-28
Champagne-Ardenne	538	19	22,8	1,7	4	-1	468	21	20,3	1,9	6	28
Picardie	702	38	25,4	2,6	16	53	617	29	22,6	1,9	17	26
Haute-Normandie	585	26	20,4	1,8	-7	5	523	38	18,6	2,5	-3	70
Centre	1 056	27	19,8	1,3	-10	-22	936	25	18,0	1,2	-6	-21
Basse-Normandie	622	19	23,2	1,6	6	-6	598	15	21,6	1,2	12	-16
Bourgogne	775	28	21,6	2,0	-1	18	712	22	20,2	1,5	5	4
Nord-Pas-de-Calais	1 461	85	26,5	2,9	21	66	1 301	73	23,6	2,4	23	64
Lorraine	901	39	24,8	2,1	13	21	768	36	21,0	1,8	9	25
Alsace	505	23	20,1	1,6	-8	-8	387	19	15,6	1,3	-19	-14
Franche-Comté	471	16	23,6	1,7	7	-3	413	7	20,0	0,7	4	-53
Pays de la Loire	1 313	34	21,0	1,3	-4	-25	1 203	29	19,5	1,0	1	-31
Bretagne	1 197	38	21,1	1,5	-4	-10	1 077	33	18,7	1,3	-2	-10
Poitou-Charentes	909	25	23,0	1,7	5	0	848	19	21,7	1,3	13	-13
Aquitaine	1 778	48	26,9	1,9	23	10	1 516	46	23,1	1,7	20	16
Midi-Pyrénées	1 393	27	23,1	1,2	5	-27	1 216	31	20,5	1,3	7	-12
Limousin	499	10	24,5	1,6	11	-8	430	8	21,5	1,2	12	-18
Rhône-Alpes	2 028	62	20,7	1,3	-6	-22	1 739	55	17,8	1,1	-7	-27
Auvergne	644	23	22,2	2,0	1	19	592	16	20,6	1,3	7	-9
Languedoc-Roussillon	1 334	30	25,9	1,5	18	-14	1 160	26	22,3	1,2	16	-18
Prov.-Alpes-Côte-d'azur	2 356	87	24,0	2,2	10	28	2 147	95	21,7	2,3	13	54
Corse	160	6	28,8	2,4	31	39	148	6	25,6	2,4	33	63
Hors métropole	42	11					39	10				
France métropolitaine	23 636	832	21,9	1,7	0	0	20 764	757	19,2	1,5	0	0

* Taux standardisés sur l'âge - Réf : EUROSTAT - Pop Europe - IARC - 1976.

** (Région - France)/France (en %).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc.

Insuffisance cardiaque (2)

Au total, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré un peu plus de 171 000 séjours pour lesquels l'insuffisance cardiaque était le diagnostic principal notifié, ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 274,9 séjours pour 100 000 habitants et un taux standardisé sur l'âge de 175,8 pour 100 000 (tableau 3).

Cette maladie touche particulièrement les plus âgés. Près de neuf séjours sur dix ont été effectués par des personnes âgées de 65 ans ou plus, 82 % pour les hommes et 92 % pour les femmes. Un peu plus du quart des séjours (27,6 %) concernaient des personnes de plus de 85 ans : près d'un séjour pour insuffisance cardiaque sur cinq chez les hommes et de deux sur cinq chez les femmes. Le taux d'hospitalisation dans cette tranche d'âge a atteint 4 % pour les femmes et dépassé 5 % pour les hommes en 2004.

Les séjours masculins étaient un peu plus nombreux (52 %) et les taux d'hospitalisation masculins étaient plus élevés dans tous les groupes d'âges (tableau 4).

Entre 1997 et 2004, le nombre de séjours ainsi que le taux brut d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ont augmenté, mais les taux standardisés d'hospitalisation, à structure d'âge constante, ont peu évolué.

Comme pour la mortalité, les disparités régionales sont marquées. Les populations domici-

liées à la Réunion et dans les régions Picardie et Nord-Pas-de-Calais avaient en 2004, comme en 2003, des taux standardisés d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque sensiblement plus élevés que la moyenne nationale (taux standardisé d'hospitalisation supérieurs de plus de 20 %) (tableau 5). En 2004, des taux élevés étaient en outre élevés en Martinique et en Guyane. Mais la situation apparaissait également plus défavorable en Basse-Normandie pour les hommes et en Alsace, en Lorraine et à la

Guadeloupe pour les femmes. À l'inverse, le Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur avaient les taux standardisés d'hospitalisation les plus faibles (inférieurs respectivement de 13 et 18 % à la moyenne nationale), de même que la Guadeloupe pour les hommes et l'Auvergne et le Limousin pour les femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche août 2007.

synthèse

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. Le nombre de décès a diminué de 24 % entre 1990 et 2004, la réduction étant de 34 % pour les taux standardisés sur l'âge.

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. L'insuffisance cardiaque a motivé un peu plus de 171 000 séjours hospitaliers en MCO en 2004. 17 % des personnes hospitalisées en 2004 ont eu plusieurs séjours pour insuffisance cardiaque cette même année.

On relève des disparités régionales. Les taux standardisés de décès sont particulièrement élevés dans les régions Corse, Nord-Pas-de-Calais et Aquitaine (taux tous âges). 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.

Tableau 3 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1997	74 600	70 300	144 900	257,1	228,9	242,6	232,9	120,6	167,8
1998	80 300	74 300	154 600	275,9	240,9	257,9	246,7	126,3	177,1
1999	81 300	75 300	156 600	278,3	243,3	260,3	244,4	126,3	176,1
2000	84 000	76 200	160 200	285,8	244,6	264,6	248,4	125,7	177,6
2001	84 400	77 700	162 100	285,0	247,7	265,8	243,3	126,1	175,9
2002	86 800	79 500	166 300	291,1	251,5	270,8	244,6	127,2	177,1
2003	85 700	79 300	165 000	285,5	249,3	266,9	237,2	125,0	173,0
2004	88 900	82 200	171 100	293,9	256,9	274,9	240,5	128,0	175,8

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Tableau 4 • Hospitalisations en 2004 en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	700	600	1 300
25 à 44 ans	1 600	900	2 500
45 à 64 ans	13 700	5 000	18 700
Moins de 65 ans	16 000	6 500	22 500
65 à 84 ans	57 100	44 300	101 400
85 ans ou plus	15 800	31 400	47 200
65 ans ou plus	72 900	75 700	148 600
Total tous âges	88 900	82 200	171 100
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			
Moins de 25 ans	6,8	5,9	6,4
25 à 44 ans	18,1	10,9	14,5
45 à 64 ans	185,6	65,0	124,3
Moins de 65 ans	61,1	24,9	43,0
65 à 84 ans	1 500,1	863,3	1 134,6
85 ans ou plus	5 263,3	3 959,3	4 316,6
65 ans ou plus	1 774,7	1 278,3	1 481,6
Total tous âges	293,9	256,9	274,9

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Tableau 5 • Hospitalisations en 2004 en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon la région de résidence

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 100 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000
Île-de-France	23 000	203,5	164,3
Champagne-Ardenne	3 600	270,9	175,9
Picardie	6 100	327,3	239,9
Haute-Normandie	4 400	246,5	168,1
Centre	7 900	316,0	176,3
Basse-Normandie	5 200	362,3	202,6
Bourgogne	5 700	352,7	192,2
Nord-Pas-de-Calais	11 900	294,5	229,4
Lorraine	7 100	304,3	202,1
Alsace	4 800	268,0	199,5
Franche-Comté	3 500	303,7	190,2
Pays de la Loire	9 200	274,5	163,5
Bretagne	8 900	292,8	162,0
Poitou-Charentes	6 100	357,3	176,5
Aquitaine	10 300	337,2	178,4
Midi-Pyrénées	8 500	313,4	161,7
Limousin	2 800	384,3	164,8
Rhône-Alpes	14 100	239,2	160,4
Auvergne	4 100	308,7	161,5
Languedoc-Roussillon	6 900	278,6	153,8
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	12 600	266,6	144,5
Corse	1 000	354,5	192,3
Guadeloupe	800	185,9	177,6
Martinique	1 000	268,4	227,0
Guyane	200	100,0	219,3
La Réunion	1 400	177,8	258,5
France entière	171 100	274,9	175,8

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH, exploitations DREES (séjours) et InVS (personnes) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un code CIM10 I50 en diagnostic principal; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (EUROSTAT - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2004. Pour les personnes concernées par une hospitalisation complète pour insuffisance cardiaque, le calcul a été effectué à partir la base non redressée de 2004: seuls les séjours en hospitalisation complète (en excluant les séjours, les hospitalisations de jour et les transferts) ont été pris en compte.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • DREES (pour les séjours) et InVS (pour les personnes).

Asthme

L'objectif retenu par la loi de santé publique est de **réduire de 20 % entre 2000 et 2008 la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation.**

L'indicateur principal qui concerne les hospitalisations pour asthme est issu du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) qui enregistre des données administratives et médicales pour l'ensemble des séjours dans les établissements hospitaliers de France. Les tendances entre 1998 et 2004 des hospitalisations pour asthme ont été analysées par classe d'âge. Les crises d'asthme ayant pu être codées en insuffisance respiratoire aiguë, les séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme ont également été analysés.

La mortalité par asthme a été choisie comme indicateur complémentaire, avec une attention particulière portée sur les enfants et adultes jeunes (âge < 45 ans). La mise en place, en 2000, de la CIM10 et du codage automatique des causes de décès entraîne une discontinuité dans les tendances de la mortalité par asthme. Deux périodes sont distinguées : de 1990 à 1999 et de 2000 à 2004.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux d'hospitalisation pour asthme

Séjours pour asthme

En France métropolitaine, le nombre de séjours hospitaliers pour asthme (hors séances) a diminué de 62 614 en 1998 à 48 986 en 2004. Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans représentaient 49 % des séjours pour asthme et concernaient principalement des garçons. Après l'âge de 15 ans, les hospitalisations pour asthme étaient plus fréquentes chez les femmes (graphique 1).

Les taux d'hospitalisation pour asthme les plus élevés étaient observés, quelle que soit l'année étudiée, chez les enfants de moins de 10 ans (tableau 1). Ainsi, chez l'enfant, les taux diminuaient de façon très importante avec l'âge, passant d'environ 50/10 000 chez les moins de 2 ans à environ 17/10 000 chez les 5-9 ans. Les taux les plus faibles étaient observés chez les adultes de 20-34 ans.

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme ont diminué de 10,7/10 000 en 1998 à 8,1/10 000 en 2004 (variation annuelle moyenne entre 1998 et 2004 de -5,1 %). Ces taux ont diminué chez les enfants de 5-9 ans et, de façon encore plus marquée, chez les enfants plus âgés et chez les adultes. Cependant ils restent stables pour les plus jeunes (0 à 4 ans).

En 2004, les taux les plus élevés s'observaient plutôt dans le nord de la France et les taux les plus bas dans l'est et le centre. Entre 1998 et 2004, les diminutions les plus marquées étaient observées en Auvergne, en Alsace et dans le Limousin.

Une diminution des taux d'hospitalisation

pour asthme a également été observée aux États-Unis entre 1995-1996 et 2001-2002 (de -7 % à -16 % selon le sexe et l'ethnie) et au Canada entre 1988 et 1998.

Séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme ont augmenté de 0,92/10 000 en 1998 à 1,27/10 000 en 2004 (variation annuelle moyenne entre 1998 et 2004 de +5,8 %) (tableau 2). Une augmentation très marquée des taux était observée chez les enfants, notamment chez les moins de 10 ans. Cette augmentation pourrait être en partie liée à un transfert de codage d'un code d'asthme vers un code d'insuffisance respiratoire aiguë.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Mortalité par asthme

De 1990 à 1999, les taux annuels de mortalité par asthme, standardisés sur l'âge, ont diminué chez les hommes (de 3,0/100 000 en 1990 à 2,5/100 000 en 1999, -2,4%/an), alors

qu'ils sont restés stables chez les femmes (de 2,4/100 000 en 1990 à 2,2/100 000 en 1999, -0,7%/an). Entre 2000 et 2004, une diminution des taux était observée chez les hommes (de 2,0/100 000 en 2000 à 1,1/100 000 en 2004, -13,2%/an) et chez les femmes (de 1,8/100 000 en 2000 à 1,3/100 000 en 2004, -7,5%/an), avec une moyenne annuelle de 1 355 décès par asthme (graphique 2).

La France occupait en 2004 une position moyenne par rapport aux autres pays européens : le taux standardisé de mortalité par asthme en France était de 1,3/100 000 pour un taux moyen de 1,3/100 000 au sein de l'Europe des 15 et de 1,4/100 000 pour l'Europe des 27 (données Eurostat).

Chez les enfants et adultes jeunes (âge < 45 ans), la mortalité par asthme était faible (en moyenne 92 décès par an entre 2000 et 2004). Les taux standardisés sur l'âge ont diminué de 0,43/100 000 en 1990 à 0,32/100 000 en 1999 (-3,6%/an) et de 0,31/100 000 en 2000 à 0,17/100 000 en 2004 (-15,8%/an). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

Mise à jour de la fiche juin 2007.

synthèse

Une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme a globalement été enregistrée entre 1998 et 2004. L'analyse par classe d'âge permet de nuancer ces résultats. Les taux sont restés stables chez le jeune enfant et la diminution était moins marquée chez les enfants de 5-9 ans que chez les enfants plus âgés et les adultes. Toutefois, des transferts de codage vers un code d'insuffisance respiratoire aiguë, notamment chez l'enfant, et vers des codes d'autres pathologies pulmonaires chroniques obstructives (bronchite chronique, BPCO) chez les plus âgés ne peuvent être exclus.

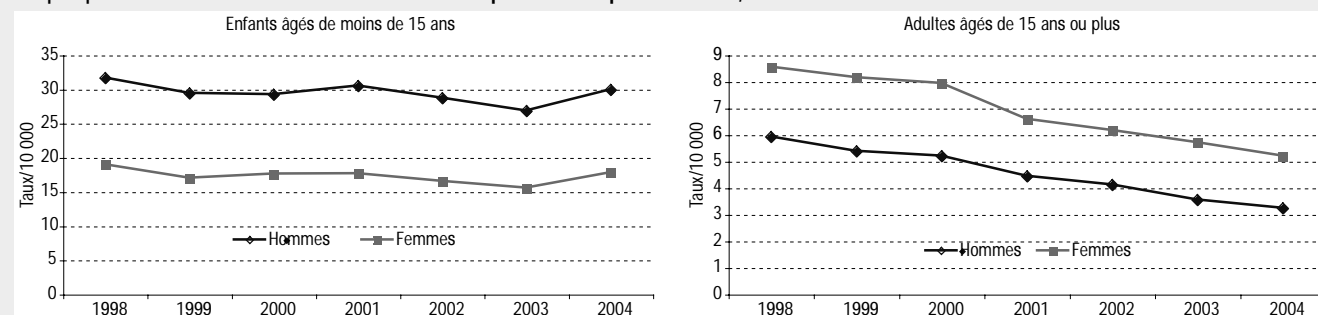
La mortalité par asthme a diminué entre 1990 et 1999 et entre 2000 et 2004. Cette diminution s'observait également chez les plus jeunes (enfants et adultes de moins de 45 ans).

Tableau 1 • Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme, par classe d'âge

Âge	Taux annuel/10000							Variation annuelle moyenne
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
0-1 an	53,6	46,5	45,4	46,5	48,1	50,2	59,6	+1,9 %
2-4 ans	43,5	39,2	40,0	44,1	41,0	37,7	42,5	-0,5 %
5-9 ans	18,2	17,4	18,0	18,0	16,2	14,5	15,9	-3,1 %*
10-14 ans	11,8	11,5	11,5	10,6	9,3	7,8	8,2	-7,1 %*
15-19 ans	6,7	6,8	6,7	5,8	5,0	4,4	3,9	-9,4 %*
20-34 ans	5,6	5,4	5,4	4,5	4,0	3,7	3,4	-8,7 %*
35-49 ans	6,0	5,8	5,5	4,8	4,3	3,8	3,6	-8,9 %*
50-64 ans	7,4	6,8	6,3	5,3	5,3	4,6	4,3	-8,7 %*
65 ans ou plus	11,5	10,2	10,0	8,1	7,9	7,2	6,4	-9,1 %*
Total	10,7	10,0	9,8	9,1	8,6	7,9	8,1	-5,1 %*

* p < 0,05. – Champ : France métropolitaine. – Sources : PMSI/ATIH.

Graphique 1 • Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme, chez les enfants et les adultes



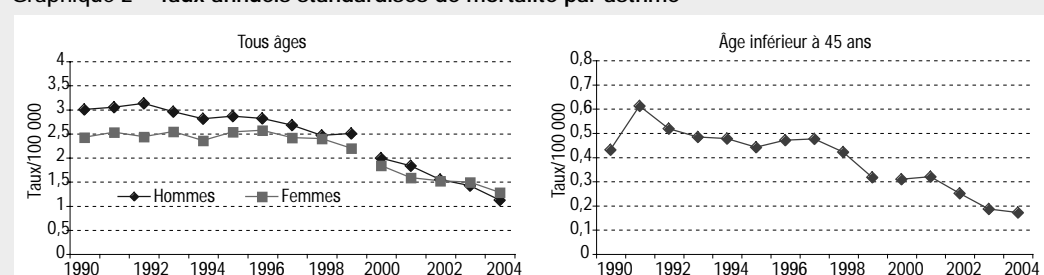
Champ : France métropolitaine. – Sources : PMSI/ATIH.

Tableau 2 • Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme, par classe d'âge

Âge	Taux annuel/10000							Variation annuelle moyenne
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
0-1 an	1,18	2,51	3,90	3,80	3,53	5,14	6,29	+25,47 %*
2-4 ans	1,04	1,91	2,98	3,18	2,73	3,34	3,66	+18,66 %*
5-9 ans	0,48	0,83	1,28	1,17	1,09	1,01	1,24	+11,75 %
10-14 ans	0,32	0,52	0,76	0,68	0,58	0,58	0,55	+5,86 %
15-19 ans	0,25	0,26	0,33	0,32	0,35	0,27	0,32	+2,79 %
20-34 ans	0,21	0,28	0,30	0,25	0,32	0,38	0,33	+7,51 %*
35-49 ans	0,41	0,47	0,53	0,53	0,53	0,54	0,56	+4,46 %*
50-64 ans	1,05	1,08	1,11	1,06	1,09	1,10	1,05	+0,04 %
65 ans ou plus	3,08	3,17	3,38	2,88	2,99	2,90	2,88	-1,78 %
Total	0,92	1,07	1,26	1,16	1,17	1,23	1,27	+4,27 %*

* p < 0,05. – Champ : France métropolitaine. – Sources : PMSI/ATIH.

Graphique 2 • Taux annuels standardisés de mortalité par asthme

Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • ATIH : fichiers de Résumés de sortie anonymes issus du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI); INSEE : Statistiques démographiques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Sélection des séjours ayant un code d'asthme (CIM10: J45-J46) en diagnostic principal pour les indicateurs concernant l'asthme; sélection des séjours ayant un code d'insuffisance respiratoire aiguë en diagnostic principal (CIM10: J960) et un code d'asthme en diagnostic associé pour les indicateurs concernant l'insuffisance respiratoire aiguë. Taux annuels standardisés sur l'âge et le sexe, par classe d'âge (population de référence: population moyenne France 1999).

LIMITES ET BIAIS • Étude de séjours hospitaliers et non pas de patients. Les hospitalisations pour crise d'asthme ne peuvent pas être étudiées spécifiquement (les données concernent les hospitalisations en urgence et les hospitalisations programmées). Les données du PMSI ne prennent pas en compte les passages dans les services d'urgences qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation.

RÉFÉRENCES •

- Hospitalisations pour asthme, évaluation à partir des données du PMSI. Rapport InVS, janvier 2007.

- Getahun D., Demissie K., Rhoads G.G., 2005. « Recent trends in asthma hospitalization and mortality in the United States », *J. Asthma*; 42: 373-8.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • INSERM-CépiDc: causes médicales des décès; INSEE: Statistiques démographiques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Décès ayant un code d'asthme en cause initiale (CIM9 493 de 1990 à 1999, CIM10 J45-J46 de 2000 à 2004). Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âge (population de référence: Eurostat, population Europe, IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Étude des décès où l'asthme a été certifié en tant que cause initiale du décès. Mise en place en 2000 de la CIM10 et du codage automatique des causes de décès, responsable d'une discontinuité dans les tendances au cours du temps.

RÉFÉRENCE •

- 2004, « Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999 », *BEH*, n° 47.

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comprennent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH). Bien que n'étant pas une « maladie rare », la maladie de Crohn est mentionnée comme maladie « orpheline » dans la base de données Orphanet sur les maladies rares et les médicaments orphelins.

Plusieurs registres recueillent les nouveaux cas de MICI en France : EPIMAD qui couvre quatre départements du Nord-Ouest de la France (Nord, Pas de Calais, Somme et Seine Maritime) ; EPIMICI pour le Puy de Dôme ; ABERMAD pour la Bretagne.

Selon les données publiées en 1994 et en 1997 par ces trois registres, le taux d'incidence standardisé pour la maladie de Crohn varie de 2,8 à 5,7 pour 100 000 (le nombre de personnes atteintes étant estimé à environ 60 000 en France) et celle de la RCH de 2,7 à 3,2 pour 100 000 habitants. Les premiers symptômes sont relativement précoces et apparaissent habituellement entre 20 et 30 ans.

Ces maladies affectent la qualité de vie des personnes atteintes dans les domaines physique, psychique et social et ce, de façon d'autant plus marquée que la pathologie est sévère. Toutefois, les progrès thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux, ont permis d'améliorer la qualité de vie de ces patients. La loi relative à la politique de santé publique prévoit de **réduire le retentissement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes**. Dans l'attente d'une mesure directe de la qualité de vie des personnes atteintes de MICI, dans le cadre d'une enquête spécifique, deux indicateurs complémentaires approchant les complications médicales et chirurgicales de ces maladies sont proposés.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de patients hospitalisés et, le cas échéant, durée totale moyenne de séjour

En 2005, 43 300 personnes ont été hospitalisées dans une unité de soins de courte durée MCO pour le traitement d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (tableau 1). Les caisses d'assurance maladie¹ estiment que 84 200 personnes bénéficiaient, au 1^{er} janvier 2004, d'une reconnaissance d'affection de longue durée (ALD) pour rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives. Les femmes représentaient environ 57 % des personnes hospitalisées pour MC et 49 % de celles hospitalisées pour RCH. Environ 20 % des patients hospitalisés pour MC avaient moins de 25 ans et, 10 %, 65 ans ou plus, ces proportions étant respectivement de 8 % et 22 % pour la RCH. La durée moyenne d'hospitalisation dans l'année, calculée en équivalents-journées (c'est-à-dire en décomptant une journée pour les hospitalisations inférieures à 24 heures) a été, en 2005, de 3,7 jours pour la RCH et de 6,1 jours pour la MC (tableau 2). En outre, 90 % des patients hospitalisés pour une RCH et 71 % de ceux hospitalisés pour MC ne sont venus qu'une seule fois dans l'année. Cette hospitalisation a alors duré moins de 24 heures

pour 70 % d'entre eux dans le cas de la RCH et 57 % dans celui de la MC. Ces hospitalisations de très courte durée ont généralement été motivées par la réalisation d'endoscopies (97 % des cas pour la RCH et 88 % pour la MC).

Interventions chirurgicales mutilantes

La réalisation d'un acte de stomie² ou de résection du rectum, du côlon ou de l'intestin grêle a concerné, en 2005, 1,2 % des patients hospitalisés. Cependant, une stomie (diagnostic de présence, de surveillance ou de complication de stomie ou acte de stomie ou de fermeture de stomie) est mentionnée pour 2,4 % des patients. Cette mention est plus fréquente en cas de MC où la proportion de patients concernés atteint 3,1 % globalement et 4 % pour les 65 ans ou plus. Pour l'ensemble des patients « avec stomie » la durée moyenne d'hospitalisation dans l'année dépasse 22 jours (tableau 2). En outre, un peu plus de 60 % d'entre eux ont effectué au moins deux séjours en MCO dans l'année (64,5 % pour les patients hospitalisés pour MC et 53 % de ceux hospitalisés pour RCH). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.
Mise à jour de la fiche août 2007.

1. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Mutualité sociale agricole (MSA) et Régime social des indépendants (RSI).
2. Communication artificielle, réalisée par une opération chirurgicale, pour aboucher un organe creux à la peau. La colostomie fait déboucher le gros intestin (côlon) à la peau du ventre en cas d'occlusion situées plus bas sur le côlon ou de résection du rectum emportant l'anus et son sphincter.

synthèse

Environ 43 300 personnes ont été hospitalisées en 2005 pour le traitement d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Un peu plus de la moitié d'entre elles (52,9 %) étaient des femmes. Globalement, leur durée moyenne d'hospitalisation annuelle a été d'environ cinq jours. En outre, un peu plus de 80 % des patients ne sont venus qu'une seule fois dans l'année. Une stomie est mentionnée pour 2,4 % des patients. Pour eux la durée moyenne d'hospitalisation annuelle a dépassé 22 jours et 60 % d'entre eux ont été hospitalisés au moins deux fois dans l'année.

Tableau 1 • Patients hospitalisés en 2005 en soins de courte durée MCO pour MICI, selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Maladie de Crohn			Rectocolite hémorragique			Ensemble		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	2 000	2 500	4 500	800	900	1 700	2 800	3 400	6 200
25 à 44 ans	3 900	5 800	9 700	3 500	3 800	7 300	7 400	9 600	17 000
45 à 64 ans	2 500	2 900	5 400	4 400	3 400	7 800	6 900	6 300	13 200
25 à 64 ans	6 400	8 700	15 100	7 900	7 200	15 100	14 300	15 900	30 200
65 ans ou plus	1 000	1 200	2 200	2 300	2 400	4 700	3 300	3 600	6 900
Total tous âges	9 400	12 400	21 800	11 000	10 500	21 500	20 400	22 900	43 300
Proportion de patients « avec stomie »									
Moins de 25 ans	3,2	1,8	2,4	3,3	1,6	2,4	3,2	1,8	2,4
25 à 44 ans	2,9	3,4	3,2	1,7	1,2	1,4	2,3	2,5	2,4
45 à 64 ans	3,7	2,9	3,3	2,0	1,4	1,7	2,6	2,1	2,4
25 à 64 ans	3,2	3,2	3,2	1,9	1,3	1,6	2,5	2,4	2,4
65 ans ou plus	4,1	3,9	4,0	1,8	1,7	1,8	2,5	2,5	2,5
Total tous âges	3,3	3,0	3,1	2,0	1,4	1,7	2,6	2,3	2,4
Nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) au 1^{er} janvier 2004 (CNAMTS + MSA + RSI)									
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD 24)									84 200

Champ : France entière. Sources : Base nationale PMSI et ALD.

Tableau 2 • Durée moyenne d'hospitalisation (1) en 2005 en soins de courte durée MCO pour MICI, selon le sexe et l'âge (en jours)

Groupes d'âges	Maladie de Crohn			Rectocolite hémorragique			Ensemble		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Ensemble des patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	6,5	6,1	6,3	5,4	4,5	4,9	6,2	5,7	5,9
25 à 44 ans	6,1	5,6	5,8	2,9	2,9	2,9	4,6	4,5	4,5
45 à 64 ans	5,9	5,0	5,4	3,4	2,8	3,1	4,3	3,8	4,1
25 à 64 ans	6,0	5,4	5,6	3,2	2,8	3,0	4,4	4,2	4,3
65 ans ou plus	9,5	9,1	9,3	4,9	6,0	5,5	6,3	7,1	6,7
Total tous âges	6,5	5,9	6,1	3,7	3,7	3,7	5,0	4,9	4,9
Dont pour les patients « avec stomie »									
Moins de 25 ans	20,3	22,0	21,0	29,0	31,2	29,8	22,9	24,3	23,5
25 à 44 ans	23,6	20,0	21,3	21,6	20,5	21,2	22,9	20,1	21,3
45 à 64 ans	23,6	17,9	20,9	24,4	22,4	23,7	24,0	19,5	22,1
25 à 64 ans	23,6	19,4	21,2	23,3	21,5	22,6	23,5	19,9	21,6
65 ans ou plus	40,3	21,0	29,6	22,3	16,9	19,7	31,1	19,2	24,9
Total tous âges	25,1	19,9	22,2	23,8	21,3	22,8	24,6	20,3	22,4

* En « équivalent-journées », c'est-à-dire en comptant la durée de séjour pour les hospitalisations complètes et une journée pour les hospitalisations de moins de 24 heures.

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI.

Tableau 3 • Répartition des patients hospitalisés en 2005 en soins de courte durée MCO pour MICI, selon la nature de l'hospitalisation et l'âge (%)

Groupes d'âges	Maladie de Crohn		Rectocolite hémorragique		Ensemble	
	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures
Ensemble des patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI						
Moins de 25 ans	55,0 (30,8)	45,0 (34,2)	41,2 (28,0)	58,8 (54,8)	51,1 (30,0)	48,9 (40,1)
25 à 44 ans	46,6 (25,9)	53,4 (43,1)	25,1 (17,7)	74,9 (71,2)	37,4 (22,4)	62,6 (55,1)
45 à 64 ans	46,4 (29,8)	53,6 (47,3)	28,5 (22,3)	71,5 (68,2)	35,9 (25,4)	64,1 (59,6)
25 à 64 ans	46,6 (27,3)	53,4 (44,6)	26,8 (20,1)	73,2 (69,7)	36,7 (23,7)	63,3 (57,1)
65 ans ou plus	69,4 (52,7)	30,6 (28,0)	54,9 (48,3)	45,1 (43,0)	59,6 (49,7)	40,4 (38,1)
Total tous âges	50,6 (30,6)	49,4 (40,8)	34,1 (26,9)	65,9 (62,7)	42,4 (28,7)	57,6 (51,6)
Dont patients « avec stomie »						
Moins de 25 ans	81,3 (14,0)	18,7 (11,2)	69,0 (21,4)	31,0 (23,8)	77,9 (16,1)	22,1 (14,8)
25 à 44 ans	87,8 (25,7)	12,2 (5,5)	82,7 (23,1)	17,3 (16,3)	86,5 (25,1)	13,5 (8,2)
45 à 64 ans	84,9 (30,7)	15,1 (10,6)	91,9 (37,8)	8,1 (6,7)	87,9 (33,8)	12,1 (8,9)
25 à 64 ans	86,7 (27,6)	13,3 (7,3)	87,9 (31,4)	12,1 (10,9)	87,1 (28,8)	12,9 (8,5)
65 ans ou plus	90,0 (43,3)	10,0 (7,8)	85,4 (52,4)	14,6 (8,5)	87,8 (47,7)	12,2 (8,1)
Total tous âges	86,3 (27,5)	13,7 (8,0)	85,1 (35,0)	14,9 (11,8)	85,9 (30,2)	14,1 (9,3)

Lecture : en 2005, 55 % des patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie de Crohn, âgés de moins de 25 ans ont eu au moins une hospitalisation dans l'année effectuée en hospitalisation complète et (30,8 % des patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie de Crohn, âgés de moins de 25 ans ont eu une seule hospitalisation en 2005 et celle-ci s'est effectuée en hospitalisation complète).

Champ : France entière. – Sources : Base nationale PMSI.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, Atih, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et ALD (CNAMTS, MSA et RSI).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Ont été retenus les séjours comportant les codes CIM10 K50 ou K51 en diagnostic principal, relié ou associé ; lorsque ces codes n'apparaissent qu'en diagnostic associé, les séjours n'ont été gardés que si l'affection principale traitée était une maladie de l'appareil digestif (sauf hernies) ou l'hospitalisation motivée par la réalisation d'une endoscopie sous anesthésie en ambulatoire ; un patient a été considéré comme « ayant une stomie » si un code diagnostic de présence, de surveillance ou de complication de stomie ou un acte chirurgical de stomie ou de fermeture de stomie a été mentionné dans au moins un de ses séjours pour traitement de MICI ; en plus des 43 300 patients hospitalisés en 2005 pour MICI, on a repéré 7 400 patients avec une MICI mentionnée en diagnostic associé mais hospitalisés, en 2005, uniquement pour une autre pathologie ; un peu moins de 2 % d'entre eux étaient codés comme « ayant une stomie ».

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) s'élève à 99 % en 2005.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie comme « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient » (ANAES¹ 2003). Le retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des femmes varie avec l'intensité du trouble.

L'objectif retenu par la loi de santé publique est de **réduire chez les femmes la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire**.

Les stratégies de prévention comprennent l'accès à une rééducation périnéale dans les suites de l'accouchement ainsi que l'accès au dépistage des troubles de la statique pelvienne et à la rééducation sphinctérienne au moment de la ménopause.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de femmes déclarant l'existence « de perte involontaire d'urine » depuis moins d'un an et plus d'un an

En 2004, 4,8 % des femmes ayant participé à l'enquête Santé Protection Sociale (SPS) déclaraient présenter des pertes involontaires d'urines. La prévalence de l'incontinence urinaire augmente de manière importante avec l'âge (3,1 % chez les femmes de 25-44 ans, 4,8 % chez les femmes de 45-64 ans, 10,8 % chez les femmes de 65-84 ans et 17,2 % chez les femmes de 85 ans et plus) (graphique 1 et tableau 1). Cette augmentation s'observe quelle que soit l'ancienneté de l'incontinence. Toutefois, les données sur l'ancienneté de l'incontinence urinaire restent imprécises à partir des données de l'enquête SPS 2004.

L'augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire avec l'âge relevée dans l'enquête SPS 2004 l'est également dans tous les travaux nationaux et internationaux traitant de cette affection. Par contre, la plupart des études soulignent une prévalence nettement supérieure à celle de l'enquête SPS².

Ainsi en est-il des résultats de l'enquête réalisée en 2002 par le Centre de documentation et de recherche en médecine générale (CDRMG)³. Cette étude résulte de l'appel d'offres lancé par l'ANAES qui, dans le cadre de la préparation des recommandations professionnelles concernant l'incontinence urinaire de la

femme de mars 2003, a souhaité réaliser un « état des lieux » de cette affection et notamment une évaluation de sa prévalence. Cette enquête a été réalisée auprès de 2116 femmes consultant en médecine générale et âgées de plus de 35 ans ou ayant accouché depuis plus de 2 ans.

Dans cet échantillon, la prévalence de l'incontinence urinaire variait de 20 à 53 % selon la définition de l'incontinence urinaire qui était retenue. La définition la plus restrictive correspondait à l'utilisation nécessaire de garniture du fait des fuites urinaires. Dans cette étude, 39,8 % des femmes se considéraient comme incontinentes et 53 % avaient des risques de fuites involontaires quotidiennes ou non⁴. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • IRDES.

Mise à jour de la fiche juin 2006.

synthèse

En 2004, 4,8 % des femmes ayant répondu à l'enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES déclarent des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge (plus de 10 % après 65 ans). Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, la méthodologie d'enquête étant probablement à l'origine d'une sous-déclaration de ce trouble.

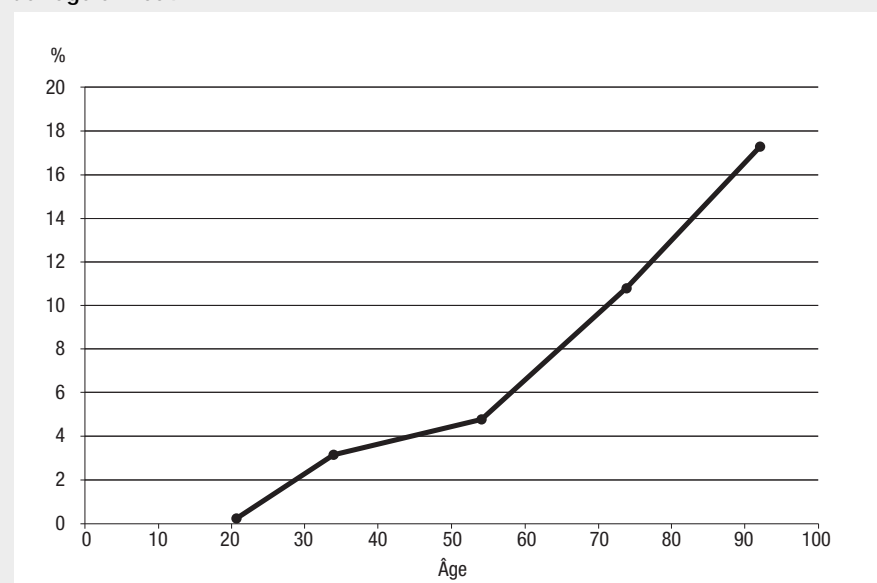
1. ANAES – Service des recommandations professionnelles (2003). Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale – Actualisation.

2. Hunskaar S., Lose G., Sykes D. *et al.*, 2004, « The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries », *BJU int.* 93[3], p. 324-330.

3. Vallee J.-P. *et al.*, 2003, « Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France - Enquête transversale en médecine générale » Centre de documentation et de recherche en médecine générale, UNAFORMEC.

4. Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U. *et al.*, 2002, « The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society », *Neurourol Urodyn*; 21 (2): 167-78.

Graphique 1 • Prévalence des pertes involontaires d'urines déclarées en fonction de l'âge en 2004



Champ : France métropolitaine - Ménages ordinaires.

Sources : Enquête SPS.

CHAMP • Les ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des 3 régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM) (cette enquête est représentative de 95% des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine).

SOURCES • L'enquête SPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'existence d'une incontinence urinaire est relevée par l'intermédiaire d'un questionnaire auto-administré comportant une liste de 44 affections à cocher si la personne en est atteinte. Cette méthode de recueil tend probablement à minimiser la prévalence de ce trouble. Pour diminuer ce biais de recueil, il est prévu en 2006 de relever l'incontinence urinaire, toujours par l'intermédiaire du questionnaire santé, mais dans une partie comportant des questions spécifiquement destinées aux femmes (ménopause, frottis, mammographie...).

Tableau 1 • Nombre et pourcentage de femmes ayant déclaré une incontinence urinaire en 2004

Âge	Indicateur	Effectif	%
18-24 ans	pas de perte urinaire	843	99,8
	perte urinaire depuis moins un an	1	0,1
	perte urinaire depuis plus d'un an	0	0,0
	perte urinaire durée inconnue	1	0,1
25-44 ans	pas de perte urinaire	2 266	96,9
	perte urinaire depuis moins un an	9	0,4
	perte urinaire depuis plus d'un an	41	1,8
	perte urinaire durée inconnue	22	0,9
45-64 ans	pas de perte urinaire	2 120	95,2
	perte urinaire depuis moins un an	9	0,4
	perte urinaire depuis plus d'un an	58	2,6
	perte urinaire durée inconnue	39	1,8
65-84 ans	pas de perte urinaire	1 009	89,2
	perte urinaire depuis moins un an	7	0,6
	perte urinaire depuis plus d'un an	60	5,3
	perte urinaire durée inconnue	55	4,9
85 ans et plus	pas de perte urinaire	82	82,8
	perte urinaire depuis moins un an	1	1,0
	perte urinaire depuis plus d'un an	11	11,1
	perte urinaire durée inconnue	5	5,1

Nombre de femmes interrogées ayant répondu n = 6 639.

Champ : France métropolitaine - Ménages ordinaires.

Sources : Enquête SPS.

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

La loi de santé publique se donne pour objectif de **stabiliser d'ici à 2008 l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale** (incidence estimée à 112 par million avant la mise en place du réseau REIN).

La mise en route d'un traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale préemptive) est un événement de santé qui permet facilement d'identifier les cas incidents d'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT). Il existe peu de contre-indications à la dialyse et son accès n'est pas limité. Aussi, l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT) peut raisonnablement être utilisée pour mesurer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Les variations d'incidence observées ne sont toutefois pas forcément le reflet de l'efficacité de mesures de prévention en amont du stade terminal. Par exemple, des variations géographiques et/ou temporelles liées à l'accès aux soins ainsi que l'évolution des pratiques dans le temps peuvent également en être à l'origine.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive

L'image que nous avons de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT) se précise au fur et à mesure de l'extension du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). Le nombre de nouveaux malades débutant un premier traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale préemptive) était de 1 293 en 2002 (4 régions), de 2 067 en 2003 (7 régions), de 3 470 (9 régions) en 2004 et 4 705 (13 régions exhaustives) en 2005. Parmi les nouveaux malades de 2005, 61 % étaient des hommes, 64 % des malades avaient plus de 65 ans, 4 012 (85 %) débutaient leur traitement de suppléance en hémodialyse, 584 (12 %) en dialyse péritonéale et 104 (3 %) par une greffe préemptive. Les taux d'incidence bruts ont varié de 128,2 par million d'habitants (pmh) en 2002, à 122,8 pmh en 2003, 135,6 pmh en 2004 et 139 pmh en 2005.

Les taux standardisés sur l'âge et le sexe ont suivi la même évolution. Il convient cependant

de rester prudent sur l'interprétation et la généralisation à l'ensemble du territoire des variations d'incidence observées entre 2002 et 2005, qui pourraient être rapportées à la prise en compte de nouvelles régions se situant aux extrêmes, comme la Bretagne en 2003 et le Nord-Pas-de-Calais en 2004. Pour les 7 régions dans lesquelles les données ont pu être recueillies sur 3 années consécutives, l'incidence standardisée reste stable entre 2003 et 2005 (graphique 1). Cette stabilité résulte toutefois de deux tendances : une baisse de l'incidence chez les personnes de moins de 65 ans et une augmentation chez les plus de 65 ans. Dans le premier groupe, on assiste peut-être aux effets bénéfiques de la prise en charge par les traitements permettant de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique. Chez les personnes de plus de 65 ans, l'augmentation pourrait être liée au vieillissement de la population, à une moindre fréquence des pathologies associées susceptibles de contre-indiquer la dialyse (amélioration de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires) et à un meilleur accès aux traitements de suppléance.

L'incidence de l'IRTT augmente avec l'âge allant de 7 pmh pour la tranche d'âge 0-19 ans à 590 pmh pour les plus de 75 ans. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (de 1,4 à 2 fois selon les régions). Les causes les plus fréquentes d'IRTT sont les néphropathies vasculaires et les néphropathies diabétiques, représentant à elles deux 63 nouveaux cas annuels par million d'habitants.

Des variations importantes existent d'une région à l'autre. L'incidence standardisée la plus élevée est observée dans le Nord-Pas-de-Calais : 171 par million d'habitants contre 92 en Auvergne (tableau 1).

En 2005, la France a un taux d'incidence standardisé sur la population européenne de 132,7 par million d'habitants, proche de ceux observés en Andalousie et en Catalogne (138,8 et 125,7 par million d'habitants). Le taux le plus bas est observé en Islande (79,5 par million d'habitants) et les taux les plus élevés en Belgique francophone (170,2 par million d'habitants) et en Allemagne (176,9 par million d'habitants).

Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19* (code CIM 10 N18)

Les données d'admission en ALD 19* ne permettent pas actuellement d'estimer correctement l'incidence de l'IRCT (voir encadré méthodologique). Des études plus fines sont nécessaires sur les pratiques de codage (biais d'information) et sur l'exhaustivité par rapport à l'ensemble des causes d'insuffisance rénale chronique (diabète, HTA, mais aussi uropathies ou polykystose). On observe cependant que le nombre d'admission en ALD 19* a presque doublé entre 2000 et 2005 (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • AGENCE DE LA BIOMÉDECINE.
Mise à jour de la fiche juillet 2007.

synthèse

Le taux d'incidence annuel moyen (par million d'habitants) de l'insuffisance rénale terminale traitée standardisé sur l'âge et le sexe dans les régions contribuant au Réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) est passé de 128,2 en 2002 (4 régions) à 122,8 en 2003 (7 régions), 132,2 en 2004 (9 régions) et 139 en 2005 (13 régions). Dans les 7 régions pour lesquelles des données sur les 3 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. Le nombre de personnes admises en ALD19, avec notion d'insuffisance rénale chronique, a presque doublé entre 2000 et 2005.

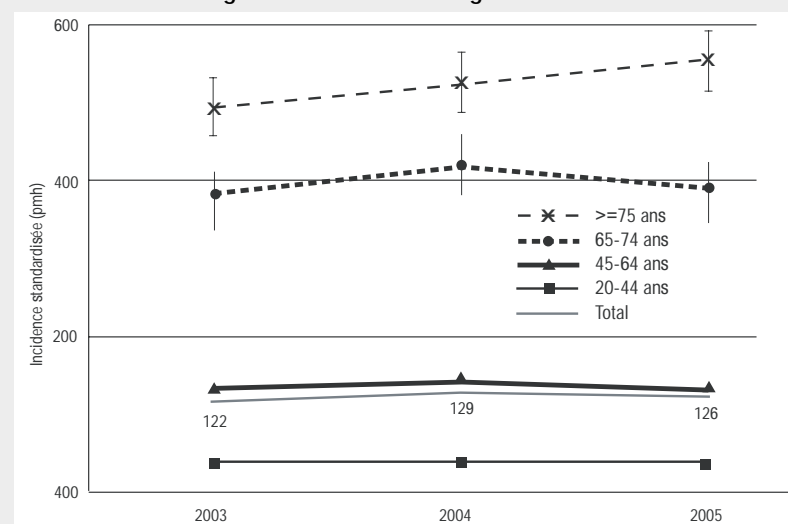
Tableau 1 • Incidence de l'IRTT en 2005 par région contribuant au registre REIN

	Effectif	Taux brut	Taux standardisé	Intervalle de Confiance à 95%
Auvergne	138	106	92	[77-108]
Basse-Normandie	167	116	110	[93-126]
Bourgogne	202	125	111	[96-126]
Bretagne	318	106	100	[89-111]
Centre	375	150	138	[124-152]
Champagne-Ardenne	169	127	127	[107-146]
Languedoc-Roussillon	432	176	156	[141-170]
Limousin	85	121	95	[74-115]
Lorraine	334	146	147	[131-163]
Midi-Pyrénées	403	152	134	[121-147]
Nord-Pas-de-Calais	608	152	171	[157-184]
Prov.-Alpes-Côte-d'Azur	723	153	140	[130-150]
Rhône-Alpes	751	128	133	[123-142]
Total	4 705	139	133	[129-137]

Champ : France métropolitaine (cf. encadré méthodologique).

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

Graphique 1 • Évolution de l'incidence standardisée sur l'âge et le sexe entre 2003 et 2005 sur 7 régions* contribuant au registre du REIN



* Il s'agit des 7 régions pour lesquelles les données ont pu être recueillies sur les 3 années consécutives.

Champ : France métropolitaine (cf. encadré méthodologique).

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

Tableau 2 • Nombre de personnes nouvellement admises en ALD19 avec notion d'insuffisance rénale chronique entre 2000 et 2005

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre	4 901	5 807	6 648	7 978	9 017	9 677
% hommes	58,1	58,3	58,7	56,3	55,5	56,2
% ≥ 65 ans	56,1	57,9	57,0	57,3	58,9	61,5

Champ : France entière.

Sources : Données CNAMTS, RSI et MSA.

CHAMP • France métropolitaine, population de patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges. La couverture géographique du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) s'étend progressivement : 4 régions exhaustives en 2002, 7 en 2003, 9 en 2004 et 13 en 2005.

SOURCES • Les données d'incidence de l'IRTT viennent du registre du REIN pour la dialyse et du système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe pré-emptive. Dénominateur : population couverte par le registre dont sont issus les cas (statistiques démographiques de l'INSEE).

LIMITES ET BIAIS • La population des régions couverte par le REIN est plus âgée que la population nationale. L'extension progressive du registre impose de s'intéresser dans un premier temps aux variations des taux standardisés. La comparaison dans le temps doit tenir compte du fait que les régions considérées ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre.

RÉFÉRENCES •

- <http://www.agence-biomedecine.fr/> pour les données annuelles du REIN entre 2002 et 2004.
- <http://www.era-edta.org/> pour les données européennes.

CHAMP • Mise en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique (code CIM10 N18) – France entière.

SOURCES • Données MSA, RSI et CNAMTS.

LIMITES ET BIAIS • Biais potentiellement très important, non quantifié à ce jour. L'ALD 19 a pour libellé «néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif». Les malades relevant de cette ALD ne présentent donc pas tous une insuffisance rénale chronique. L'introduction du code CIM 10 N18 correspondant au libellé «insuffisance rénale chronique», et sous réserve des pratiques de codage (plutôt dans le sens d'une sous-déclaration), est sensé permettre de mieux identifier la population des IRC. Mais un volume non quantifié de malades diabétiques ou hypertendus, déjà en ALD 8 ou 12 avant le passage en IRC et ne sont pas forcément reclassés, or ces catégories de malades sont susceptibles de déterminer des variations importantes des taux.

Insuffisance rénale chronique et qualité de vie (1)

L'objectif préconisé par la loi relative à la santé publique est de **réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse.**

Les contraintes associées au traitement de l'insuffisance chronique terminale par la dialyse sont particulièrement lourdes et entachent la qualité de vie des patients. En outre, les personnes transplantées, même si les bénéfices apportés par la greffe sont considérables, restent soumises à des traitements ayant des effets secondaires importants. Une étude spécifique sur la qualité de vie a été réalisée en 2005 chez les dialysés en utilisant le registre du REIN comme base d'échantillonnage (étude QVREIN). Deux indicateurs complémentaires sont accessibles : le temps d'accès moyen au centre de dialyse et la durée médiane d'attente avant greffe, afin de tenter d'approcher la qualité de vie des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Score de qualité de vie des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale sous dialyse

SF36

Le SF36 est un questionnaire validé permettant de mesurer du point de vue des individus eux-mêmes, leur état de santé (santé perçue ou ressentie) et son retentissement sur la vie quotidienne. Il est communément assimilé à un outil de mesure de la *qualité de vie* (liée à la santé). Le SF36 explore 8 dimensions qui peuvent être résumées en 2 scores : score résumé physique et score résumé psychique. Plus le score est élevé (proche de 100) meilleure est la qualité de vie.

Les comparaisons de la population dialysée (étude QVREIN) et de la population générale (enquête décennale santé) par sexe et groupe d'âge montrent que les scores moyens aux différentes dimensions du SF36 sont toujours inférieurs chez les patients dialysés, en particulier dans les dimensions à composantes physiques. Ces différences tendent à diminuer avec l'âge, mais restent importantes. Respectivement 30 % et 20 % des dialysés ont une *qualité de vie très altérée*¹ pour les scores résumés physique et mental et 76 % ont au moins un score inférieur au seuil qui définit une *qualité de vie très altérée* pour l'une des 8 dimensions du SF36.

Les femmes dialysées déclarent une moins bonne *qualité de vie* que les hommes dans presque toutes les dimensions du SF 36, à l'exception des dimensions des limitations dues à

l'état mental et physique et de la vie et de la relation avec les autres. Les scores diminuent fortement avec l'âge en particulier dans les dimensions à composante physique (fonctionnement physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques et santé générale), chez les hommes comme chez les femmes (tableau 1).

Les facteurs associés à de meilleurs scores de *qualité de vie*, en particulier sur les dimensions du SF36 explorant le bien-être physique, sont l'absence de comorbidités notamment cardiovasculaires, et un taux d'albuminémie > 35 g/l. L'absence de handicaps (en particulier ceux classiquement décrits comme complications du diabète : cécité, amputation des membres inférieurs) est également associée à des scores plus élevés. L'ancienneté de la maladie rénale en phase terminale joue un rôle important sur la qualité de vie dans sa composante mentale : les patients dialysés depuis 1 an ou moins ont de meilleurs scores que ceux mis en dialyse depuis plus de 6 ans. Par ailleurs, les patients en auto-dialyse, dialyse médicalisée ou à domicile, déclarent une meilleure qualité de vie que ceux dialysés en centre lourd ou ambulatoire même si ces différences ne sont pas significatives (sauf pour la dimension « vitalité »).

KDQoL

Le KDQoL est un outil destiné à mesurer spécifiquement les répercussions de la maladie rénale et de son traitement sur la vie quotidienne des malades¹. Comme pour le SF36, les femmes ont de moins bons scores que les hommes (sauf pour la dimension « effets de la

Tableau 1 • *Qualité de vie** des insuffisants rénaux chroniques traités par dialyse, par sexe et par classes d'âge

	Femmes				Hommes			
	18-44 ans (N = 35)	45-64 ans (N = 84)	65-74 ans (N = 101)	75 ans et + (N = 116)	18-44 ans (N = 43)	45-64 ans (N = 150)	65-74 ans (N = 130)	75 ans et + (N = 170)
SF36								
Fonctionnement physique	58,6	51,1	40,2	30,8	77,4	58,9	50,1	44,3
Limitations dues à l'état physique	40,2	36,4	31,1	29,0	51,4	42,1	31,4	26,1
Douleurs physiques	49,8	49,0	40,4	40,2	60,0	56,2	52,7	49,0
Santé mentale	54,4	51,6	51,5	53,0	54,7	56,3	60,3	57,9
Limitations dues à l'état mental	54,5	45,5	31,1	36,6	55,0	46,8	37,8	32,6
Vie et relation avec les autres	55,0	59,2	55,9	55,5	57,8	61,7	62,6	57,4
Vitalité	42,3	39,1	34,4	32,9	46,3	42,0	40,7	35,5
Santé générale	45,6	39,1	37,5	36,0	46,5	40,9	43,5	42,7
Score résumé physique	38,7	36,2	33,4	29,8	44,6	38,9	36,3	34,5
Score résumé mental	40,1	40,0	38,9	41,0	39,3	40,9	42,5	41,0
KDOqL								
Symptômes/problèmes	66,5	65,5	66,6	66,8	73,0	70,8	69,2	69,2
Effets de la maladie rénale	52,6	48,8	54,4	55,4	53,4	51,5	55,9	57,4
Fardeau de la maladie rénale	37,9	33,0	32,6	31,9	36,2	37,4	38,3	37,7

Sources : Étude QVREIN Volet dialyse 2005-2006.

Champ : Voir encadré méthodologique.

*Les nombres indiqués dans le tableau correspondent à des moyennes.

Tableau 2 • Modalités de transport des malades en hémodialyse au 31/12/2005 selon la région de traitement

	Effectif	Ambulance (%)	VSL/Taxi (%)	Autre (%)
Basse-Normandie	284	36,3	59,2	4,6
Bourgogne	605	10,1	85,0	5,0
Centre	1 211	11,8	87,2	1,0
Champagne-Ardenne	568	7,0	92,8	0,2
Languedoc-Roussillon	1 287	13,4	86,3	0,2
Limousin	304	4,6	94,7	0,7
Lorraine	694	14,3	83,0	2,7
Midi-Pyrénées	1 008	10,7	87,8	1,5
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	2 545	4,4	56,0	0,2
Ensemble	8 506	21,8	77	1,2

Champ : France métropolitaine (cf. encadré méthodologique).

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

Tableau 3 • Durée du trajet simple pour les malades en hémodialyse au 31/12/2005 (hors domicile), selon la région de traitement

	Effectif	Moyenne	Écart type	Médiane	Min	Max	% de malades ayant un trajet > 45 min
Basse-Normandie	325	23,6	14,8	20	1	80	6,8
Bourgogne	608	28,1	17,0	25	3	95	12,3
Centre	1 216	22,8	15,1	20	1	90	8,4
Champagne-Ardenne	540	32,5	20,8	30	5	90	20,7
Languedoc-Roussillon	1 244	26,3	17,5	20	5	120	9,0
Limousin	296	35,0	21,8	30	5	120	26,4
Lorraine	109	27,9	21,6	15	5	110	18,4
Midi-Pyrénées	840	24,3	18,9	20	2	150	11,3
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	827	23,2	13,3	20	1	120	4,5
Ensemble	6 005	25,9	17,5	20	1	150	10,9

Champ : France métropolitaine (cf. encadré méthodologique).

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

CHAMP • 832 patients de 67 ans en moyenne en insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse depuis au moins 1 an dans 8 des régions participant au système REIN (Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes).

SOURCES • Données de l'étude QVREIN « Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale ». Volet dialyse 2005. En cours de publication. Données de qualité de vie de l'enquête décennale Santé et soins médicaux, INSEE 2002-2003.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le SF36 est un questionnaire validé permettant de mesurer du point de vue des individus eux-mêmes, leur état de santé (santé perçue ou ressentie) et son retentissement dans la vie quotidienne. Il est communément assimilé à un outil de mesure de la qualité de vie (liée à la santé). Le SF36 explore 8 dimensions selon 2 axes : physique (4 dimensions : Fonctionnement physique, Limitations dues à l'état physique, Douleurs physiques, Santé générale) et mental (4 dimensions : Santé mentale, Limitations dues à l'état mental, Vie et relation avec les autres, Vitalité). Les scores calculés pour chaque dimension correspondent à la moyenne des items renseignés multipliée par le nombre total d'items dans la dimension considérée. Un score est calculé si tous les items qui constituent une dimension sont présents ou si moins de la moitié de ces mêmes items sont absents. Les scores sont normalisés tels que 0 = pire qualité de vie et 100 = meilleure qualité de vie. Des variations de 5 points de ces scores sont considérées comme cliniquement significative. Il est possible de calculer un score résumé physique et un score résumé mental par combinaison linéaire de toutes les dimensions du SF36 et standardisés de telle sorte que la moyenne attendue vaut 50 et l'écart type vaut 10 (valeurs calculées à partir des scores observées en population générale américaine).

Pour chaque dimension du SF36, la qualité de vie d'une personne est définie comme très altérée si le score observé chez cette personne est inférieur au seuil calculé à partir des données observées en population générale (seuil = moyenne moins 2 fois l'écart type).

Le KDOqL permet une mesure de l'impact spécifique de la maladie rénale et de la dialyse en terme de symptômes (= dimension Symptômes et problèmes de santé : crampes, douleurs, démangeaisons, fatigue...), de contraintes dans la vie quotidienne (= dimension Effets de la maladie rénale : restrictions alimentaires, de mobilité, dépendance vis-à-vis du système de soins...) ainsi que les répercussions psychologiques de la maladie (= dimension Fardeau de la maladie rénale : vie trop compliquée, sentiment d'être un poids pour la famille...). Les scores sont calculés et normalisés comme ceux du SF36.

LIMITES ET BIAIS • Échantillon prévalent ; capacité à remplir le questionnaire de QV ; les différences observées dans les régions (caractéristiques des patients, pratiques, politiques de santé mises en place...) rendent difficiles l'interprétation des résultats.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • Épidémiologie et Évaluation Cliniques, CEC CIE6 INSERM, CHU de Nancy.

Insuffisance rénale chronique et qualité de vie (2)

maladie rénale»). En revanche, les scores ne varient pas avec l'âge (sauf pour la dimension «effets de la maladie rénale») ce qui tend à indiquer que les contraintes de ces traitements sont perçues de la même façon à tous les âges (tableau 1). Les répercussions mesurées par la dimension du fardeau de la maladie rénale sont particulièrement lourdes, les scores moyens ne dépassant jamais 40 points. Les facteurs associés à une meilleure *qualité de vie* mesurée par le SF36 sont également retrouvés. L'absence de comorbidités cardiovasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente et les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients sont associés de meilleurs scores.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Temps d'accès moyen au centre de dialyse

D'après les données de 2005 du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) sur les neuf régions pour lesquelles les modalités d'accès et le temps de transport moyen au centre de dialyse étaient connus, la modalité de transport la plus fréquente (77 %) est le véhicule sanitaire léger (VSL) ou le taxi. L'utilisation d'une ambulance par les malades varie de 4,6 % en Limousin à 14,3 % en Lorraine (tableau 2). Ces variations relèvent vraisemblablement plus des caractéristiques des malades pris en charge (sévérité des co-morbidités, âge), de la distribution de l'offre de soins et de la géographie que de variations des pratiques.

La durée médiane d'un trajet pour l'hémodialyse se situe autour de 20 minutes pour l'ensemble des régions. Cependant, entre 9 % des malades en Languedoc-Roussillon et 26 % en

Limousin ont un trajet supérieur à 45 minutes (tableau 3), la durée de trajet la plus élevée étant observée pour les centres lourds (tableau 4).

Durée médiane d'attente avant greffe

Pour les cohortes de malades inscrits entre 1999 et 2005, la durée médiane d'attente avant greffe est de 16,1 mois, avec un intervalle de confiance (à 95 %) allant de 15,6 à 16,6 mois. La durée médiane d'attente avant greffe varie avec le groupe sanguin, l'inter-région d'inscription et l'équipe de greffe (tableau 5).

Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, la durée d'attente s'est allongée avant greffe, passant de 13,4 mois pour la cohorte des malades inscrits entre 1993 et 1995 à 16,6 mois pour la cohorte 2002-2005. Le constat de

disparités d'accès à la greffe, la possibilité d'optimiser la qualité de l'appariement en âge et en HLA² entre donneur et receveur, ainsi que la nécessité de mieux gérer les difficultés d'accès à la greffe des malades immunisés ont conduit l'Agence de la Biomédecine à promouvoir une modernisation de l'ensemble du système de répartition des greffons. Le renforcement significatif des moyens du prélèvement et les efforts réalisés par les régions les plus en retard sont également susceptibles d'atténuer les disparités notées d'une région à l'autre et accumulées au cours du temps. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS ET AGENCE DE LA BIOMÉDECINE. Mise à jour de la fiche juillet 2007.

1. Voir encadré méthodologique.

2. *Human leucocytes antigens*: antigènes (ou marqueurs) des leucocytes humains.

synthèse

La qualité de vie des patients dialysés apparaît très altérée par rapport à celle de la population générale, et de façon plus marquée dans les dimensions à composante physique. Certains facteurs ont une influence positive sur la qualité de vie : l'absence de comorbidités cardiovasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente, les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients et une albuminémie supérieure à 35 g/l sont des facteurs associés de meilleurs scores de qualité de vie.

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'inter-région d'inscription et de l'équipe de greffe.

Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, une augmentation significative de cette durée d'attente avant greffe a été observée : 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.

Tableau 4 • Durée du trajet simple pour les malades en hémodialyse au 31/12/2005 (hors domicile), selon la modalité de traitement

	Durée du trajet simple en minutes						% de malades ayant un trajet > 45 minutes
	Effectif	Moyenne	Écart-type	Médiane	Min	Max	
Centre-lourd	3 667	27,1	18,1	20	1	150	12,5
Unité-dialyse-médicalisée	574	29,9	19,9	25	3	120	16,9
Autodialyse	1 590	22,3	14,5	20	1	120	5,4
Entraînement	172	21,4	16,1	16	3	90	6,4

Champ : France métropolitaine (cf. encadré méthodologique).

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

Tableau 5 • Durées d'attente avant greffe par inter-région, groupe sanguin, âge et taux d'anticorps anti-HLA, des malades inscrits à partir du 1^{er} janvier 1999 sur la liste d'attente de greffe de rein

	Effectif	1 ^{er} quantile, 25 des inscrits séjournent en liste d'attente moins de : mois (IC)	Médiane, 50% des inscrits séjournent en liste d'attente moins de : mois (IC)	3 ^e quantile, 75 des inscrits séjournent en liste d'attente moins de : mois (IC)
Globale	18 305	5,4 (5, 2-5, 6)	16,1 (15,6-16,6)	39,6 (38,7-41,0)
Interrégion				
Nord	1 480	3,5 (3,1-3,9)	9,0 (8,2-9,9)	21,8 (19,9-24,1)
Est	1 880	3,5 (3,3-3,9)	8,8 (8,3-9,3)	20,3 (19,0-21,5)
Centre Est/La Réunion	2 990	6,7 (6,1-7,3)	19,6 (18,3-20,5)	43,6 (40,6-47,0)
Ouest	3 845	3,5 (3,3-3,7)	9,5 (8,8-10,1)	27,7 (25,2-29,6)
Île-de-France/Centre/Les Antilles	4 909	9,9 (9,3-10,7)	28,5 (27,2-29,7)	60,5 (57,0-62,9)
Sud	3 201	7,6 (7,1-8,1)	20,5 (19,3-21,6)	40,4 (38,7-41,9)
Groupe sanguin				
A	7 603	3,8 (3,6-4,1)	10,5 (10,1-10,9)	26,6 (25,5-27,6)
AB	706	3,5 (3,1-4,0)	10,0 (9,0-11,2)	25,1 (19,4-28,7)
B	2 179	8,9 (7,8-9,7)	25,9 (24,0-28,5)	58,6 (51,5-64,0)
O	7 817	7,8 (7,4-8,2)	22,7 (21,8-23,6)	52,0 (50,4-55,0)
Taux d'anticorps anti-HLA				
< 5 %	15 327	4,8 (4,7-5,0)	13,8 (13,4-14,3)	34,7 (33,6-35,8)
6 %-79	2 181	13,1 (12,0-14,4)	34,1 (31,5-37,1)	69,6 (65,6-75,9)
≥ 80	797	10,8 (9,2-12,7)	28,4 (25,5-31,0)	60,6 (52,3-74,4)

Champ : France métropolitaine (cf. encadré méthodologique).

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

CHAMP • France métropolitaine, population de patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges (traités hors domicile). La couverture géographique du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) s'étend progressivement : 4 régions exhaustives en 2002, 7 en 2003, 9 en 2004 et 13 en 2005.

SOURCES • Registre du REIN (données de prévalence 2005) pour la dialyse et système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives. En 2005, les données étaient exploitables dans neuf régions pour le temps d'accès moyen au centre de dialyse.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • La durée médiane d'attente avant greffe est mesurée pour les malades inscrits en liste d'attente à partir d'une date donnée (inscrits « incidents ») en utilisant la méthode de Kaplan Meier avec censure des sorties de liste d'attente pour un motif autre que la greffe.

LIMITES ET BIAIS • La population des régions couverte par le REIN est plus âgée que la population nationale. De plus, la proportion de données manquantes est importante (27% pour la variable « modalité de transport » et 38% pour la variable « durée de trajet »). La représentativité des données est discutée et la généralisation des résultats France entière doit être prudente.

RÉFÉRENCES •

- <http://www.agence-biomedecine.fr/> pour les données annuelles du REIN entre 2002 et 2004.

Ostéoporose

En France, 25 % des femmes de 65 ans et plus et 50 % des femmes de 80 ans et plus seraient atteintes d'ostéoporose. On ne dispose pas d'estimation en population masculine. La loi relative à la santé publique prévoit de **réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur en 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus)**. L'ostéoporose est une maladie « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle et le diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Près de 90 % des femmes et 70 % des hommes qui présentent une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) sont âgés de 70 ans et plus 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 : il est lié d'une part à l'acte chirurgical, mais aussi aux complications de l'acte. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de séjours pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)

En 2005, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, un peu plus de 75 000 séjours motivés par une fracture du col du fémur (tableaux 1 et 2). Ces séjours ont concerné un peu plus 71 000 patients différents (tableau 2). Le nombre de séjours est proche du nombre de patients. En effet, 94,5 % d'entre eux n'ont effectué dans l'année qu'un seul séjour hospitalier pour fracture du col du fémur et 5 % en ont compté deux.

Il s'agit dans près de huit cas sur dix de femmes, plus nombreuses dans la population générale avec l'avancée en âge à âge égal, plus fréquemment atteintes que les hommes par l'ostéoporose. Elles représentent les deux tiers des patients hospitalisés entre 65 et 74 ans, 77 % des 75-84 ans et 83 % des 85 ans ou plus (tableau 2).

En nombre de séjours, les taux bruts d'hospitalisation tous âges ont atteint, en 2005, 98 pour 10 000 femmes et 40 pour 10 000 hommes. En termes de nombre de patients, ils étaient, respectivement, de 93 et 37, valeurs sensiblement plus élevées que celles envisagées par l'objectif. Ils sont, dans tous les groupes d'âges, environ deux fois plus importants pour les femmes (tableau 2). Les taux standardisés d'hospitalisation (tous âges) ont décru, en moyenne, entre 1997 et 2005, d'environ 1 % par an pour les hommes et 1,4 % pour les femmes (tableau 1).

Les variations régionales des taux standardisés d'hospitalisation sont relativement faibles. Pour vingt régions l'écart est de moins de 13 % par rapport au taux national. Les Antilles enregistrent, quant à elles, des taux très inférieurs au taux national (-59 % en Martinique et -63 %

en Guadeloupe pour le total deux sexes). À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs (respectivement +20 % et +41 % pour les deux sexes) (tableau 3). Le classement de ces quatre régions est le même pour les hommes et les femmes mais avec des écarts un peu différents de la moyenne nationale. En revanche, en Guyane et à La Réunion, le taux standardisé d'hospitalisation des femmes est sensiblement plus bas que le taux national (respectivement -53 % et -33 %) tandis que celui des hommes s'en rapproche (respectivement -7 % et -2 %).

Cet indicateur n'est pas utilisé dans les bases internationales, les comparaisons européennes n'étant pas disponibles. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche août 2007.

synthèse

Les fractures du col du fémur ont motivé un peu plus de 75 000 séjours hospitaliers en MCO en 2005 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces séjours ont concerné des femmes dans près de huit cas sur dix. Les taux standardisés d'hospitalisation ont décru, en moyenne, entre 1997 et 2005, d'environ 1 % par an pour les hommes et 1,4 % pour les femmes. Les Antilles enregistrent des taux standardisés d'hospitalisation très inférieurs à la moyenne nationale. À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs.

Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe
Personnes âgées de 65 ans ou plus 1997-2005

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 10 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 10 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1997	15 400	58 400	73 800	42,0	106,8	80,7	41,8	79,9	66,7
1998	15 200	58 400	73 600	40,5	105,2	79,1	40,3	78,5	65,1
1999	15 700	59 300	75 000	41,3	105,5	79,6	40,8	78,7	65,4
2000	15 500	59 200	74 700	40,1	104,0	78,1	39,5	77,1	63,9
2001	16 100	60 400	76 500	41,0	104,8	78,9	40,1	77,3	64,3
2002	16 300	59 900	76 200	40,7	102,9	77,6	39,8	75,6	63,1
2003	16 100	58 700	74 800	39,8	99,8	75,3	38,8	73,3	61,3
2004	15 900	58 200	74 100	38,8	98,2	73,9	37,7	71,9	59,9
2005	16 600	58 800	75 400	39,7	98,2	74,2	38,4	71,2	59,7

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Tableau 2 • Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe et l'âge - Personnes âgées de 65 ans ou plus

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
65 à 74 ans	3 300	6 600	9 900
75 à 84 ans	7 600	25 100	32 700
85 ans ou plus	5 700	27 100	32 800
Total 65 ans ou plus	16 600	58 800	75 400
Taux brut d'hospitalisation pour 10 000			
65 à 74 ans	13,9	23,2	19,0
75 à 84 ans	50,4	106,5	84,7
85 ans ou plus	185,2	338,8	296,2
Total 65 ans ou plus	39,7	98,2	74,2
Nombre de patients			
65 à 74 ans	3 100	6 200	9 300
75 à 84 ans	7 100	23 700	30 800
85 ans ou plus	5 400	25 600	31 000
Total 65 ans ou plus	15 600	55 500	71 100
Taux brut d'incidence ayant entraîné une hospitalisation pour 10 000			
65 à 74 ans	13,1	21,9	17,9
75 à 84 ans	47,5	100,1	79,7
85 ans ou plus	174,6	320,0	279,7
Total 65 ans ou plus	37,4	92,6	69,9
Taux standardisé d'incidence ayant entraîné une hospitalisation pour 10 000			
Total 65 ans ou plus	36,2	67,1	56,3

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Tableau 3 • Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon la région de résidence - personnes âgées 65 ans ou plus

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 10 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 10 000
Ile-de-France	9 900	69,6	54,0
Champagne-Ardenne	1 700	77,4	63,3
Picardie	2 000	71,9	61,4
Haute-Normandie	1 700	63,7	52,1
Centre	3 200	71,0	55,5
Basse-Normandie	1 700	64,7	53,2
Bourgogne	2 600	81,6	63,4
Nord-Pas-de-Calais	4 100	70,7	60,8
Lorraine	2 800	73,6	63,9
Alsace	2 100	80,7	71,5
Franche-Comté	1 440	76,5	62,5
Pays de la Loire	3 900	67,6	54,5
Bretagne	3 900	69,4	58,4
Poitou-Charentes	2 700	77,8	60,7
Aquitaine	4 700	79,2	62,3
Midi-Pyrénées	4 300	81,7	63,5
Limousin	1 330	79,8	60,5
Rhône-Alpes	7 100	78,0	63,4
Auvergne	1 900	72,8	57,9
Languedoc-Roussillon	3 900	81,0	65,0
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7 300	82,4	63,9
Corse	560	106,2	83,9
Guadeloupe	130	26,1	22,1
Martinique	150	28,7	24,3
Guyane	30	38,1	34,5
La Réunion	260	46,6	44,7
France entière	75 400	74,2	59,7

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, Atih, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 S720 à S722 en diagnostic principal et les séjours comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur même s'ils ne mentionnaient pas de diagnostic de fracture du col du fémur ; un décompte des patients concernés a toutefois été réalisé pour 2005 et les taux d'incidence ayant entraîné une hospitalisation reposent alors sur l'hypothèse qu'en cas de séjours multiples dans l'année, ils concernent tous une seule fracture du col du fémur ; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans

L'objectif de la loi de santé publique est de **réduire de 30 % d'une part, l'indice CAO¹ mixte moyen à l'âge de 6 ans c'est-à-dire de passer de 1,7 à 1,2 en 2008, et d'autre part l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans c'est-à-dire de passer de 1,94 à 1,40 en 2008.**

L'indice CAO est l'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé buccodentaire le plus couramment utilisé au niveau international. L'indice CAO moyen est la moyenne qui résulte du nombre total de dents, Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement, d'une population donnée rapportée au nombre de personnes examinées. L'indice CAO mixte moyen est établi en tenant compte des dents temporaires et permanentes de l'enfant.

L'objectif a été quantifié par comparaison avec les données disponibles dans d'autres pays d'Europe, en particulier les pays du Nord, dont les indices CAO sont à l'âge de 12 ans très proches de 1. Les âges de 6 et 12 ans ont été choisis car ils sont marqués par deux étapes importantes de la poussée dentaire : 6 ans est l'âge moyen d'éruption de la première molaire permanente ; 12 ans est l'âge moyen de l'éruption de la 2^e molaire permanente et c'est aussi l'âge auquel les dents définitives sont en place, à l'exception cependant des dents de sagesse. En outre, le CAO à l'âge de 12 est l'indicateur de santé bucco-dentaire le plus couramment utilisé au niveau international.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Distribution des indices «CAO mixte» pour les enfants de 6 ans et «CAO» pour les enfants de 12 ans

Depuis 1998, l'état de santé bucco-dentaire des enfants continue à s'améliorer de façon significative (tableau 1) : à l'âge de 12 ans, l'indice CAO (ou indice carieux), représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées par enfant) qui était de 4,20 en 1987 et de 1,94 en 1998 est désormais, en 2006, de 1,23. La proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie (CAO = 0), qui était de 12 % en 1987 et de 40 % en 1998, atteint désormais 56 %. À l'âge de 6 ans, l'indice carieux est passé de 3,73 en 1987 à 1,38 en 2006 et le taux d'enfants totalement indemnes de carie est estimé à 63 %.

Le recul de la prévalence de la carie s'inscrit dans une tendance générale observée dans de nombreux pays développés. Cette évolution est probablement le résultat de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires...).

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restent marquées en 2006 :

→ à 12 ans, 6 % des enfants non-indemnes cumulent 50 % des dents atteintes et 20 % cumulent 72 % des dents atteintes ;

→ les enfants d'agriculteurs (CAO moyen = 1,42), d'ouvriers (CAO moyen = 1,55), d'inactifs (CAO moyen = 1,60), de même que les enfants scolarisés en ZEP (CAO moyen = 1,49) ou en zone rurale (CAO moyen = 1,59) sont plus significativement atteints (tableau 2).

Globalement, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser : en 1998, un enfant de 12 ans à traiter (33 % des enfants) avait en moyenne un besoin de soins pour 2,3 dents permanentes ; en 2006, la moyenne est encore de 2,1 dents (23,1 % des enfants). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Date de rédaction de la fiche septembre 2007.

1. L'indice CAO = C + A + O, dans lequel C est le nombre de dents cariées, A est le nombre de dents absentes pour cause de carie et O est le nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée.

synthèse

L'objectif quantifié fixé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, est atteint en 2006. En 2006, l'indice CAO mixte moyen est estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans. Cette évolution est probablement le résultat de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires...).

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restent marquées en 2006. Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale sont plus significativement atteints. Par ailleurs, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser.

Tableau 1 • Évolution de l'indice carieux (CAO) et de la proportion d'enfants indemnes de caries entre 1987 et 2006, à 6 ans et 12 ans

	1987	1998	2006
Valeur du CAO moyen			
moyen mixte à 6 ans	3,73	-	1,38
à 12 ans	4,2	1,94	1,23
% d'enfants indemnes de caries			
à 6 ans (coCAO = 0)	30	-	63,4
à 12 ans (CAO = 0)	12	40	56,0

Champ : France métropolitaine.

Sources : UFSBD – DGS.

Tableau 2 • Évolution chez les enfants de 12 ans de l'indice carieux entre 1998 et 2006, par PCS des parents, zone géographique et secteur éducatif

	Indice CAO		CAO = 0 (1)(%)	
	1998	2006	1998	2006
PCS				
Agriculteurs	2,40	1,42	33,3	45,0
Commerçants	1,87	1,15	38,2	55,7
Cadres supérieurs	1,46	0,90	47,2	67,0
Professions intermédiaires	1,71	1,21	43,2	56,9
Employés	1,86	0,97	42,9	60,7
Ouvriers	2,32	1,55	31,6	50,3
Autres (3)	2,43	1,60	29,7	42,5
Zone géographique				
Zones rurales	2,12	1,59	36,1	48,1
Petites agglomérations (2)	2,16	1,16	35,2	58,1
Grandes agglomérations (2)	1,82	1,21	41,2	56,2
Secteur				
Hors ZEP	-	1,18	-	57,3
ZEP	-	1,49	-	48,5
Total	1,94	1,23	39,2	55,9

(1) Proportion d'enfants « totalement indemnes de carie ».

(2) Petites agglomérations : < 20 000 habitants ; grandes agglomérations : ≥ 20 000 habitants.

(3) Chômeurs n'ayant jamais travaillé et inactifs (autres que retraités).

Champ : France métropolitaine.

Sources : UFSBD – DGS.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Enquêtes effectuées, en 1987, 1998 et 2006, par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) à la demande de la direction générale de la santé (DGS). Ces enquêtes, réalisées à partir des fichiers de l'Éducation nationale sur des échantillons représentatifs nationaux, décrivent la prévalence de la carie dentaire chez les enfants de 6 et 12 ans ainsi que la répartition de cette pathologie selon le sexe, la catégorie socioprofessionnelle des parents et le type d'établissement scolaire fréquenté (public ou privé, ZEP ou non-ZEP, rural ou urbain). L'enquête de 1998 n'a porté que chez les enfants de 12 ans.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indice CAO moyen est le nombre moyen de dents cariées (C), absentes (A), ou obturées (O) par enfant. L'indice CAO est la somme des trois composantes C, A et O qui ont été recueillies de façon distincte par un chirurgien-dentiste. À 12 ans, on ne prend en compte que les dents permanentes pour mesurer le CAO. À 6 ans, on utilise l'indice CAO mixte (ou coCAO) qui, outre les dents permanentes, prend aussi en compte les dents temporaires (« dents de lait »). Le pourcentage d'enfants indemnes de toute carie correspond au pourcentage d'enfants dont le CAO est égal à zéro.

LIMITES ET BIAIS • Les enfants des DOM et TOM ne sont pas représentés dans les échantillons étudiés. Par ailleurs, les enfants accueillis dans les établissements spécialisés (IME, établissements pour polyhandicapés) étaient également, par construction, absents des échantillons étudiés. Les quelques différences de structure des échantillons entre 1987, 1998 et 2006 pourraient expliquer une petite partie des différences de résultats mesurés en 2006.

RÉFÉRENCES • Patrick Hescot, Edith Roland, 2006, *La santé dentaire en France, enfants de 6 ans et 12 ans*.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD).

Suicides

L'objectif préconisé par la loi relative à la politique de santé publique est de **réduire de 20 % le nombre des suicides et de passer en 2008 à moins de 10 000 décès par an**.

Cet indicateur est basé sur l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM. Un certain nombre de suicides ne sont pas connus à partir de la statistique nationale (cas ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'INSERM ou cas pour lesquels l'intention de la mort violente est restée indéterminée). Cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 20 % pour les données nationales. Cependant, ce biais reste relativement stable et les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction (voir Référence).

L'indicateur complémentaire que constitue l'incidence des tentatives de suicides (ou des récidives), n'a pas été retenu du fait du manque de données existantes et des difficultés de définition et de mesure.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Effectif et taux de décès par suicide en population générale

En 2004, on a enregistré 10 803 décès par suicide en France. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 20 %, ce nombre serait après correction de 12 900 décès.

Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 855 et 2 948), ce qui correspond à des taux de décès standardisés par âge de 25,0 et 8,6 pour 100 000 (taux de décès multiplié par 3 chez les hommes). Le taux de décès augmente fortement avec l'âge (7,9 pour 100 000 entre 15 et 24 ans et 35,0 après 74 ans). Par contre, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès et constitue la 2^e cause de décès après les accidents de la circulation (à partir de 65 ans, le suicide représente moins de 1,5 % du total des décès).

Les taux de décès ont tendance à baisser dans le temps (entre 1990 et 2004, -14 % chez les hommes et -16 % chez les femmes). Cette diminution concerne davantage les populations âgées que les jeunes.

Les taux de décès varient fortement selon les régions (tableau 1). Les taux¹ les plus élevés s'observent en Bretagne (taux supérieur de plus de 50 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine), puis viennent le Limousin, la Basse-Normandie, le Poitou-Charentes, la Picardie, le Nord Pas-de-Calais,

le Centre (taux supérieurs de plus de 20 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine) et les Pays de la Loire, l'Auvergne, la Franche-Comté, la Haute-Normandie, la Lorraine (taux supérieurs de plus de 10 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine). Les taux les plus bas s'observent en Île-de-France et en Alsace (taux inférieurs de plus de -20 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine) puis en Midi-Pyrénées et dans la région Rhône-Alpes (taux inférieurs de plus de -10 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine).

Entre 2000-2002 (période de référence) et 2004, les taux de décès ont tendance à stagner quel que soit le sexe, à l'exception des plus âgés (diminution d'environ -20 % chez les plus de 75 ans) (tableau 2 et graphique 1).

Les modes de décès les plus fréquents sont les pendaisons (45 %), les armes à feu (15 %), les prises de médicaments (16 %) et les sauts d'un lieu élevé (8 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, les modes les plus utilisés sont la pendaison (50 %) et les armes à feu (19 % des suicides). Pour les femmes, deux modes sont prépondérants avec une fréquence équivalente : la pendaison (30 %) et la prise de médicaments (30 %). 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).

En Europe (25 pays), le taux standardisé de décès par suicide est de 9,9 pour 100 000 habitants. La France se situe dans le groupe

des pays européens à taux élevés de suicide (après les pays de l'Est, la Belgique et la Finlande) (graphique 2). Cependant les comparaisons internationales posent des difficultés du fait de différences éventuelles dans la qualité et l'exhaustivité des déclarations. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-CépiDc.
Mise à jour de la fiche juillet 2007.

1. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat IARC – 1976).

2. Voir note sur la sous-déclaration en bas du tableau 1.

synthèse

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. Ils ont diminué de 1990 à 2004.

Au sein de l'Europe des 25, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide.

Tableau 1 • Taux standardisés de décès par suicide par régions, tous âges, 2004, deux sexes

Région	Taux standardisés*	Variations régionales** (%)	Variations entre 2004 et 2000-2002*** (%)
Ile-de-France ¹	8,2	-50	-7
Champagne-Ardenne	17,4	7	-7
Picardie	21,0	29	2
Haute-Normandie	18,6	14	-8
Centre	20,0	23	1
Basse-Normandie	22,2	37	2
Bourgogne	17,7	9	-12
Nord Pas-de-Calais	20,8	28	-2
Lorraine	18,0	11	27
Alsace	11,7	-28	-3
Franche-Comté	18,8	15	-7
Pays de la Loire	19,1	17	-9
Bretagne	26,5	63	0
Poitou - Charentes	21,1	30	6
Aquitaine	15,6	-4	-5
Midi-Pyrénées	14,3	-12	12
Limousin	22,6	39	9
Rhône-Alpes	14,2	-12	-4
Auvergne	18,8	16	-6
Languedoc-Roussillon	16,8	3	-2
Prov.-Alpes-Côte-d'Azur	15,2	-7	2
Corse	17,5	8	31
France métropolitaine	16,3	0	-1

* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge (population Eurostat IARC – 1976).

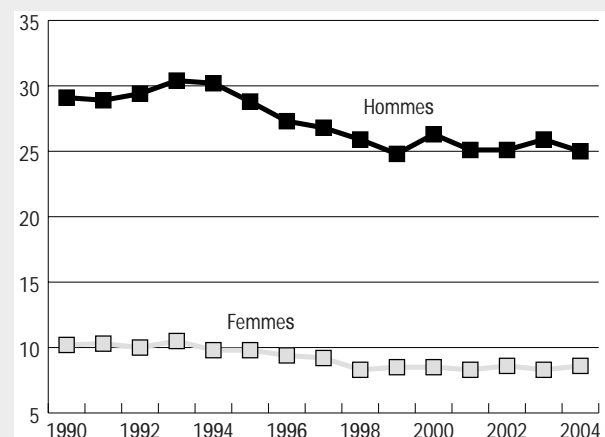
** Variation régionale = (Taux régional – Taux France métropolitaine) / Taux France métropolitaine – à partir des taux standardisés.

***Variation temporelle = (taux standardisé 2004 – Taux standardisé moyen 2000-2002) / (Taux standardisé moyen 2000-2002).

1. Les taux observés en Ile-de-France doivent être interprétés avec prudence pour des comparaisons régionales, du fait d'une sous-déclaration importante liée à l'absence de transmission de l'institut médico-légal de Paris.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Graphique 1 • Taux de décès par suicide de 1990 à 2004 selon le sexe*

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (réf. : pop Eurostat).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 15 ans et plus.

SOURCES • INSERM-CépiDc.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (EUROSTAT-population Europe IARC 1976). Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM9-E950-E959 jusqu'en 1999 et CIM10 X60-X84 et Y87.0 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des effectifs de suicides d'environ 20%.

RÉFÉRENCES •

- Jouglia E., Pequignot F., Chappert J.-L., Rossolin F., Le Toullec A., Pavillon G., 2002, « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Rev Epidemiol Santé Publique*; 50(1) : 49-62.
- Jouglia E., Pequignot F., Le Toullec A., Bovet M., Mellah M., 2003, « Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide », *Actualité et dossier en santé publique*, 45; décembre : 31-34.

Tableau 2 • Effectifs et taux de décès par suicide en 1990 et 2004 selon le sexe et la classe d'âge

Âge	Sexe	Année	Effectif	Taux de décès*	Var 2004-1990** (%)	Var 2004-2000*** (%)
> 15-24 ans	M	1990	607	14,1		
		2000	471	12,1		
	F	2004	486	12,2	-13	0
		1990	184	4,4		
> 25-74 ans	M	2000	137	3,6		
		2004	135	3,5	-21	-4
	F	1990	6116	37,5		
		2000	6143	35,1		
> 74 ans	M	2004	6121	34,0	-9	-3
		1990	2375	14,0		
	F	2000	2237	12,2		
		2004	2349	12,5	-10	3
Tous âges	M	1990	1441	105,9		
		2000	1326	86,6		
		2004	1233	70,4	-33	-19
		1990	661	25,6		
	F	2000	492	17,7		
		2004	459	14,9	-42	-16
	T	1990	8178	29,1		
		2000	7975	26,3		
		2004	7855	25,0	-14	-5
		1990	3225	10,2		
		2000	2874	8,5		
		2004	2948	8,6	-16	1
		1990	11403	19,0		
		2000	10849	16,8		
		2004	10803	16,3	-14	-3

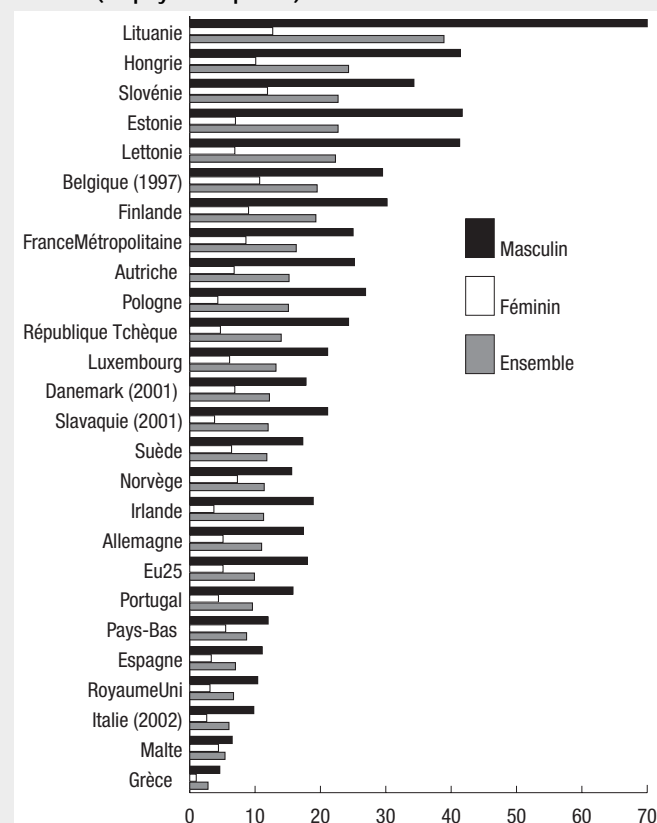
* Taux de décès pour 100 000 et taux standardisés selon pop Eurostat pour les décès tous âges.

** (Taux 2004 – Taux 1990) *100/Taux 1990.

*** (Taux 2004 – Taux 2000) *100/Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Graphique 2 • Taux standardisés de décès par suicide* en 2004 (25 pays européens)

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (réf. : pop Eurostat) ; codes CIM10 : X60-X84.

Champ : 25 pays de l'Union européenne.

Sources : Eurostat.

Accidents de la vie courante chez les enfants et les adolescents

L'objectif préconisé par la loi de santé publique est de **réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante (AcVC) des enfants de moins de 14 ans en 2008**. L'objectif a été exprimé toutes causes d'accident confondues et en termes de mortalité plutôt que d'incidence ou de séquelles compte tenu des limites des données actuellement disponibles. Cet objectif porte sur les traumatismes non intentionnels consécutifs aux AcVC touchant les enfants de moins de 14 ans. Les décès sont présentés selon l'âge (moins de 1 an, 1-4 ans, 5-14 ans) et le sexe. Ces accidents regroupent les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs et sont répartis en chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu, et autres accidents, à l'exclusion des accidents de la circulation. Les données de mortalité sont fournies à partir de 2000, première année d'utilisation en France de la 10^e version de la Classification internationale des maladies (CIM10).

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

En 2004, 280 enfants de moins de 15 ans sont décédés d'un accident de la vie courante (AcVC) en France métropolitaine (2,5/100 000), parmi lesquels 176 garçons (3,1/100 000) et 104 filles (1,9/100 000) (tableau 1). On a observé ainsi une surmortalité masculine (sex-ratio = 1,6). Les taux de décès par AcVC les plus élevés ont été observés chez les enfants de moins de 1 an : 7,2/100 000 (55 décès), supérieurs aux taux de 1 à 4 ans : 4,3/100 000 (133 décès), et de 5 à 14 ans : 1,2/100 000 (92 décès).

Les disparités régionales sont globalement non significatives (tableau 2).

Les taux de mortalité par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans ont diminué de façon importante depuis 2000 : -23 %. Cette diminution a été plus importante chez les filles (-31 %) que chez les garçons (-17 %). Elle a été de -25 % chez les moins de 1 an, de -15 % chez les 1-4 ans, de -34 % chez les 5-14 ans.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité par type d'accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

La noyade a été en 2004 la première cause de mortalité par AcVC des enfants de moins de 15 ans : 77 enfants sont décédés par noyade (0,69/100 000). Les suffocations ont entraîné 64 décès (0,57/100 000), les accidents par le

feu 38 décès (0,34/100 000), les chutes 33 décès (0,29/100 000), les intoxications 8 décès (0,07/100 000), les autres accidents de cause connue 21 décès (0,19/100 000) et les autres accidents de cause non précisée 39 décès (0,35/100 000). Les causes de décès (noyade, suffocation, chute, etc.) sont très différentes selon l'âge (tableau 3). C'est ainsi que 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. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS
Mise à jour de la fiche juillet 2007.

synthèse

Globalement le taux de mortalité par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans a diminué de près d'un quart entre 2000 et 2004 (-23 %). Cette diminution a 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 %). 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 %). 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.

Tableau 1 • Effectifs des décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accident de la vie courante des enfants de moins de 15 ans, selon le sexe et l'âge, de 2000 à 2004, France métropolitaine

	2000		2001		2002		2003		2004		Var 2004-2000
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	%
Hommes											
< 1 an	42	10,9	39	9,9	28	7,2	41	10,5	29	7,4	-32
1-4 ans	81	5,5	109	7,3	97	6,4	100	6,4	90	5,7	4
5-14 ans	86	2,3	105	2,8	81	2,1	72	1,9	57	1,5	-33
Total	209	3,7	253	4,4	206	3,6	213	3,7	176	3,1	-17
Femmes											
< 1 an	30	8,2	24	6,4	29	7,8	27	7,3	26	7,0	-15
1-4 ans	65	4,6	65	4,6	43	3,0	57	3,8	43	2,9	-38
5-14 ans	54	1,5	44	1,2	30	0,8	31	0,9	35	1,0	-34
Total	149	2,8	133	2,5	102	1,9	115	2,1	104	1,9	-31
Total											
< 1 an	72	9,6	63	8,2	57	7,5	68	9,0	55	7,2	-25
1-4 ans	146	5,1	174	6,0	140	4,7	157	5,2	133	4,3	-15
5-14 ans	140	1,9	149	2,0	111	1,5	103	1,4	92	1,2	-34
Total	358	3,2	386	3,5	308	2,8	328	2,9	280	2,5	-23

Tableau 2 • Effectifs des décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accident de la vie courante des enfants de moins de 15 ans, selon le sexe et par région de résidence, en moyenne annuelle sur les trois années 2002-2004, France métropolitaine

0-14 ans	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Ile-de-France	34	3,0	16	1,5	50	2,2
Champagne-Ardenne	6	5,0	3	2,7	10	3,9
Picardie	9	4,7	3	1,8	12	3,3
Haute-Normandie	6	3,3	2	1,4	8	2,4
Centre	8	3,6	2	1,1	11	2,4
Basse-Normandie	3	2,4	2	1,3	5	1,9
Bourgogne	6	4,4	3	2,5	10	3,5
Nord Pas-de-Calais	18	4,2	12	2,9	30	3,6
Lorraine	6	2,8	1	0,6	7	1,7
Alsace	5	3,1	2	1,4	8	2,3
Franche-Comté	1	0,9	3	3,2	4	2,0
Pays de la Loire	13	3,9	5	1,6	18	2,8
Bretagne	7	2,5	5	2,0	12	2,3
Poitou-Charentes	6	3,9	2	1,7	8	2,8
Aquitaine	9	3,3	7	3,0	16	3,1
Midi-Pyrénées	9	4,0	3	1,5	13	2,8
Limousin	3	5,5	0	0,6	3	3,2
Rhône-Alpes	13	2,2	9	1,7	22	1,9
Auvergne	4	3,3	1	0,6	4	2,0
Languedoc-Roussillon	9	4,0	3	1,6	12	2,8
PACA	18	4,3	15	3,6	33	4,0
Corse	0	1,5	0	0,0	0	0,7
Hors métropole	4		4		9	
France métropolitaine	198	3,5	107	2,0	305	2,7

Note : les différences observées sont globalement non significatives. **Champ** : France métropolitaine. **Sources** : INSERM-CépiDc.

Tableau 3 • Effectifs de décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans, selon le type d'accident et l'âge, 2000 à 2004, France métropolitaine

	2000		2001		2002		2003		2004		Variation 2004-2000 (%)
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	
Chutes (W00-W19)											
< 1 an	5	0,65	2	0,26	2	0,26	7	0,92	2	0,26	42
1-4 ans	10	0,35	26	0,89	13	0,44	18	0,59	21	0,68	
5-14 ans	8	0,11	17	0,23	13	0,18	12	0,16	10	0,14	
Total	23	0,21	45	0,41	28	0,25	37	0,33	33	0,29	
Suffocations (W75-W84)											
< 1 an	43	5,72	34	4,42	30	3,93	40	5,26	33	4,32	-4
1-4 ans	17	0,59	18	0,62	21	0,70	23	0,76	22	0,72	
5-14 ans	6	0,08	10	0,14	14	0,19	8	0,11	9	0,12	
Total	66	0,60	62	0,56	65	0,58	71	0,64	64	0,57	
Intoxications (X40-X49)											
< 1 an	1	0,13	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,13	-21
1-4 ans	5	0,17	3	0,10	4	0,13	6	0,20	2	0,07	
5-14 ans	4	0,05	6	0,08	4	0,05	1	0,01	5	0,07	
Total	10	0,09	10	0,09	8	0,07	7	0,06	8	0,07	
Noyades (W65-W74)											
< 1 an	7	0,93	7	0,91	11	1,44	10	1,31	11	1,44	-32
1-4 ans	60	2,09	63	2,16	60	2,01	73	2,41	47	1,53	
5-14 ans	45	0,60	40	0,54	28	0,38	39	0,53	19	0,26	
Total	112	1,01	110	0,99	99	0,89	122	1,09	77	0,69	
Feu (X00-X09)											
< 1 an	5	0,66	4	0,52	3	0,39	3	0,39	4	0,52	-20
1-4 ans	25	0,87	28	0,96	13	0,44	15	0,49	16	0,52	
5-14 ans	17	0,23	19	0,26	15	0,20	10	0,14	18	0,24	
Total	47	0,42	51	0,46	31	0,28	28	0,25	38	0,34	
Autres, précisés*											
< 1 an	0	0,00	1	0,13	0	0,00	1	0,13	1	0,13	9
1-4 ans	4	0,14	6	0,21	8	0,27	5	0,16	11	0,36	
5-14 ans	15	0,20	19	0,26	13	0,18	11	0,15	9	0,12	
Total	19	0,17	26	0,23	21	0,19	17	0,15	21	0,19	
Autres, non précisés (X58-X59)											
< 1 an	11	1,46	14	1,69	11	1,44	7	0,92	3	0,39	-52
1-4 ans	25	0,83	30	1,03	21	0,71	17	0,56	14	0,46	
5-14 ans	45	0,60	38	0,51	24	0,32	22	0,30	22	0,30	
Total	81	0,73	82	0,74	56	0,50	46	0,41	39	0,35	

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • INSERM-CépiDc : Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès.

CALCUL DE L'INDICATEUR • Nombre de décès obtenus par sélection des codes correspondant aux accidents de la vie courante, en cause principale. Taux de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours)*100 000.

LIMITES ET BIAIS • Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

RÉFÉRENCES •

- Thélot B., Ermanel C., Jouglu E., Pavillon G., 2006, «Classification internationale des maladies: listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France», *BEH*, InVS, n° 42, octobre, p. 323-328.
- Ermanel C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G., 2006, «Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002», *BEH*, n° 42, octobre, p. 328-330, InVS.
- Ermanel C., Thélot B., 2004, «Mortalité par accidents de la vie courante: près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine», *BEH*, n° 19-20, mai, p. 76-78, InVS
- <http://www.cephdc.vesinet.inserm.fr/> et http://www.invs.sante.fr/Dossiers_thematiques/Accidents_de_la_vie_courante.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et InVS
accidents@invs.sante.fr.

* Autres : V90-V94 : accidents de transport par eau; V96 : accidents d'aéronef sans moteur; V98-V99 : accidents de transport, autres et sans précision; W53-W64, X20-X29 : morsures et piqûres; W44, pénétration de corps étranger; W20-W22, W50-W52 : chocs accidentels; W23 : compression; W25-W29, W45 : coupure, perforation; W35-W38 : accidents provoqués par explosion de récipients sous pression; W32-W34 : accidents par arme à feu; W39-W40 : accidents causés par explosifs; X10-X19 : brûlures; W85-W87 : accidents causés par le courant électrique; X50 : efforts excessifs et faux mouvements; W41 : exposition à un jet à haute pression; W49 : exposition à des forces mécaniques autres et sans précision; Y86 : séquelles d'accidents, autres que de transport.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Traumatismes liés à la violence routière (1)

L'objectif de la loi de santé publique est de **réduire fortement et en tendance régulière et permanente, le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.**

Il existe en effet une surmortalité constatée en France relativement à des pays comparables qui devrait pouvoir être évitée.

En 1970, le taux de mortalité à 30 jours était de 325,5 par million d'habitants en métropole. Il est passé de 198,2 en 1990 à 136,4 en 2000 mais a de nouveau augmenté en 2001. Les accidents de la circulation constituent la première cause de décès chez les jeunes de 15-25 ans.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route

En 2006, 4 942 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France dont 233 dans les départements d'outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). Rapportés à la population, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants sont respectivement de 78 en métropole et de 140 dans les DOM. Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes et c'est la classe d'âge des 15-24 ans qui est la plus touchée (26,8 % de l'ensemble des tués). La moto reste le mode déplacement le plus dangereux avec 16,3 % des tués. Parmi eux, 80 % ont entre 15 et 44 ans et 52 % entre 20 et 34 ans. Ce sont les routes de rase campagne (nationales ou départementales) qui sont les plus dangereuses.

Par rapport à 2005, avec 11,5 % de tués en moins au cours de l'année 2006 (-10,8 % pour les résultats France entière), c'est la cinquième année consécutive d'évolution favorable. En cinq ans, entre 2001 et 2006, le gain s'élève à -42,9 % (graphique 1). Le nombre de tués diminue pour toutes les classes d'âge mais plus que la moyenne pour les 15-24 ans (-13,5 %), pour les 18-24 ans (-15,1 %) et celle des 25-44 ans (-14,7 %).

Il existe des disparités régionales (tableau 1). Pour apprécier les disparités régionales en tenant compte du trafic et de sa répartition entre les différentes catégories de réseaux, un indicateur d'accidentologie locale (IAL) basé sur le nombre de décès est calculé : l'IAL compare les résultats d'une région à ce qu'ils seraient si cette région avait les mêmes taux de risque que la France métropolitaine sur ses différents réseaux routiers. Les régions les plus mal classées sont la Corse, la Picardie, la région PACA, le Languedoc-Roussillon, la

région Champagne-Ardenne et le Centre. Parmi les meilleurs résultats se trouvent les régions à fortes caractéristiques urbaines : l'Île-de-France, la région Rhône-Alpes et le Nord-Pas-de-Calais.

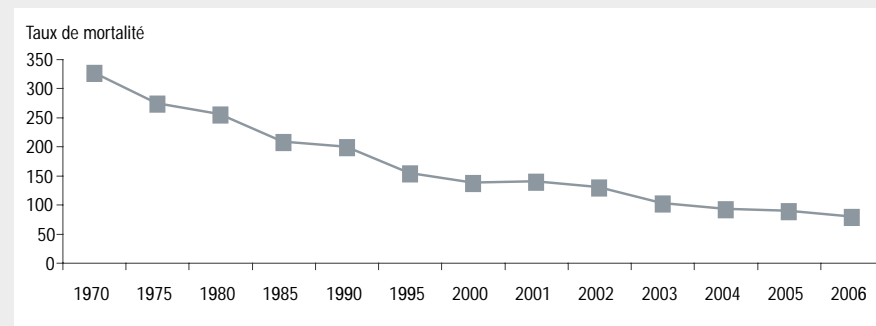
Les résultats de 2005 placent la France métropolitaine au septième rang des 20 pays de l'Union européenne pour lesquels les données sont disponibles. Elle se situe devant l'Autriche, l'Espagne, la Belgique et l'Italie mais après l'Allemagne et le Royaume-Uni (graphique 2). Le taux le plus bas est observé aux Pays-Bas avec un taux de mortalité de 46,0 par million d'habitants.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de mortalité après accident de la route

En 2004, 5 292 décès par accident de la circulation ont été enregistrés dont 75 % survenus chez des hommes. Ces données issues des certificats de décès ne sont pas limitées aux 30 jours suivant la survenue du traumatisme. Elles sont cependant très corrélées aux données issues du fichier national des accidents corporels et confirment les tendances observées dans le temps et dans les groupes à risque pour la mortalité à 30 jours : (i) en 2004, les taux de décès sont 3 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes et, dans la tranche d'âge des 15-24 ans (175 pour 1 000 000 d'habitants) par rapport aux personnes plus âgées (102 pour les plus de 65 ans) ; (ii) une forte diminution des taux de décès est observée dans le temps (-49 % chez les hommes et -54 % chez les femmes, entre 1990 et 2004). Les disparités régionales ne sont pas comparables dans la mesure où les données correspondent dans un cas à des données enregistrées et dans l'autre à des données

Graphique 1 • Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route par tranche d'âge, entre 1970 et 2006 (taux par million d'habitants)



Champ : France métropolitaine.

Sources : ONISR.

Tableau 1 • Taux de mortalité (par million d'habitants) et IAL* à 30 jours après accident de la route en région

Régions	Taux de mortalité (2006)	IAL* (2002-2006)
Alsace	60	0,90
Aquitaine	93	0,86
Auvergne	99	1,10
Basse-Normandie	79	0,89
Bourgogne	116	0,87
Bretagne	76	0,85
Centre	118	1,23
Champagne-Ardenne	106	1,24
Corse	147	1,69
Franche-Comté	96	1,21
Haute-Normandie	64	1,03
Île-de-France	38	0,78
Languedoc-Roussillon	111	1,24
Limousin	98	1,04
Lorraine	72	0,99
Midi-Pyrénées	105	1,12
Nord-Pas-de-Calais	53	0,85
Pays de la Loire	89	1,05
Picardie	118	1,31
Poitou-Charentes	103	1,20
PACA	82	1,24
Rhône-Alpes	75	0,83
Métropole	78	1,00
Guadeloupe	166	-
Martinique	155	-
Guyane	210	-
Réunion	101	-
DOM	140	-

* IAL : indicateur d'accidentologie locale basé sur les données de mortalité (voir encadré méthodologique).

Champ : France entière.

Sources : ONISR.

CHAMP • France entière, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Dénominateur : INSEE, estimations localisées de population (métropole) – données au 1^{er} janvier 2004. DOM recensement 1999. Numérateur : nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. En France, jusqu'en 2004, était comptabilisé le nombre de victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours suivant l'accident. Pour obtenir le nombre de victimes à 30 jours conformément aux dispositions retenues au niveau international, un coefficient multiplicateur a été appliqué. Pour les comparaisons européennes et temporelles entre 1970 et 1994, ce coefficient est égal à 1,09 pour les données jusqu'en 1992 et à 1,057 pour les données de 1993 à 2004. Il a été revu à 1,069 en 2005, date à laquelle la définition internationale a été adoptée. C'est ce coefficient qui a été appliqué pour comparer les données 2004 aux données 2005 en France et pour le calcul des indicateurs d'accidentologie locale (IAL) au niveau régional entre 1995 et 2004. Les taux sont calculés globalement, par tranche d'âge et par région. Le dénominateur correspond à la population sur laquelle est calculé le taux de décès. L'IAL est un indicateur basé sur les données de mortalité. Il permet d'apprécier le risque de décès à 30 jours par rapport à la référence constituée par les données de la métropole en prenant en compte les particularités des réseaux et des trafics au niveau local.

SOURCES • Fichier national des accidents corporels gérés par l'ONISR (données issues des bulletins d'analyse d'accidents corporels – BAAC – établis par les services de police et de gendarmerie) et INSEE (données démographiques).

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation du nombre de décès à 30 jours.

RÉFÉRENCE •

- www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • ONISR.

CHAMP • France entière, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne de décès par accident de la circulation (EUROSTAT – population Europe IARC 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un accident de la circulation (code CIM 9 jusqu'en 1999 : E810-E819, E826-E829 et CIM 10 à partir de 2000 : V01-V89).

SOURCES • INSERM-CépiDc (EUROSTAT pour les comparaisons européennes).

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des accidents de la circulation en tant que cause initiale de décès.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM CépiDc.

Traumatismes liés à la violence routière (2)

domiciliées. Les taux standardisés de décès les plus élevés sont observés en Corse, Poitou-Charentes, Centre, Languedoc-Roussillon et Champagne-Ardenne.

Taux d'hospitalisation de 6 jours ou plus après accident de la route

Les données publiées par l'ONISR ne comprennent pas le taux spécifique de «blessés graves» mais d'une part, le nombre de victimes (blessés légers, blessés graves et tués) et d'autre part, le taux de victimes par rapport à la population. De plus, la définition des «blessés graves» a été modifiée en 2005 : le blessé hospitalisé plus de 24 heures a remplacé le blessé grave hospitalisé plus de 6 jours. Ces chiffres ainsi que la part des «blessés graves, hospitalisés plus de 6 jours» ne pourront plus être suivis dans le temps à partir de 2005.

En 2004, sur 85 390 accidents corporels recensés en France métropolitaine, 108 727 blessés ont été dénombrés dont 16 % (n = 17 435) ont été hospitalisés pour une durée de 6 jours ou plus. La part de ces «blessés graves» était de 24 % en 1985, de 22 % en 1995 et de 17 % en 2000. Elle était plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans (24 % des accidentés de cette tranche d'âge sont hospitalisés au moins 6 jours) et chez les motocyclistes (19 %).

Fréquence des traumatismes responsables d'au moins une lésion IIS ≥ 3

Cet indicateur est estimé à partir des données issues du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône qui fonctionne depuis 1995. Le niveau de déficience IIS est calculé *a priori* grâce à la codifi-

cation précise des lésions et permet de prévoir dès l'admission le niveau de déficience à 1 an (voir encadré méthodologique).

Entre 1996 et 2003, 81 719 personnes blessées dans un accident corporel de la circulation ont été recensées par le registre. Au total, outre les victimes décédées (1 015), 684 ont survécu avec des lésions pour lesquelles sont prévues des séquelles majeures (sérieuses à maximales c'est-à-dire \geq IIS3). Les séquelles majeures concernent principalement 3 régions corporelles : tête (la moitié des cas), la colonne vertébrale et les membres inférieurs. Parmi les victimes concernées, 73 % sont des hommes dont plus du tiers sont âgés de 15 à 24 ans. La grande majorité des victimes (98,1 %) concernées ont des séquelles graves prévues pour une seule zone. La tête est la première région touchée et les piétons sont particulièrement concernés (23 % des lésions graves cérébrales, alors qu'ils comptent pour 10 % des victi-

mes). Les séquelles graves de la moelle épinière et des membres inférieurs touchent principalement les usagers de 2 roues à moteur, dont ils constituent respectivement 42 % et 41 % des cas alors qu'ils représentent 21 % des victimes.

Sur la période 1996-2003, une augmentation de 5,5 % par an de l'incidence de séquelles majeures a été observée. Cette hausse est presque entièrement attribuable aux lésions des membres inférieurs, majoritairement de niveau IIS3. La projection de ces résultats sur la France entière, en cours, doit être prudente en raison des particularités territoriales du département du Rhône. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES - UMRESTTE

Date de mise à jour de la fiche septembre 2007.

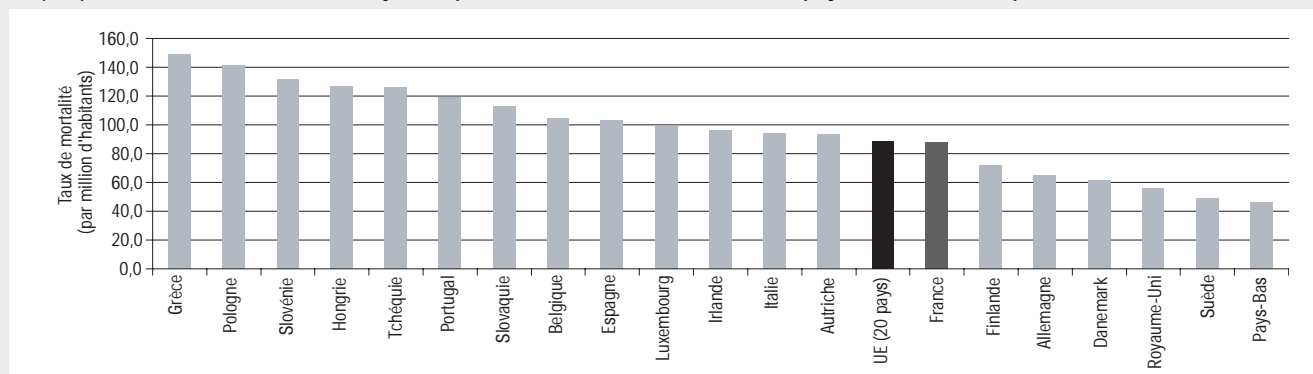
synthèse

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). Le taux de mortalité à 30 jours est ainsi estimé à 78 pour 1 million d'habitants. C'est la cinquième année consécutive que le bilan s'améliore, mais le rythme de baisse se ralentit après la baisse exceptionnelle de 2003 (-20,9 %) et celle 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 déplacement le plus dangereux. En matière de comparaison internationale, la France se situe maintenant au 7^e 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, concerne 16 % des blessés en 2004. Elle est plus élevée pour les personnes âgées de plus de 65 ans (24 %) et les motocyclistes (19 %). Elle tend à diminuer dans le temps.

D'après les données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône, 1,2 % des victimes d'accidents de la route décèdent et 0,8 % gardent des séquelles graves un an après l'accident.

Graphique 2 • Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route dans 20 pays de l'Union européenne en 2005



Champ : France métropolitaine.

Sources : ONISR.

CHAMP • Région Rhône-Alpes, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de victimes survivantes porteuses d'au moins une lésion causée par un accident de la route et susceptible de laisser une séquelle lourde un an plus tard (lésions IIS 3 « sérieuse » à IIS 6 « séquelle maximale »).

SOURCES • Registre des accidents de la circulation dans le département du Rhône (INRETS-UMRESTTE, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport, travail, environnement).

LIMITES ET BIAIS • Le niveau de déficience IIS repose sur la codification précise des lésions, à partir de l'examen médical réalisé à l'admission des victimes. Il représenterait le niveau effectivement atteint à 1 an chez au moins 80% des victimes atteintes d'une lésion. Il n'a pas été validé à grande échelle. Pour les faibles niveaux (< 3), il est sujet à caution car la récupération dépend de nombreux facteurs autres que la lésion elle-même. En revanche pour les séquelles graves, la déficience reposant sur une perte de substance ou destruction d'organe, la prévision serait assez fiable et précise.

RÉFÉRENCE •

- www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire
- Gadbegu B., Ndiaye A. et Chiron M., « Séquelles majeures en traumatologie routière, registre du Rhône », 1996-2003, BEH, n° 36, 2006.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • UMRESTTE-INRETS.

Contraception

Cet objectif de la loi de santé publique vise à **assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.**

Au moment de la prescription d'une contraception la question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes se pose. 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 en pratique courante.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse

La proportion de Français (hommes et femmes) âgés de 15 à 54 ans et sexuellement actifs qui déclarent ne rien faire (ou pas systématiquement) pour éviter une grossesse est de 29% en 2005. Les principales raisons évoquées sont la ménopause, le désir d'enfant et une stérilité. En revanche, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans¹, sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfants, 4,6% déclarent ne pas utiliser, ou pas systématiquement, un nouveau moyen de contraception (tableau 1).

Parmi les modes de contraception, la pilule demeure le plus fréquemment utilisée 58,7% des femmes y ont recours en 2005. Le stérilet est utilisé essentiellement par les femmes âgées de 35 ans et plus, tandis que l'usage du préservatif masculin ne concerne que 11,5% des femmes (tableau 2). En 2005, 15,2% des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé la contraception d'urgence alors qu'elles n'étaient que 8,9% en 2000. Les plus jeunes, âgées de moins de 20 ans, l'ont déjà utilisée dans une proportion de 31,5% (tableau 3) et pour 19,2% au cours de l'année précédente (tableau 4).

Taux d'incidence des IVG

En 2005, 206 311 femmes ont eu recours à une IVG en France métropolitaine soit 14,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Les taux d'IVG sont stables depuis 2002 après avoir augmentés régulièrement à partir de 1995 où le taux était de 12,3‰². Les taux de recours à l'IVG sont très différenciés selon les générations, allant de 26,0‰ entre 20-24 ans à 5,4‰ chez les femmes de 40 à 44 ans. Chez les mineures, le nombre d'IVG est en augmentation. De 9 600 IVG en 1998 et 10 200 en 2001, il est de 12 600 en 2005.

Selon les régions les taux varient de 10 femmes pour 1 000 âgées de 15 à 49 ans (Pays de la Loire) à 24 (Corse) et 27,1 dans les DOM. Au sein de l'Union européenne à 25, la France occupe une position médiane.

Distribution des délais de prise de rendez-vous d'IVG

Entre 2002 et 2005, le délai moyen pour la prise en charge des IVG dans les établisse-

ments sanitaires est resté stable (tableau 5). La médiane est de 10 jours.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Vente de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence

En 2006, plus d'1,1 million de boîtes de médicaments prescrits pour la contraception d'urgence ont été vendues, soit près de 7 fois plus qu'en 1999 (tableau 6). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

Mise à jour de la fiche septembre 2007.

synthèse

4,6% des femmes potentiellement concernées par la contraception n'utilisent pas ou pas systématiquement de moyen contraceptif. Celles qui ont recours à un moyen contraceptif utilisent à 58,7% la pilule, 24,2% le stérilet et 11,5% le préservatif masculin. Ces modes de contraception 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.

14,3 pour 1 000 femmes ont eu recours à une IVG en 2005, mais les taux sont stables depuis 2002. Les taux varient selon les régions, les IVG étant 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 en 2005.

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

2. Vilain A., 2006, « Les interruptions de grossesse en 2004 », *Études et Résultats*, DREES, n° 522, septembre.

Tableau 1 • Utilisation d'un moyen de contraception selon l'âge en 2005* (%)

	Oui	Ça dépend des fois	Non
15-19 ans (n = 378)	95,20	2,70	2,10
20-24 ans (n = 616)	98,40	1,40	0,20
25-34 ans (n = 2 103)	95,90	1,10	3,00
35-49 ans (n = 2 957)	94,40	1,10	4,50
Total (n = 6 054)	95,40	1,20	3,40

* Question posée : « Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ».

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005.

Tableau 2 • Principales méthodes contraceptives utilisées selon l'âge en 2005 (%)

	Sterilisation tubaire	Sterilet	Implant, patch, anneau	Pilule	Préservatif masculin	Autres méthodes exclusivement
15-19 ans (n = 370)	0,00	0,00	0,80	78,10	20,90	0,20
20-24 ans (n = 612)	0,00	1,10	1,10	87,70	9,60	0,50
25-34 ans (n = 2 030)	0,20	16,90	1,80	67,00	11,50	2,60
35-49 ans (n = 2 787)	3,90	38,20	1,10	43,30	10,60	2,90
Total (n = 5 799)	2,00	24,20	1,30	58,70	11,50	1,30

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005.

Tableau 3 • Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain) parmi l'ensemble des femmes sexuellement actives* selon l'âge en 2000 et 2005 (%)

	2000	2005
15-19 ans	12,2 (n = 241)	31,5 (n = 442)
20-24 ans	16,0 (n = 502)	31,8 (n = 765)
25-34 ans	10,0 (n = 1 689)	16,8 (n = 2 794)
35-49 ans	6,3 (n = 1 982)	8,6 (n = 4 070)
Total	8,9 (n = 4 414)	15,2 (n = 8 071)

* C'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans leur vie.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètres santé 2000 et 2005.

Tableau 4 • Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois parmi les femmes potentiellement concernées selon l'âge en 2005 (%)

	Contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois
15-19 ans (n = 401)	19,20
20-24 ans (n = 703)	9,50
25-34 ans (n = 2 610)	3,30
35-49 ans (n = 3 130)	1,10
Total (n = 6 844)	4,10

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005.

 Tableau 5 • Évolution sur trois ans de la répartition du délai (en jours) pour la prise en charge des IVG dans les établissements sanitaires* (médiane, 1^{er} quartile, 3^e quartile)

	2002	2003	2004	2005
Secteur public	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	11[8 ; 15]	11[7 ; 15]
Secteur privé	10[7 ; 11]	9[7 ; 15]	9[7 ; 14]	8[7 ; 10]
Tout secteur	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	10[7 ; 15]

* Délai entre la date de la demande et la date de l'IVG.

Lecture : En 2002, la moitié des établissements déclarent un délai supérieur à 10 jours et la moitié un délai inférieur.

25 % des IVG sont réalisées dans les 8 jours suivant la date de la demande et 25 % au delà de 15 jours.

Champ : France métropolitaine.

Sources : SAE.

Tableau 6 • Nombre de boîtes de Norlevo® vendues

Année	750 mg (2 cp)	1 500 mg (1cp)*
1999	165 719	-
2000	569 104	-
2001	623 954	-
2002	725 753	-
2003	811 433	-
2004	818 538	99 766
2005	99	1 033 204
2006	-	1 100 053

* Conditionnement apparu en 2004.

Champ : France entière.

Sources : GERS.

CHAMP • France métropolitaine. Tableaux 1-2-4 : Femmes âgées de 15 à 49 ans, non stériles, non enceintes, ne souhaitant pas d'enfant, déclarant avoir eu des rapports sexuels (avec pénétration) au cours des 12 derniers mois et ayant actuellement un partenaire. Tableau 3 : Femmes sexuellement actives c'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans leur vie, 15 à 75 ans.

SOURCES • Baromètres santé 2000 et 2005 de l'INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquêtes téléphoniques de type déclaratif, sondage aléatoire.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

CHAMP • Établissements sanitaires en France métropolitaine, relevé du mois d'octobre.

SOURCES • Statistique annuelle des établissements (SAE).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • Officines pharmaceutiques, France entière.

SOURCES • Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Regroupe la majeure partie des Laboratoires pharmaceutiques présents en France.

MÉTHODOLOGIE • Collecte des données de ventes directes et indirectes auprès des laboratoires pharmaceutiques adhérents au GERS et de grossistes répartiteurs. Retours de stocks pris en compte. Exhaustif.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Chutes des personnes âgées

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'objectif de la loi de santé publique est de **réduire de 25 % le nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus**. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne, et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Peu d'enquêtes permettent actuellement de rendre compte de ces divers facteurs de la vie courante occasionnant les chutes. Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées à partir des données 2004 de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Elles pourront être actualisées et affinées par âge dans les années ultérieures. Les données déclaratives sur les chutes entre 65 et 75 ans sont issues du baromètre santé de l'INPES. Les décès par chute chez les personnes de 65 ans et plus proviennent des données de mortalité codées à partir de 2000 selon la 10^e version de la Classification internationale des maladies.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence annuelle des chutes ayant entraîné un recours aux urgences hospitalières chez les personnes âgées de 65 ans et plus

En France, en 2004, on a pu estimer à partir de l'enquête EPAC que 4,5 % (intervalle de confiance, IC [4,4-4,7]) des personnes de 65 ans et plus ont été victimes d'une chute accidentelle suivie d'un recours aux urgences hospitalières : 3 % des hommes (IC [2,8 - 3,1]) et 5,6 % des femmes (IC [5,4 - 5,9]).

Ainsi, entre 430 000 et 470 000 personnes de 65 ans et plus seraient allées aux urgences en 2004 à la suite d'une chute accidentelle (environ 120 000 hommes et 330 000 femmes).

Selon EPAC, 34 % de ces chutes étaient bénignes, au sens où elles n'ont entraîné aucun traitement ou n'ont pas empêché le retour au domicile après traitement. Une proportion importante (30 %) a fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Ces chutes ont donné lieu à une hospitalisation après passage aux urgences dans 37 % des cas, plus souvent aux âges élevés : 44 % au-delà de 90 ans, contre 27 % entre 65 et 69 ans.

Les circonstances des chutes chez les personnes de 65 ans et plus ont été établies à partir des données EPAC cumulées de 2004 et 2005. Elles sont survenues principalement dans la maison ou ses dépendances (78 %), ainsi que sur la voie publique (16 %) et en maison de retraite (11 %). En dehors de la marche (retrouvée dans 69 % de ces chutes) les activi-

tés citées au moment de la chute étaient : les activités vitales (besoins personnels, manger, se laver, etc., 11 %), les activités domestiques (8 %), les jeux et loisirs (5 %), le bricolage (1 %). La diversité des circonstances de chutes accidentelles s'exprime à travers celle des éléments matériels en cause. Plusieurs types d'éléments peuvent intervenir, avec une variété extrême : revêtement de sol, escalier, lit, échelle, escabeau, chaise, table, chien, pantoufles, tabouret, clôture, égouts, etc.

Incidence annuelle des chutes déclarées chez les personnes âgées de 65 ans à 75 ans

Selon le baromètre Santé 2005, près d'une personne âgée de 65 à 75 ans sur quatre (23,8 %) a répondu positivement à la question « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ? », plus souvent les femmes (27,6 %) que les hommes (19,9 %).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité par chute chez les personnes de 65 ans et plus

En 2004, 4 385 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle (44,2/100 000) parmi lesquelles, 1 853 hommes (45,5/100 000) et 2 532 femmes (43,2/100 000). Ces résultats ont été établis par analyse des seuls décès codés en « chutes » en cause principale. Les femmes décédées d'une chute ont été plus nombreuses que les hommes, du fait de leur plus grand nombre aux âges avancés. Les différences de taux de mortalité standardisés montrent qu'il y a eu en réalité une surmortalité masculine (sex-ratio 1,5), quasiment à tous les âges au-delà de 65 ans (tableaux 1 et 2). Ces taux restent globalement stables entre 2000 et 2004.

Les taux de mortalité par chute augmentent avec l'âge, les plus élevés étant chez les personnes de 85 ans et plus (tableau 2).

On a observé sur l'ensemble des trois années 2002 à 2004 des disparités régionales globalement significatives ($p < 0,001$), aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le taux de mortalité a été significativement plus élevé en Rhône-Alpes (plus de 25 % au-dessus du taux moyen de 36/100 000, $p < 0,001$), autant chez les hommes ($p < 0,001$) que chez les femmes ($p < 0,001$) et significativement plus bas en Île-de-France (plus de 15 % au-dessous du taux moyen, $p < 0,01$), retrouvé chez les hommes ($p < 0,001$) mais non significatif chez les femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

Date de mise à jour de la fiche août 2007.

synthèse

Les chutes accidentelles des personnes âgées de 65 ans et plus sont très nombreuses. En France métropolitaine, en 2005, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2004, en France métropolitaine, on estimait à 450 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,5 %. Toujours en France métropolitaine, il y a eu 4 385 décès à la suite d'une chute en 2004 chez les personnes de 65 ans et plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,5 pour 100 000, globalement stable entre 2000 et 2004

Tableau 1 • Effectifs et taux de mortalité brut et standardisé (pour 100 000) par chute accidentelle des personnes de 65 ans et plus de 2000 à 2004

	2000			2001			2002			2003			2004		
	Nombre	Taux brut	Taux std	Nombre	Taux brut	Taux std	Nombre	Taux brut	Taux std	Nombre	Taux brut	Taux std	Nombre	Taux brut	Taux std
Hommes	1 647	42,9	42,3	1 649	42,3	42,0	1 785	45,2	45,2	1 902	47,5	47,4	1 853	45,5	45,5
Femmes	2 585	45,9	32,1	2 504	44,0	31,0	2 533	44,1	31,4	2 860	49,3	35,5	2 532	43,2	31,0
Total	4 232	44,7	36,2	4 153	43,3	35,3	4 318	44,5	36,6	4 762	48,6	40,1	4 385	44,2	36,5

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc.

Tableau 2 • Effectifs et taux de mortalité (pour 100 000) par chute accidentelle des personnes de 65 ans et plus, par tranche d'âge et selon le sexe, de 2000 à 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut
Hommes										
65-69 ans	178	14,3	163	13,2	161	13,2	162	13,3	181	14,9
70-74 ans	251	23,6	214	19,9	241	22,1	222	20,2	222	20,1
75-79 ans	319	38	306	36,5	322	38,2	367	43,1	335	38,8
80-84 ans	210	60,5	286	68,2	354	72,7	431	79,3	456	77,4
85 ans et plus	689	200,2	680	207,6	707	228,2	720	241,4	659	221,3
Total	1 647	42,9	1 649	42,3	1 785	45,2	1 902	47,5	1 853	45,5
Femmes										
65-69 ans	94	6,4	87	6,1	93	6,6	86	6,2	71	5,1
70-74 ans	164	11,8	160	11,4	134	9,5	192	13,6	163	11,6
75-79 ans	347	27,5	287	22,9	304	24,2	333	26,4	273	21,6
80-84 ans	329	53,7	423	57,9	443	52,4	568	60,2	539	52,6
85 ans et plus	1 651	183	1 547	178,6	1 559	188,7	1 681	211,3	1 486	189,1
Total	2 585	45,9	2 504	44	2 533	44,1	2 860	49,3	2 532	43,2
Deux sexes										
65-69 ans	272	10,1	250	9,4	254	9,7	248	9,5	252	9,7
70-74 ans	415	16,9	374	15,1	375	15	414	16,5	385	15,3
75-79 ans	666	31,7	593	28,3	626	29,9	700	33,2	608	28,5
80-84 ans	539	56,1	709	61,7	797	59,9	999	67,2	995	61,6
85 ans et plus	2 340	187,7	2 227	186,6	2 266	199,5	2 401	219,5	2 145	198,0
Total	4 232	44,7	4 153	43,3	4 318	44,5	4 762	48,6	4 385	44,2

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • INSERM-CépiDc, Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès.

CALCUL DE L'INDICATEUR • Décès selon codes CIM 10 W00-W19, effectifs en cause principale, taux brut de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours)*100 000, taux standardisés par âge selon la population européenne (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Ceux de la certification et du codage des causes de décès. L'analyse a suivi la CIM10 qui n'inclut pas dans les décès par chute les décès à la suite d'une fracture sans autre indication.

RÉFÉRENCES •

- Causes de décès CépiDc <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
- Thélot B., Ermanet C., Jouglu E., Pavillon G., 2006, «Classification internationale des maladies: listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France», *BEH*, n° 42, octobre, p. 323-328, InVS.
- Ermanet C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G., 2006, «Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002», *BEH*, n° 42, octobre, p. 328-330, InVS.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, personnes âgées de plus de 65 ans.

SOURCES • InVS, enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC).

CALCUL DE L'INDICATEUR • Nombre et taux d'incidence des chutes voir rapport EPAC.

LIMITES ET BIAIS • Ceux de l'extension géographique de l'enquête EPAC et de sa représentativité.

RÉFÉRENCES •

- Enquête EPAC (InVS) <http://www.invs.sante.fr/> Dossiers thématiques, Accidents de la vie courante.
- Thélot B., Ricard C., 2005, «Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, années 2002-2003», InVS.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS (accidents@invs.sante.fr).

CHAMP • Personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre Santé 2005 de l'INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquête téléphonique de type déclarative, utilisant la technique du sondage aléatoire. En 2005, les questionnaires ont été posés aux Français âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Télécom, inscrits sur liste blanche et sur liste rouge. Cet échantillon a été complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe, portant la taille totale de l'échantillon à n = 30 514. Cette enquête interroge les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés: un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

LIMITES ET BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives (biais de mémoire, biais liés à l'âge).

RÉFÉRENCES •

- Guilbert P., Gautier A., 2006, *Baromètre Santé 2005*, INPES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Répertoire des sigles



Répertoire des sigles utilisés

A, a

AASQA, Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air
AcVC, Accident de la vie courante
ADEME, Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AFSSA, Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD, Affection de longue durée
ALFEDIAM, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (depuis janvier 2005, HAS)
ANPAA, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH, Agence régionale de l'hospitalisation
ASPCC, Association sucre-produits sucrés communication consommation
ATIH, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC, Accident vasculaire cérébral

B, b

BMR, Bactéries multirésistantes
BPCO, Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C, c

CANAM, Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCLIN, Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCMSA, Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CDRMG, Centre de documentation et de recherche en médecine générale
CépiDc, Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CHR, Centre hospitalier régional
CHU, Centre hospitalier universitaire
CIM, Classification internationale des maladies
CIRC, Centre international de recherche contre le cancer
CIRE, Cellule interrégionale d'épidémiologie
CMD, Catégorie majeure de diagnostic
CMU, Couverture maladie universelle

CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNR, Centre national de référence
CNRP, Centre national de référence des pneumocoques
CNRS, Centre national de la recherche scientifique
CO, Monoxyde de carbone
CRAM, Caisse régionale d'assurance-maladie
CRPV, Centre régional de pharmacovigilance
CSST, Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CTIN, Comité technique des infections nosocomiales

D, d

DARES, Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DDASS, Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DEP, Direction de l'évaluation et de la prospective
DESCO, Direction de l'enseignement scolaire
DETA, Diminuer, entourage, trop, alcool
DGAS, Direction générale de l'action sociale
DGS, Direction générale de la santé
DGSNR, Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection
DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DI, Densité d'incidence
DMS, Durée moyenne de séjour
DRASS, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTCP, Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite

E, e

EARSS, European antibiotics resistance surveillance system
EIG, Événement indésirable grave
ENEIS, Enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins
ENNS, Étude nationale nutrition santé
ENTRED, Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques

EPAS, Échantillon permanent des assurés sociaux
EPCV, Enquête permanente sur les conditions de vie
EROPP, Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD, Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense
ESPAD, European School survey Projet on Alcohol and other Drugs

F, f

FCU, Frottis cervico-utérin
FESF, Fracture de l'extrémité supérieure du fémur

G, g

GERS, Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique
GEU, Grossesse extra-utérine
GHM, Groupe homogène de malades
GHS, Groupe homogène de séjours

H, h

HAS, Haute autorité de santé (ex. ANAES)
HAD, Hospitalisation à domicile
HCSP, Haut comité de santé publique
HFA-DB, European Health for All Database
HIB, Haemophilus influenza B
HID, Handicaps-incapacités-dépendance (enquête INSEE)
HLA, *Human Leucocytes Antigens*

I, i

IAL, Indicateur d'accidentologie locale
IARC, International Agency for Research on Cancer
IDA, Indicateurs d'alcoolisation
IFEN, Institut français de l'environnement
IGAS, Inspection générale des affaires sociales
IMC, Indice de masse corporelle
INCA, Institut national du cancer
INED, Institut national d'études démographiques
INPES, Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé

INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS, Institut de veille sanitaire
IOTF, International obesity task force
IPAQ, International physical activity questionnaire
IRCT, Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRM, Imagerie par résonance magnétique
IRSN, Institut de radio protection et de sûreté nucléaire
IRTT, Insuffisance rénale terminale traitée
IVG, Interruption volontaire de grossesse

J, j

JH, Journée d'hospitalisation

L, l

LCR, Liquide céphalo-rachidien

M, m

MC, Maladie de Crohn
MCO, Médecine, chirurgie, obstétrique
MEDD, Ministère de l'écologie et du développement durable
MICI, Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MSA, Mutualité sociale agricole
MST, Maladies sexuellement transmissibles

N, n

NAF, Nomenclature d'activité française

O, o

ObEpi, Obésité épidémiologie
OCDE, Organisation de coopération et de développement économique
OFDT, Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMS, Organisation mondiale de la santé
ONERBA, Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques
ONISR, Observatoire national interministériel de sécurité routière
ORP, Observatoires régionaux du pneumocoque
ORS, Observatoire régional de santé

P, p

PASS, Permanence d'accès aux soins de santé
PCM, Panel communautaire des ménages
PCS, Profession ou catégorie sociale
PSDP, Pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline
PMI, Protection maternelle et infantile
PMSI, Programme médicalisé des systèmes d'information
PNNS, Plan national nutrition santé

R, r

RCH, Rectocolite ulcéro-hémorragique
REIN, Réseau épidémiologie et information en néphrologie
RENACHLA, Réseau national des chlamydioses
RENAGO, Réseau national des gonocoques
RMI, Revenu minimum d'insertion
ROR, Rougeole, oreillons, rubéole
RSI, Régime social des indépendants

S, s

SAE, Statistique annuelle des établissements
SAMU, Service d'aide médicale urgente
SARM, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
SIDA, Syndrome immunodéficitaire acquis
SISE, Système d'information santé-environnement
SLD, Soins longue durée
SNSPE, Système national de surveillance des plombémies de l'enfant
SPS, Santé protection sociale
SRCV, Statistique sur les ressources et conditions de vie
SROS, Schémas régionaux d'organisation des soins
SSR, Soins de suite et réadaptation
SUMER, Surveillance médicale des risques
SU.VI. MAX, Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants

U, u

UFSBD, Union française pour la santé bucco-dentaire
UPATOU, Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
USEN, Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle

V, v

VHB, Virus de l'hépatite B
VHC, Virus de l'hépatite C
VIH, Virus d'immunodéficience humaine

Z, z

ZEAT, Zone d'étude et d'aménagement du territoire
ZEP, Zone d'éducation prioritaire

Cet ouvrage fournit en 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.



LA DOCUMENTATION FRANÇAISE

29, quai Voltaire
75344 PARIS CEDEX 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 72 30

ISBN : 978-2-11-006983-2
DF : 5HC09960
N° de DICOM : 07 107

Prix : 19 euros