



Études et Résultats

N° 623 • février 2008

L'état de santé de la population en France

Données du rapport 2007 de suivi des objectifs de la loi de santé publique

L'état de santé de la population en France apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée reste l'une des plus élevées de l'Union européenne. En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales. Dans la perspective d'une meilleure prévention et prise en charge au long de la vie, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques.

Des indicateurs apportent ainsi des précisions sur les évolutions des comportements : la consommation d'alcool diminue mais est encore importante surtout chez les hommes, le tabagisme reste un problème de santé publique considérable tandis que le développement de la surcharge pondérale nécessite des modifications durables en matière d'alimentation et d'activité physique.

Le suivi du niveau des expositions des populations à des facteurs environnementaux influant sur l'état de santé, met en évidence la nécessité du développement de mesures de prévention spécifiques. Quatre objectifs témoignent de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail et de l'inégalité entre secteurs d'activité.

Par ailleurs, l'approche par pathologie révèle le besoin de données concernant la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques dont la prévalence augmente parallèlement au vieillissement de la population.

Sandrine DANET et Emmanuelle SALINES

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

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

LES TRAVAUX de construction et de chiffrage des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique (encadré 1) permettent un rapprochement très positif des institutions pour la production et l'harmonisation des données sur la santé¹. Les déclinaisons régionales et sociodémographiques de ces indicateurs, leurs comparaisons à ceux des autres pays d'Europe alimentent le débat public et contribuent à la réflexion et au dialogue des acteurs nationaux et régionaux impliqués dans le champ de la santé publique. En particulier, ils constituent une partie des travaux nécessaires pour le Haut conseil de la santé publique dans sa mission d'évaluation de la loi de santé publique actuelle et de formulation de propositions prospectives.

Une espérance de vie en progression et un des plus faibles taux de mortalité d'Europe...

En 2006, l'espérance de vie à la naissance en France reste l'une des plus élevée d'Europe avec 84,0 ans pour les femmes et 77,1 ans pour les hommes. En dix ans les hommes ont gagné 3,1 ans et les femmes 2,1 ans, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie. L'espérance de vie à 65 ans (2005) atteignait 22 ans pour les femmes (soit 1,4 an de plus qu'il y a dix ans), et 17,7 ans pour les hommes (soit 1,6 an de plus qu'en 1995).

En 2006, 531 100 personnes sont décédées. Le taux de mortalité globale (taux brut de 8,4 pour 1 000) est l'un des plus faibles d'Europe. Pour la troisième année consécutive, la mortalité est ainsi en décroissance compte tenu du vieillissement de la population et de la prolongation de la tendance des dernières décennies². Les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de mortalité (30 % de l'ensemble des décès) devant les maladies de l'appareil circulatoire (29 %) et les accidents (5 %). Pour les maladies cardiovasculaires qui occupent le deuxième rang, un décès sur deux correspond à une cardiopathie ischémique ou à une maladie cérébro-vasculaire.

Les évolutions de long terme (sur vingt-cinq ans) montrent une diminution des taux standardisés de décès

toutes causes de -35 %. La diminution des maladies cardiovasculaires (de l'ordre de -50 %) est importante alors que celle des tumeurs est modérée.

... mais la mortalité prématurée reste l'une des plus élevée d'Europe

Pour les maladies cardiovasculaires, la France bénéficie d'une position favorable face aux autres pays de même niveau de vie. Cette situation apparaît toutefois beaucoup moins bonne en matière de mortalité prématurée³ (graphique 1) et de mortalité prématurée « évitable »⁴. Pour cette dernière, même si les taux de décès ont diminué globalement de 27 % entre 1990 et 2004, plus nettement chez les hommes (-30 %) que chez les femmes (-16 %), la situation de la France en Europe reste très défavorable. Ainsi, 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). On estime ainsi qu'environ un tiers des décès survenant avant l'âge de 65 ans pourraient être évités par une réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, etc.).

Surmortalité des hommes, moins bon état de santé perçue des femmes

Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes. Les écarts d'espérance de vie plus défavorables aux hommes restent encore importants même s'ils tendent à se réduire. Mais ce sont plus particulièrement les indicateurs de mortalité prématurée et de mortalité prématurée « évitable » qui sont défavorables aux hommes. Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est ainsi 2,2 fois supérieur à celui des femmes tandis que le taux de décès correspondant à la sélection « mortalité évitable » est multiplié par quatre chez les hommes comparativement aux femmes.

Pendant, les mesures de santé perçue et de recours aux soins font apparaître que les hommes, à âge égal, se

1. ADEME, AFSSA, AFSSAPS, Agence de la biomédecine, CNAMTS, CCMMSA, CNRS, DARES, DGS-EA, DREES, InCa, INPES, INRETS, INSEE, INSERM-CépiDc, INSERM unité 149, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, RSI, UFSBD, USEN/CNAM.

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

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

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

sentent en meilleure santé, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et ont moins recours aux soins que les femmes. Selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'INSEE, près de 70 % des personnes de 16 ans ou plus se déclarent en 2005 en bonne ou en très bonne santé, alors que plus d'une sur cinq considère que son état de santé est assez bon et près d'une sur dix, qu'il est mauvais voire très mauvais. Les hommes ont une plus grande propension à estimer que leur santé est « très bonne » que les femmes : 27,3 % *versus* 21,8 % (graphique 2).

Le nombre et l'importance des problèmes de santé augmentent par ailleurs de façon régulière avec le vieillissement : seulement 34 % des personnes âgées de plus de 65 ans déclarent être en bonne ou très bonne santé. La part de la population déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique passe de 22 % chez les 25-44 ans à 75 % chez les 85 ans et plus. Le poids relatif des pathologies diffère selon l'âge : maladies infectieuses et allergiques durant l'enfance, pathologies ostéo-articulaires, troubles psychiques en milieu de vie et maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées.

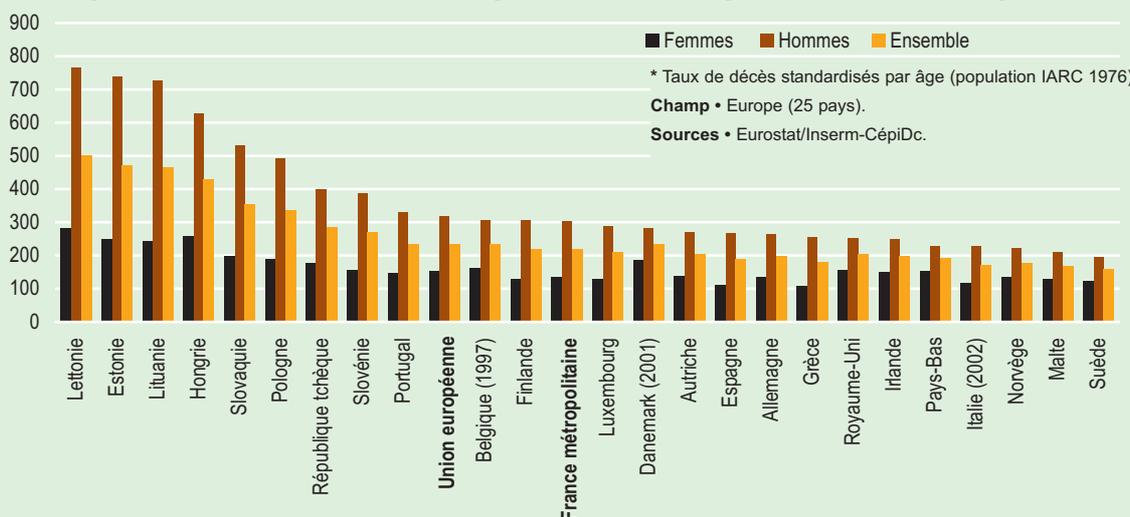
À âge et à sexe égal, des problèmes de santé liés à la position sociale et au niveau d'éducation

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

En matière d'accès aux soins, les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permettent aux personnes en situation précaire d'accéder à des

GRAPHIQUE 1

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



ENCADRÉ 1

Méthodologie de définition et de construction des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe des objectifs pluriannuels de santé publique portant sur l'état de santé de la population. Ainsi, 100 objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population figurent dans le rapport annexé à la loi. Au cours de l'année 2004, un groupe de travail a défini de façon précise et opérationnelle des indicateurs de suivi de ces objectifs. Copiloté par la DGS et la DREES, il a réuni mensuellement les principaux producteurs de données en santé et socio-démographiques ainsi que des représentants des principaux utilisateurs des données en santé (Haut Comité de Santé publique, directions du ministère, DRASS et acteurs régionaux, représentants des usagers). Des experts ont également été consultés en fonction des thèmes abordés. Un rapport détaillé a été produit en juillet 2005. Il constitue une référence tant par sa méthodologie que par les informations qu'il met à disposition : contexte de définition de l'objectif, analyse des sources de données disponibles pour son suivi, pertinence et reproductibilité des indicateurs envisageables, limites et biais des données, modalités de calcul des indicateurs retenus... Ce rapport est consultable sur le site Internet du ministère (<http://www.sante.gouv.fr/>).

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

Le rapport est consultable sur le site Internet du ministère (<http://www.sante.gouv.fr/>) et publié à la Documentation française. Le présent numéro d'Études et Résultats reprend les points saillants de ce rapport.

conditions de soins de droit commun. Des obstacles financiers peuvent toutefois persister, concentrés notamment sur les soins dont le reste à charge est le plus important (soins dentaires, lunettes et soins de spécialistes). En 2004, selon l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES, 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. Plus fréquent chez les femmes (11,6 %), que chez les hommes (8,2 %), ce renoncement est maximal entre 18 et 40 ans (15 %), puis diminue avec l'âge (7 % au-delà de 65 ans). Toutes choses égales par ailleurs, ce sont les ménages d'employés et d'ouvriers qui déclarent le plus de renoncements. Le taux de renoncement diminue de manière importante au-dessus d'un revenu de 2 500 euros mensuels pour un ménage.

En fonction des données disponibles, on constate pour des problèmes de santé des différences territoriales sensibles en matière de mortalité « évitable », par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué pour les hommes, les régions du sud de la France ayant une situation plus favorable (carte). De même, des taux de décès par maladies cérébrovasculaires particulièrement élevés sont observés dans les départements d'Outre-mer (spécialement à la Réunion et en Guyane) ainsi qu'une prévalence du diabète au moins deux fois plus élevée. Ces disparités, témoignent de besoins de santé différenciés. La déclinaison des indicateurs à un niveau régional, possible à partir des données issues des grands systèmes d'information exhaustifs sur l'ensemble du territoire (encadré 2 et 3) permettent d'alimenter la réflexion des acteurs régionaux⁵.

Ces disparités, sociales, territoriales, par sexe, suggèrent que pour certains groupes de population et certaines pathologies, des gains sont possibles en matière d'état de santé, grâce à une action sur ses déterminants. Ceux-ci peuvent être d'ordre comportemental, liés à des expositions dans la vie quotidienne et en milieu de travail ou liés à l'environnement socioculturel des personnes.

5. Ces données commentées dans le rapport de suivi annuel publié par la DREES sont également disponibles sur le site de la FNORS.

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

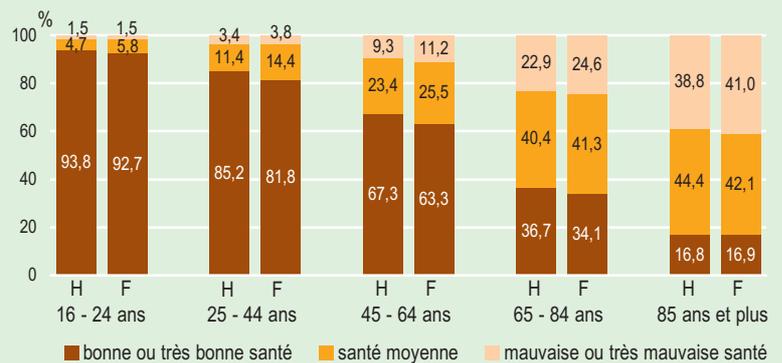
La consommation excessive d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée.

La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool. Si les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont baissé d'un peu plus de 10 % entre 1999 et 2006 (graphique 3), ce fléchissement s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la diminution de la consommation de vin. La

consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus s'est cependant stabilisée entre 2005 et 2006 à 12,9 litres. 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 (ce sont plutôt des hommes de 18 à 44 ans) et risque d'alcoolisation excessive chronique pour un quart (là encore plutôt des hommes, plus âgés, après 44 ans). Si les cadres, les professions intellectuelles et les hommes ouvriers qualifiés apparaissent plus concernés par le risque ponctuel, ce sont les hommes agriculteurs, la catégorie des artisans commerçants et chefs d'entreprise qui sont le plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique.

GRAPHIQUE 2

Santé perçue selon le sexe et l'âge

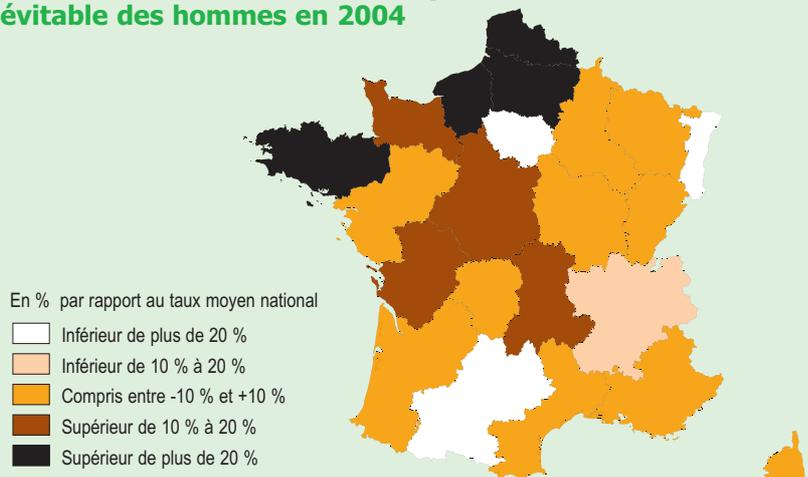


Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans et plus.

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

CARTE

Taux standardisés de mortalité prématurée évitable des hommes en 2004



Champ • France métropolitaine.

Sources • INSERM-CépiDc.

Chez les femmes, ce risque d'alcoolisation chronique concerne plus fréquemment les cadres et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

Tabagisme : un problème considérable de santé publique

Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, le tabagisme est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures. 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 par-

ticulier 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, etc.) dont l'impact est considérable, tant pour la qualité de vie des personnes que par son poids économique.

En 2005, 23 % des femmes et 30 % des hommes de 15 à 75 ans fumaient tous les jours. Le pourcentage de fumeurs quotidiens décroît globalement depuis quelques années, mais présente une relative stabilité chez les femmes depuis les années 1980. À l'adolescence, les habitudes de consommation des filles et des garçons

sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a diminué, passant de 40 à 32 % entre 2000 et 2005, et de 42 % à 34 % chez les garçons. Les hausses des prix ont sans doute participé à une réduction de la consommation.

Le tabagisme passif a été par ailleurs identifié depuis quelques années comme un problème spécifique de santé publique. Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Selon les données disponibles, avant la date de mise en application du nouveau décret⁶, la protection des non-fumeurs n'était toujours pas garantie et son application restait très inégale selon les différents lieux. En 2006, 40 % des lycées français publics et privés respectaient l'interdiction de fumer alors qu'ils n'étaient que 14 % quatre ans auparavant.

Alimentation, activité physique : les comportements peuvent évoluer

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

La prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité⁷) augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte, et les évolutions des années 2000 ne montrent pas d'infléchissement mais plutôt une augmentation de l'obésité en particulier chez les femmes (graphique 4). 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 touchant plus particulièrement les milieux les plus modestes.

Outre la quantité des apports caloriques, la qualité des aliments a des répercussions sur la santé des individus.

6. La réglementation est généralisée à l'ensemble des lieux à usages collectifs et établissements publics depuis le 1^{er} janvier 2008.

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

GRAPHIQUE 3

Consommation d'alcool en France de 1990 à 2006



* Objectif de diminution de 20 % par rapport à 1999.

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

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

ENCADRÉ 2

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

Au cours des travaux de définition des indicateurs de suivi des 100 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique (voir encadré 1), une attention particulière a été portée à la déclinaison régionale de ces indicateurs. Les objectifs de santé affichés au niveau national concernant tous les niveaux de territoire il est important en effet de privilégier, lorsqu'ils existent, des indicateurs de suivi disponibles au niveau de la région voire sur un territoire plus fin.

Pour de tels indicateurs, la comparaison des données standardisées permet de mettre en évidence des différences entre régions, donne des éléments d'interprétation d'une moyenne nationale à la lumière de sa dispersion sur le territoire et favorise la dynamique des systèmes d'information régionaux.

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

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

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

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 trois fois par jour. Cette faible consommation concerne en particulier 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.

En 2005, encore un quart des 15-74 ans ne réalisaient pas l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine.

Le plan national nutrition santé de septembre 2006 a relancé à partir de ces constats un ensemble de mesures susceptibles d'améliorer ces indicateurs.

Environnement, un enjeu de santé publique majeur

En 2000, en France, on estimait à 32 000 le nombre de décès annuels attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine dont plus de la moitié seraient causés par la pollution automobile. En termes de morbidité, 60 000 à 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à ce facteur. De nombreuses études épidémiologiques récentes ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé⁸. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs du fait du grand nombre de personnes exposées conduisent à des impacts sanitaires potentiellement importants. Ainsi, huit objectifs de la loi de santé publique sont consacrés à la surveillance de facteurs environnementaux et à leur impact sur la santé de la population. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances...

La qualité de l'air a été assez récemment reconnue comme un enjeu de santé publique majeur : l'air extérieur, des locaux d'habitation et de travail. La surveillance de l'air extérieur s'effectue par le suivi de polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique. Ce 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). Or 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.

En l'absence d'indicateur global sur la surveillance de la qualité de l'air intérieur, deux gaz toxiques sont identifiés et surveillés : le radon et le monoxyde de carbone (CO). On estime ainsi que 13 % de la mortalité par cancer du poumon pourrait être consécutive à une exposition au radon tandis que les décès par intoxication au monoxyde de carbone (CO) constituent la première cause de mortalité par inhalation toxique en France.

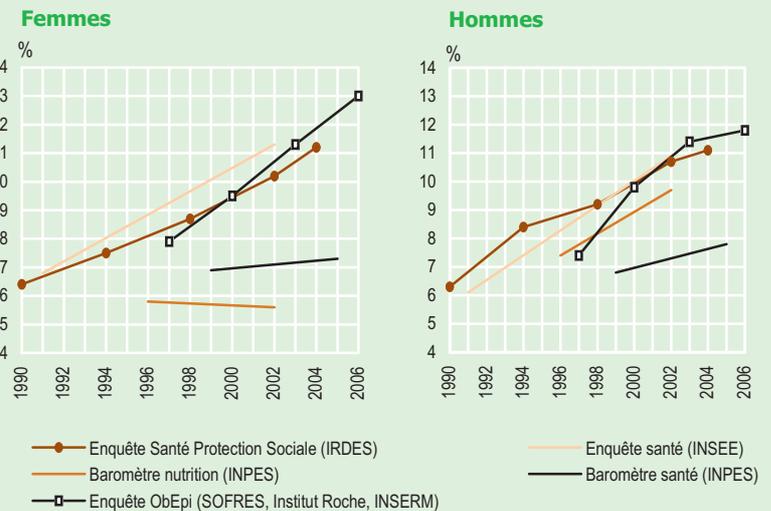
La qualité de l'eau de consommation, quant à elle, est encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides). Ces paramètres font l'objet

d'une surveillance régulière par les DDASS et la qualité de l'eau de consommation apparaît globalement satisfaisante au regard de ces normes mais elle doit être améliorée dans les réseaux de petite taille. On constate en revanche une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques). À cet égard, le Plan national santé environnement de 2004 a retenu l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants comme un axe prioritaire.

L'intoxication par le plomb, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant y est particulièrement sensible. La principale source d'exposition qui subsiste depuis la suppression de l'usage du plomb dans l'essence est la peinture à la céruse dans les locaux anciens et dégradés. En 1995, on estimait à 85 000 le nombre d'enfants de 1 à 6 ans atteints de saturnisme (soit 2 %). Cette pathologie est très liée au contexte socio-économique. Nous ne disposons pas encore de données d'évolution mais il est toutefois intéressant de noter le ralentissement du rendement des actions de dépistage du saturnisme, ce qui témoignerait d'une imprégnation moindre de la population, consécutive aux mesures de prévention environnementales.

GRAPHIQUE 4

Fréquence de l'obésité chez les adultes (données déclarées)



Champ • France métropolitaine, personnes vivant en ménage ordinaire, plus de 15 ans (ESPS), 18 ans et plus (ES Insee), 18-75 ans (Baromètres), 15 ans et plus (ObEpi).

Sources • IRDES, INSEE, INPES, TNS-SOFRES.

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

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont prises en compte comme, depuis la canicule de l'été 2003, les effets des températures extrêmes. Pour d'autres, 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, etc. 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.

Retentissement des conditions de travail sur la santé

L'espérance de vie à 35 ans progresse de façon plus ou moins rapide selon la catégorie sociale. Si dans les années quatre-vingt-dix, les ouvriers vivaient moins longtemps que les cadres et professions intellectuelles supérieures, les différences sociales de mortalité étaient plus modérées chez les femmes que chez les hommes. En effet, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépassait de 3 ans celle des ouvrières, contre un écart de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Entre 1976 et 1999, les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont accentués chez les hommes alors qu'ils restaient stables chez les femmes⁹.

Même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre objectifs de la loi relative à la politique de santé publique, permettent de suivre dans le temps la répercussion sur la santé de certaines conditions de travail. On peut ainsi relever que :

- les accidents routiers mortels liés au travail ont diminué plus sensiblement sur la période 2002-2005 que l'ensemble des accidents de la route ;
- les contraintes articulaires dues à la répétition de gestes à une cadence élevée durant plus de 20 heures par semaine concernaient en 2003 près de 7 % des salariés. En 2005, 34 % soit un peu plus de sept millions de salariés déclaraient devoir « rester longtemps

dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. Les contraintes articulaires plus fréquentes chez les ouvriers varient selon les secteurs d'activité ;

- les nuisances sonores atteignent, en 2003, 3,3 % des salariés soit 700 000 personnes qui déclaraient 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. Plus d'un salarié sur quatre était soumis, sans protection auditive, à un niveau de bruit de plus de 85 dB pendant plus de vingt heures par semaine. Les secteurs industriels et de l'agriculture sont les plus exposés ;

- en 2003, 1,1 million de salariés (surtout des hommes, ouvriers) étaient exposés à des produits cancérigènes classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne, principalement dans l'industrie et la construction. De 30 à 46 % de ces salariés ne bénéficiaient 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.

Une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques

Au cours des dernières décennies, les progrès de la médecine, tant en termes de prévention, de traitements que de prises en charge ont entraîné une diminution de l'incidence et de la gravité des maladies infectieuses et une augmentation du nombre et de la durée de vie des malades souffrant de maladies chroniques. Ainsi, même si nombre de problèmes infectieux (tuberculose, infections sexuellement transmissibles, etc.) ainsi que la iatrogénie constituent toujours des priorités de santé publique, de nouvelles problématiques liées aux maladies chroniques (atteintes sensorielles, douleur, qualité de vie, limitations fonctionnelles, etc.) sont apparues de plus en plus prévalentes. Or les outils d'observation statistiques permettant d'apprécier le retentissement de ces phénomènes sont souvent insuffisants. De ce fait, les objectifs de la loi de santé publique correspondants n'ont pas toujours pu faire l'objet d'une évaluation chiffrée.

Les cancers constituent un problème majeur de santé publique pour les adultes. En termes de mortalité, les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population : près d'un tiers de l'ensemble des décès et quatre décès prématurés sur dix. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'affection de longue durée après les maladies cardiovasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans. En France la survie relative¹⁰ dépasse 50 % à 5 ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer mais avec des disparités considérables entre les différents cancers. Sensiblement plus élevée pour les femmes, 63 %, que pour les hommes, 44 %, la survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques utilisées moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration de la survie, due aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic et du dépistage précoce.

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

En 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à 3,8 % en France, soit 2,4 millions de personnes. L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2005 est de 5,7 % par an parmi les assurés du régime général de l'Assurance maladie.

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.

9. Monteil C., Robert-Bobée I., 2005, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *INSEE Première*, INSEE, n° 1025, juin.

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

Le diabète et l'hypertension artérielle représentent les principales causes d'insuffisance rénale chronique terminale. Le taux d'incidence annuel moyen de l'insuffisance rénale terminale traitée, standardisé sur l'âge et le sexe, est estimé à 139 par million d'habitants en 2005. D'après les données des régions contribuant au réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN), pour lesquelles un suivi entre 2003 et 2005 a été possible, l'incidence est stable à l'instar de ce qui est observé dans d'autres pays européens. Cette tendance reste cependant à confirmer dans les années à venir avec une couverture nationale plus large du registre. Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale, la dialyse est particulièrement contraignante. Leur qualité de vie

approchée via des questionnaires de santé perçue apparaît ainsi très altérée par rapport à celle de la population générale.

Les maladies cardio-vasculaires, en particulier les maladies cérébro-vasculaires, constituent une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Leur réduction, en termes de fréquence et de sévérité, constitue un des objectifs de la loi de santé publique. Les AVC représentent 7 % de l'ensemble des décès (en cause initiale). Ils ont motivé près de 100 500 séjours hospitaliers en 2004 contre environ 121 000 en 2003.

L'asthme est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la

composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. Les degrés de sévérité de cette affection sont très variables.

Entre 1998 et 2004, on observe globalement une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme. Ces taux sont toutefois restés stables chez le jeune enfant. Chez les adultes, cette réduction est d'autant plus importante que les sujets sont âgés. La mortalité par asthme a également diminué entre 1990 et 2004. Cette diminution s'observait également chez les plus jeunes. Une meilleure prise en charge de l'asthme éviterait les hospitalisations et serait susceptible de réduire la mortalité.

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

Première cause de reconnaissance d'affections 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. Si le développement de ces maladies est dans la plupart des cas la résultante de facteurs combinés, des mesures de prévention efficaces sont possibles : actions favorisant le bon développement de l'enfant, dépistage et prise en charge précoce des troubles, accès aux soins de santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, soutien des familles de malades mentaux, prévention en milieu de travail, etc. 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 : 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.

ENCADRÉ 3

Principales sources de données utilisées

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

- d'une part des sources exhaustives qui permettent la déclinaison des indicateurs à tous les niveaux du territoire : données de mortalité (INSERM-CépiDc), Système de déclaration obligatoire (DO) de problèmes de santé à l'InVS, Bases de données médico-administratives comme les données de remboursement et celles sur les Affections de longue durée (ALD) de l'assurance maladie, le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), des mesures environnementales (eau, polluants atmosphériques, etc), les données de Registres (pas toujours généralisés sur tout le territoire national) ;
- et d'autre part les grandes enquêtes déclaratives nationales en population générale : enquêtes santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES, enquête décennale sur la santé de l'INSEE/DREES, Baromètres santé de l'INPES, enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD), enquête nationale périnatale (DGS/DREES/PMI/INSERM), enquêtes en milieu scolaire (DREES, Ministère de l'Éducation nationale), enquêtes Surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) et enquêtes sur les Conditions de travail du Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.

Par ailleurs, la réflexion s'organise au niveau européen pour permettre la comparaison entre pays membres d'un certain nombre d'indicateurs. Ainsi, des modules communs de questions sur l'état de santé déclaré, les déterminants de santé, le recours aux soins devront à terme être intégrés aux enquêtes nationales de tous les pays de l'UE. Une étape importante a été franchie par l'adoption de ces modules lors de la réunion annuelle du groupe de travail d'Eurostat sur les statistiques de santé publique en novembre 2006.