

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 en France 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. Ainsi, chez les hommes, l'espérance de vie à 35 ans des cadres est de 6,3 ans plus élevée que celle des ouvriers. Le différentiel est de 3 ans chez les femmes mais l'espérance de vie des femmes ouvrières reste supérieure à l'espérance de vie des hommes « cadres ». Ces différences témoignent des effets combinés de comportements de santé (que ce soit en termes de comportements individuels, de mode de recours ou d'accès au système de soins), de niveau d'exposition à des risques environnementaux et de conditions de travail différenciés entre groupes sociaux.

Des progrès pourraient être réalisés grâce à la prévention et à des améliorations des prises en charge des problèmes identifiés, et ce à tous les âges de la vie. Dans cette perspective, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies ou déterminants), des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints en cinq ans, pour l'ensemble de la population ou pour des groupes spécifiques. À cet égard, le suivi de ces objectifs, objet de ce rapport, fournit une palette d'informations très riche sur la santé des Français.

Cette synthèse aborde le suivi des objectifs de la loi de santé publique en conjuguant les approches démographiques et sociales et l'approche par déterminants et pathologie, plus classique.

■ LES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE DIFFÈRENT SELON LE SEXE ET LES ÂGES DE LA VIE

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes, avec un paradoxe selon que l'on observe la mortalité ou l'état de santé déclaré. Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (84,8 ans pour les femmes et 78,1 ans pour les hommes en 2010) continue de progresser. En dix ans, les gains d'espérance de vie sont de 2,9 ans pour les hommes et de deux années pour les femmes. L'écart entre les hommes et les femmes continue donc de se réduire : il est passé de 7,6 ans en 2000 à 6,7 ans en 2010.

L'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe, tant pour les femmes (22,8 ans en 2010, soit 1,6 an de plus qu'en 2000), que pour les hommes (18,6 ans en 2010, soit 1,9 an de plus qu'en 2000). Toutefois, si les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités. Pour les hommes, le décalage observé entre les résultats très favorables de l'espérance de vie après 65 ans et ceux moins bons de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

Paradoxalement, les mesures de santé perçue et de recours aux soins font apparaître que les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé que les femmes, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et recourent moins aux soins. Cependant, si la fréquentation hospitalière est majoritairement féminine (268 séjours pour 1 000 femmes, contre 241 séjours pour 1 000 hommes en 2008), en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour accouchement normal, les taux d'hospitalisation standardisés sont, tous âges confondus, équivalents pour les hommes et les femmes (respectivement 235 et 234) et au-delà de 64 ans, les taux d'hospitalisation des femmes sont environ un quart moins élevés que ceux des hommes.

Le nombre et l'importance des problèmes de santé augmentent de façon régulière avec l'avancée en âge et le vieillissement. Le poids relatif des différentes pathologies a un retentissement inégal selon l'âge : les maladies infectieuses et allergiques prédominent dans l'enfance, tandis que les pathologies ostéo-articulaires et les troubles psychiques sont plus prégnants en milieu de vie et les maladies cardiovasculaires chez les personnes plus âgées. On constate aussi que, passée la première année de vie, le recours aux soins est faible chez les jeunes et maximal en fin de vie.

Un bilan plutôt positif pour la santé des enfants

De nombreux objectifs de la loi de santé publique de 2004 sont relatifs à la santé des enfants.

Le taux de **mortalité infantile** (3,7 décès d'enfant de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants en 2010) a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années et se place à un niveau inférieur à celui de l'Union européenne. Ce sont les pays du Nord qui enregistrent les niveaux les plus faibles. La France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15 mais, tandis que le taux de mortalité infantile continue de baisser dans bon nombre de pays européens, il reste globalement stable depuis cinq ans en France. Les changements légis-

latifs survenus en 2001 puis en 2008 pour la définition des morts-nés pourraient avoir eu des effets différentiels sur l'enregistrement des mort-nés et des enfants nés vivants décédés dans leur première année et de ce fait, un impact sur les niveaux des indicateurs mesurés.

Les **accidents de la vie courante** touchant les enfants de moins de 15 ans sont l'une des principales causes de décès à ces âges. Ils recouvrent 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 2008, le taux de mortalité (2,2 pour 100 000) était près de deux fois plus élevé pour les garçons que pour les filles (sex-ratio = 1,8). Cependant, le taux de mortalité pour les enfants de moins de 15 ans a globalement diminué de 11 % entre 2004 et 2008, de façon plus importante chez les filles (-15 %) que chez les garçons (-8 %). Ce sont essentiellement les décès par noyade et par suffocation qui ont décliné durant cette période. Cette diminution a coïncidé avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques.

Chez les enfants, un certain nombre d'indicateurs montrent des évolutions favorables pour des déterminants de la santé à l'âge adulte. Ainsi, selon les études les plus récentes, les fréquences de **surpoids et d'obésité** se sont stabilisées chez les enfants et un léger recul est même observé pour les plus jeunes (5-6 ans) : selon les enquêtes de santé scolaire, la prévalence de l'obésité est estimée à 3,1 % à 5-6 ans et à 3,7 % à 10-11 ans. Ces résultats positifs masquent cependant des évolutions contrastées qui se traduisent dans les faits par un accroissement des écarts entre catégories sociales. De même, **l'état de santé bucco-dentaire** des enfants s'améliore globalement. En 2006, l'indice CAO mixte moyen (ou indice carieux), représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, est estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans contre respectivement 3,73 et 4,20 il y a vingt ans. Ces évolutions très favorables sont 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, etc.). Cependant, malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités entre catégories sociales restent là encore marquées. La mesure phare du plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 est l'instauration d'un examen de prévention à 6 et à 12 ans, pris en charge à 100 % sans avance de frais, de même que les soins dispensés pendant les six mois suivant l'examen (art. L2132-2-1 du Code de la santé publique). Cette disposition a été appliquée progressivement depuis 2006 par voie conventionnelle. D'après les données de la CNAMTS, la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année précédant et suivant leurs 6 ans est passée de 52,8 % pour la période 2003-2005 à 75,4 % pour la période 2007-2009.

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 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 la moins bien réalisée. Le recul n'est pas encore suffisant pour estimer globalement à partir des données des certificats de santé des enfants à 24 mois, les effets de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG en juillet 2007 (voir plus loin).

L'intoxication par le plomb, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le plomb incorporé par voie digestive, respiratoire ou sanguine (mère-fœtus) se distribue dans le sang, les tissus mous et surtout le squelette (94 %), dans lequel il s'accumule progressivement et reste stocké très longtemps. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche). L'exposition générale de la population française au plomb a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint : la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans a été estimée à 0,1 %. Elle a été divisée par 20 depuis la précédente enquête menée en 1995-1996. La réduction de la prévalence existe aussi dans les groupes à risque : parmi les enfants ciblés pour une première plombémie, la proportion ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l continue de baisser, passant de 24,3 % en 1995 à 3,2 % en 2009. Les actions de prévention individuelles et collectives doivent cependant être poursuivies. L'existence d'effets néfastes du plomb sur le développement cognitif de l'enfant à des niveaux de plombémie inférieurs au seuil de 100 µg/l devrait également amener à ne pas s'intéresser seulement aux enfants les plus exposés.

La prévalence de l'**asthme** est estimée à près de 9 % chez les enfants en France. À cet égard, le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants, avec plus d'un tiers des adolescents asthmatiques en classe de 3^e dont l'asthme serait non contrôlé. On constate d'ailleurs depuis 2003 une augmentation des taux d'hospitalisation chez les enfants de moins de 15 ans, en particulier les plus jeunes.

Les jeunes se sentent plutôt bien informés des risques pour leur santé

Représentant 13 % de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé est ainsi proche de la notion de « bien-être ».

Leurs modes de vie passent cependant parfois par l'adoption de **comportements à risque**. Selon l'enquête Escapad 2008, 30 % des jeunes de 17 ans déclarent fumer quotidiennement et 9 % consommer régulièrement de l'alcool (au moins dix usages au cours du dernier mois).

À l'adolescence, les habitudes de **consommation de tabac** des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien pour les filles de 17 ans est passé de 40 % à 28 % entre 2000 et 2008 et celui des garçons de 42 % à 30 % au cours de la même période. Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac semble se stabiliser. Or la précocité de l'expérimentation et l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque importants de l'installation durable dans la consommation et la dépendance. Ainsi, après avoir diminué de 2000 à 2005, l'âge moyen d'expérimentation du tabac est en 2008 de 13,4 ans pour les garçons et 13,7 ans pour les filles. À l'inverse, l'âge moyen de passage à l'usage quotidien, après avoir augmenté entre 2002 et 2003, a diminué en 2008 (14,3 ans pour les deux sexes). Ces résultats suggèrent que les jeunes les moins enclins à fumer se détournent de la cigarette et que les petits fumeurs profitent davantage des hausses des prix du tabac pour arrêter de fumer, dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées. L'**usage régulier d'alcool** à 17 ans est trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (13,6 % contre 4,0 %). Après avoir augmenté entre 2000 et 2003, la consommation régulière a cependant diminué entre 2003 et 2008 (de 47 % pour les filles et de 36 % pour les garçons). Les usages quotidiens sont encore très rares à l'adolescence : moins d'1 % des 17 ans étaient concernés en 2008. Après une hausse importante des ivresses alcooliques entre 2003 et 2005, et notamment des ivresses répétées (au moins trois dans l'année) ou régulières (au moins dix au cours des douze derniers mois), on observe une stabilisation en 2008 : 25,6 % des jeunes de 17 ans déclaraient des ivresses répétées et 8,6 % des ivresses régulières. Par ailleurs, 42 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis et 7 % en consomment régulièrement.

Les mesures de lutte contre le tabagisme et les conduites d'alcoolisation massive chez les jeunes (binge-drinking) inscrites dans le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues ont été récemment précisées par la loi dite « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST).

Si les jeunes se considèrent globalement bien informés des risques pour leur santé, ils se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'INPES. La prévalence de l'obésité chez les 15-24 ans continue d'augmenter, passant de 1,5 % en 1997 à 4 % en 2009 selon les données de l'enquête Obépi. Pour les adolescents, la **couverture vaccinale** est encore insuffisante. Un effort tout particulier devrait être dirigé vers les adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B.

Ainsi, même si les jeunes vont bien, ces comportements à risque peuvent avoir des conséquences lourdes pour leur santé future. Deux axes sont retenus dans le plan Santé des jeunes annoncé en 2008 et complétés de mesures prises en leur faveur dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009. Il s'agit de favoriser leur autonomie et leur accès aux soins et de renforcer l'information auprès des adolescents et des jeunes adultes.

Autre enjeu majeur, le **contexte de la sexualité chez les jeunes** incite aujourd'hui à une réflexion sur la hausse du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG). Ce constat traduit avant tout les difficultés de la pratique contraceptive au quotidien et l'inadéquation entre certaines méthodes contraceptives (pilules, patch.) et leur mode de vie. L'entrée dans la sexualité est une période où les jeunes filles se trouvent particulièrement exposées aux risques de maladies sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. En effet, la découverte de la sexualité, plus précoce qu'autrefois et la multiplicité des partenaires à un âge où la communication avec les adultes référents est difficile, placent l'ensemble des jeunes filles en situation de vulnérabilité face à ces risques. Néanmoins les résultats de l'enquête sur le recours à l'IVG, réalisée par la DREES en 2007, semblent indiquer que cet événement concerne plus particulièrement des jeunes filles en rupture de scolarisation, entrées plus jeunes en union et résidant plus souvent que la moyenne en dehors du domicile parental. Quel que soit leur profil, chez les mineures plus encore que chez les femmes adultes, l'insuffisance et les défaillances de la contraception, sont à l'origine de l'IVG. Elles soulignent l'urgence de réviser les recommandations contraceptives associées à l'entrée dans la sexualité et de développer la prévention dans un contexte global. Les représentations dominantes autour de la contraception et de la sexualité restent en effet encore très dissociées et se heurtent aux logiques sociales qui structurent la vie des femmes et des hommes.

Contraception et IVG

En 2010, 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 est estimée à 7,7 %. L'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie affective et sexuelle des femmes est un enjeu pour la santé sexuelle. Les actions se sont multipliées en matière de contraception et la dernière campagne nationale d'information sur la contraception a été promue sous le titre : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Parmi les méthodes de contraception, la pilule demeure la plus utilisée dans toutes les tranches d'âge. En 2010, 55,5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent y avoir recours. La prévalence d'utilisation des autres méthodes reste très normée selon l'âge : préservatif en début de vie sexuelle, passage à la pilule dès que la vie sexuelle est « stabilisée » et au stérilet lorsque la femme a eu le nombre d'enfants souhaité.

Parmi les facteurs qui permettent de rendre compte de la survenue d'échecs de contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué chez les très jeunes femmes. Mais c'est surtout la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains groupes sociaux qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive. Le recours à la contraception d'urgence pourrait constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque. À cet égard, les données recueillies par les Baromètres santé de l'Inpes montrent que l'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2010, en particulier parmi les plus jeunes. Chez les 15-24 ans, c'est plus d'une jeune femme sur trois qui déclare y avoir eu déjà recours en 2010 contre environ une sur sept en 2000.

L'utilisation de moyens contraceptifs mérite d'être observée notamment en lien avec le suivi du recours à l'interruption volontaire de grossesse. L'utilisation croissante des méthodes de contraception médicales (les Françaises occupent l'une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet) de même que la diffusion de la contraception d'urgence n'ont pas permis d'infléchir le recours à l'IVG et les échecs de contraception demeurent fréquents. Depuis la loi de 1975, le nombre d'IVG n'a que peu varié : près de 210 000 femmes sont concernées chaque année et près de quatre femmes sur dix ont recours à une IVG au cours de leur vie. Le taux d'IVG en 2009 est estimé à 14,5‰ femmes de 15 à 49 ans. Les écarts régionaux perdurent, avec des taux toujours plus élevés qu'ailleurs dans les départements d'outre-mer, en Île-de-France et dans le Sud-est de la France. La France se situe dans la moyenne européenne des 27 pays de l'UE, très au-dessus toutefois de pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas plus proches de 6 IVG pour mille femmes. En se limitant aux pays d'Europe occidentale, où la prévalence d'une contraception médicalisée est élevée, c'est en France, en Suède et au Royaume-Uni que les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés.

Par ailleurs, la pratique de l'IVG est en évolution. La part des IVG médicamenteuses continue de croître et représente aujourd'hui plus d'une IVG sur deux. Depuis que cette pratique a été autorisée en ville en 2004, près d'une IVG médicamenteuse sur cinq (soit une IVG sur dix) est réalisée en cabinet libéral. Cette pratique a été étendue en mai 2009 aux centres de planification ou d'éducation familiale et aux centres de santé. Il n'en demeure pas moins que 90 % de l'ensemble des IVG sont encore prises en charge dans un établissement de santé et la part du secteur public dans la prise en charge des IVG en établissement n'a cessé de croître : depuis 2008, 77 % des IVG sont réalisées dans un établissement public, contre 60 % en 1990.

Améliorer la prise en charge au moment de la conception, au cours de la grossesse et de l'accouchement

Avec plus de 800 000 naissances annuelles depuis 2004, la France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. Elle est avec l'Irlande le pays où les femmes sont les plus fécondes en Europe, largement au-dessus de la moyenne européenne. En 2010, 828 000 bébés sont nés en France, dont 797 000 en métropole. C'est autant qu'en 2006 ou 2008, années record parmi ces vingt-cinq dernières années. L'âge moyen des femmes à l'accouchement continue sa progression : en 2010, pour la première fois, il a atteint la barre symbolique des 30 ans, soit 8 mois de plus qu'il y a dix ans et presque 2 ans de plus qu'il y a vingt ans. La part des mères de 35 ans ou plus dans l'ensemble des naissances augmente régulièrement en France : elle atteint 22 % en 2010 contre 17,4 % seulement il y a dix ans et a presque quadruplé en trente ans. À l'inverse, seulement 46 % des bébés nés en 2010 ont une mère de moins de 30 ans, alors qu'ils étaient 62 % en 1990. Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales que connaît la société française, il faut donc rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes. Le nombre de grossesses à risque est en augmentation. Les difficultés des femmes à concevoir risquent de s'accroître, tandis que les grossesses extra-utérines et les décès maternels évitables demeurent trop fréquents.

La survenue de **grossesses extra-utérines** (GEU) favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* peut avoir un impact sur la fertilité ultérieure. En 2008, les grossesses extra-utérines (GEU) ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO, soit un ratio de 1,6 GEU pour 100 naissances vivantes. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans, proche de 2 chez les 35-39 ans et de 2,4 à partir de 40 ans. Les régions Guadeloupe et Martinique enregistrent des ratios supérieurs à 2,5. En cas d'hospitalisation, la GEU est traitée par une intervention réalisée sous coelioscopie dans environ 64 % des cas, mais, entre 1997 et 2008, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue. En onze ans, le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est passé de 1,9 à 1,6. Cette baisse observée pour les GEU hospitalisées pourrait être en partie compensée par une augmentation du nombre de GEU traitées médicalement qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

En France, le taux de **mortalité maternelle** tend à diminuer depuis la fin des années 1990 et s'établit à 7,1 pour 100 000 naissances en 2007-2008 soit environ une soixantaine de décès par an. La part des décès maternels évitables, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum, est estimée à 44 % pour la période 2003-2007. 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 augmenté.

Un faible niveau en folates chez la mère avant et au début de la grossesse est aussi un facteur de risque, pour le nouveau-né, d'anomalies neurologiques, comme l'**anomalie de fermeture du tube neural** (AFTN). L'amélioration du « statut en folates des femmes en âge de procréer notamment en cas de désir de grossesse » fait partie des neuf objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé (PNNS 2001-2010). Cet objectif a été repris dans la loi de santé publique de 2004, qui vise à réduire l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN). Les données issues des registres de malformations congénitales du réseau européen EUROCAT (43 registres répartis dans 20 pays) montrent une baisse globale de la prévalence totale d'AFTN (anencéphalie et *spina bifida*) d'environ 10 % entre 2004 et 2008, passant de 10,5 à 9,4 pour 10 000 naissances (naissances vivantes, mort-nés et IMG). D'après l'enquête nationale nutrition santé, 7 % des femmes non ménopausées présentent un risque de déficit en folates. Les données du régime général de l'Assurance maladie montrent toutefois que le nombre d'unités remboursées par an de suppléments en acide folique dédiés aux femmes ayant un désir de grossesse reste insuffisant selon les standards recommandés, malgré une augmentation très forte et qui se maintient.

La prématurité (particulièrement la grande prématurité) et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des **situations périnatales responsables de handicaps** à long terme. En 2010, l'enquête nationale périnatale montre que 6,6 % des naissances vivantes survenues en France métropolitaine sont prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (41,7 %). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2 500 g) est de 6,4 % parmi les naissances vivantes (49,5 % en cas de naissance multiples). Entre 2003 et 2010, les taux de prématurité et d'enfants de petit poids de naissance ont suivi des tendances légèrement différentes. Parmi l'ensemble des naissances vivantes, le taux de prématurité a très légèrement augmenté, mais de manière statistiquement non significative, alors que le taux d'enfant de petit poids a diminué de 7,1 % à 6,4 %. La différence de tendance du petit poids par rapport à la prématurité entre 2003 et 2010 est difficile à interpréter. Elle pourrait être le fait du hasard ou traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes ou de la baisse de la consommation de tabac. En France métropolitaine, d'après les données des enquêtes nationales périnatales, 18 % des femmes déclaraient fumer au troisième trimestre de la grossesse en 2010 contre 21 % en 2003 ; 9,9 étaient obèses en 2010 (indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m²) contre 7,4 % en 2003).

La **mortalité infantile** correspond au nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie ; elle est exprimée sous forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes pour l'année considérée. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure la santé infantile, mais reflète aussi l'état de santé d'une population. Il exprime l'efficacité des soins préventifs, l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que la qualité du système de soins et de santé. En outre, cet indicateur rend compte de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. La France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15 mais, tandis que le taux de mortalité infantile continue de baisser dans bon nombre de pays européens, il reste globalement stable depuis cinq ans en France (voir plus haut). Le taux de **mortalité périnatale** se définit comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants nés 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 au regard 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 de suivre les effets retardés, la mortalité infantile (nombre de décès, avant 1 an, d'enfants nés vivants rapporté à l'ensemble des naissances vivantes). Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale est reparti à la hausse depuis 2000. Si les changements de réglementation intervenus en 2001 et en 2008¹ sont responsables en grande partie de la hausse brusque de cet indicateur, ils n'expliquent probablement pas la totalité de cette évolution. En 2008, le taux de mortalité périnatale s'établit à 12,3 pour 1 000 naissances (enfants nés vivants ou sans vie). Le taux de mortalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale et a atteint 10,6 pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie en 2008. La mortalité néonatale et la mortalité infantile ont quant à elles, arrêté de baisser depuis 2005, se stabilisant respectivement autour de 2,5 et 3,8 pour 1 000 naissances vivantes. Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la métropole et les départements d'outre-mer, persistent pour l'ensemble de ces indicateurs.

La mortalité prématurée essentiellement masculine plus élevée que dans les autres pays européens

La situation de la France apparaît beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée que les autres pays européens de développement comparable. Ces décès avant 65 ans représentent environ 20 % de l'ensemble des décès et concernent pour près de 70 % d'entre eux des hommes.

Les causes de décès prématurés (causes initiales) les plus fréquentes sont les tumeurs responsables de 41,3 % des décès prématurés (1 décès sur 3 chez les hommes et 1 sur 2 chez les femmes), suivies des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès : 15,4 % des décès avant 65 ans) et des maladies de l'appareil circulatoire (13,4 % des décès prématurés).

Environ un tiers des décès survenant avant 65 ans sont associés à des causes « évitables » par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides etc.). Le nombre de

1. Le changement de législation intervenu le 22 août 2008, autorise sur production d'un certificat médical d'accouchement l'enregistrement à l'état civil de tout enfant mort-né ou non viable quels que soient la durée de la grossesse ou le poids à la naissance qui était fixé depuis 2001 à respectivement 22 semaines d'aménorrhées et/ou 500 grammes

décès associés à la mortalité « évitable » est d'environ 35 000 en 2008 pour la France métropolitaine : 70 % des décès observés concernent les hommes et les taux de décès standardisés sont multipliés par 3,5 par rapport aux femmes. La part de la mortalité « évitable » dans la mortalité prématurée est de 36,6 % chez les hommes et de 23,2 % chez les femmes. Entre 2000 et 2008, les diminutions les plus importantes ont été observées pour les accidents de la circulation, le sida et les causes de décès liées à l'alcool. En revanche, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont augmenté de 56 % chez les femmes et ne diminuent que faiblement chez les hommes (-14 %). Le suicide reste aussi une cause de mortalité « évitable » préoccupante : il baisse peu chez les hommes comme chez les femmes.

En 2007, parmi les 27 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 la Finlande et le Portugal.

Les suicides et accidents de la circulation : deux causes importantes de la mortalité « évitable »

Le **suicide** est un problème important de santé publique. Les décès par suicide représentent la deuxième cause de mortalité prématurée « évitable » pour les hommes comme pour les femmes. Au sein de l'Europe des 27, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence de suicide. Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de qualité et d'exhaustivité des déclarations. En France, une analyse des causes concurrentes de décès par suicide a montré que la sous-déclaration était d'environ 10 % en 2006 contre 20 % à la fin des années quatre-vingt-dix.

En 2008, près de 10 400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les trois-quarts surviennent chez des hommes. Les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps (-11 % chez les hommes comme chez les femmes entre 2000 et 2008). L'ampleur de la baisse est plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais ne concerne pas toutes les classes d'âge : comparativement à l'année 2000, le taux de suicide des 45-54 ans a augmenté modérément chez les hommes entre 2000 et 2008 (+5 %). Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2008, il s'élevait à 6,7 décès pour 100 000 habitants entre 15 et 24 ans et 33,6 après 74 ans (taux bruts, hommes et femmes confondus). Entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès et constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation ; à partir de 65 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès. Les taux de suicide varient également fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Très liés à la dépression, les suicides pourraient 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. À cet égard, le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 comporte 49 mesures regroupées en six axes : le développement de la prévention, l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage, l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide, la formation des professionnels, le développement des études et de la recherche et l'animation du programme au niveau local.

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. La France se caractérisait dans les années 2000 par une mortalité liée à la violence routière élevée, elle se situait au 15^e rang des 27 pays de l'Union européenne. La mortalité à 30 jours (136,4 par million d'habitants) y était deux fois plus élevée qu'en Suède (59,9) ou au Royaume-Uni (66,7). Elle se situe aujourd'hui au 8^e rang des pays européens.

En 2009, près de 4 300 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 170 dans les départements d'outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). C'est la première année de stabilité après sept années consécutives de baisse dont 2 années avec des baisses exceptionnelles : en 2003 (20,9 %) et 2006 (11,5 %). La moto est le mode de déplacement le plus dangereux et c'est la classe d'âge des 15-24 ans, en particulier pour les hommes, qui reste la plus exposée. Le nombre de blessés graves (hospitalisés plus de 24 heures) est passé de 40 792 en 2005 à 34 506 en 2009. D'après la projection des données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône sur l'ensemble de la France métropolitaine, 1,4 % des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les six jours qui suivent leur accident et autant gardent des séquelles graves un an après leur accident.

Évaluer plus précisément le rôle des conditions d'emploi et de travail sur la santé des femmes et des hommes

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

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

de la santé publique : ces indicateurs concernent les accidents routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, le bruit et l'exposition aux agents cancérigènes.

En 2009, 430 décès dus à des **accidents routiers liés au travail** ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : accidents de trajet dans trois cas sur quatre et accidents de travail à proprement parler (survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur) dans un cas sur quatre. La diminution relative des décès par accidents routiers de mission et de trajet relevée CASSA, de l'ordre de 50 %, est à mettre en parallèle avec celle de l'ensemble des décès routiers comptabilisés par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR).

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 estimées à partir du travail répétitif (répétition de gestes à une cadence élevée) de plus de 20 heures par semaine qui concernait près de 7 % des salariés en 2003. Par ailleurs, en 2005, 34 % des salariés, soit un peu plus de 7 millions, déclaraient devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. Ces facteurs 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 de contrainte.

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 de protections auditives à sa disposition. 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. Les différentes catégories professionnelles ne sont pas toutes concernées de la même façon, les ouvriers étant la catégorie la plus touchée. 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 par ailleurs **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 % des salariés exposés ne bénéficient d'aucune protection ni collective ni individuelle. Ces données témoignent 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.

Pour cette édition le rapport s'est enrichi d'un **dossier spécifique portant sur l'analyse des « conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle et l'état de santé après 50 ans »**. L'étude a été réalisée à partir d'une enquête longitudinale en population générale, SIP (Santé Itinéraire professionnel) dont l'objectif est de repérer les liens entre l'état de santé et l'itinéraire professionnel. Elle a porté sur les personnes ayant travaillé au moins 10 ans. Les résultats de l'enquête sont particulièrement utiles au regard des débats scientifiques et sociaux sur la pénibilité. Ces résultats confirment que les quinquagénaires ayant connu au moins une exposition à des contraintes physiques (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant ou exposition à des produits toxiques) ont un risque plus élevé d'être limités à cause d'un problème de santé dans leurs activités habituelles, et que les effets se cumulent. Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2007, 35 % des personnes de 50 à 59 ans déclarent avoir été exposées pendant quinze ans ou plus à l'une au moins des quatre expositions étudiées. Parmi elles, 40 % (soit 14 % de la population étudiée) déclarent avoir cumulé au moins deux types de contraintes physiques durant leur parcours professionnel, dans le même emploi ou dans des emplois différents, plus souvent des hommes que des femmes (respectivement 18 % et 10 % de l'ensemble de la population étudiée). Ce sont avant tout les catégories ouvrières qui sont les catégories professionnelles les plus exposées : 58 % des ouvriers ont connu au moins une exposition à des contraintes physiques pendant 15 ans ou plus (contre 17 % des cadres). Les personnes exposées sont moins souvent en bonne santé après 50 ans : 23 % des 50-59 ans se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé contre 14 % des autres quinquagénaires jamais exposés. Elles sont également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment après un cumul de pénibilités physiques.

Le niveau de diplôme exerce un effet doublement protecteur : il diminue la probabilité d'être exposé, et le risque de limitation d'activité chez les personnes exposées. Les résultats confirment que les conséquences de la durée d'exposition n'apparaissent pas linéaires : « l'effet du travailleur sain » conduit les individus les plus résistants à travailler plus longtemps dans des conditions d'exposition que d'autres ne supportent pas, et intervient probablement pour chaque condition de travail étudiée. Il est particulièrement net pour le travail de nuit. Le cumul des expositions, quant à lui, a des effets significatifs sur la dégradation de la santé.

Quelle est la participation sociale des adultes d'âge actif en situation de handicap ?

Certaines pathologies sont directement à l'origine des atteintes fonctionnelles tandis que d'autres en découlent. L'état de santé dégradé de ces personnes peut alors venir aggraver la situation de handicap, entraînant des difficultés supplémentaires dans leur vie quotidienne, sociale et professionnelle. Un **dossier spécifique**

étudie cette question de l'état de santé et de la participation sociale des personnes d'âge actif atteints de limitations fonctionnelles.

C'est seulement si les limitations fonctionnelles s'accompagnent de restrictions dans les activités que l'on parle de situation de handicap ou de désavantage social, conformément à la définition que l'OMS a donné du handicap au début des années quatre-vingt. Cette étude porte sur la situation, au regard de la santé et de la participation sociale, de ces personnes à risque de handicap. Douze profils types de limitations fonctionnelles, selon leur nature et leur sévérité ont été identifiés par des méthodes statistiques. L'état de santé des individus représentés dans chacun de ces profils types, est décrit. Pour chaque groupe, le risque de handicap ou de désavantage est estimé au travers de plusieurs indicateurs d'activité : des difficultés importantes dans les activités du quotidien et dans les relations avec les autres ainsi que l'absence d'insertion professionnelle.

L'état de santé et la participation sociale varient fortement d'un profil à un autre. Les femmes déclarent plus souvent des limitations physiques mais de moindre gravité, et moins souvent une reconnaissance administrative de handicap. Les limitations cognitives et sensorielles sont parmi les plus fréquentes mais elles s'accompagnent moins souvent de difficultés de participation sociale que les limitations intellectuelles et physiques, en particulier les limitations motrices (membres inférieurs ou tous les membres). Les personnes déclarant des limitations fonctionnelles sévères y associent une santé nettement moins bonne que la moyenne de la population. À caractéristiques socio-économiques comparables, les personnes déclarant des atteintes motrices ou intellectuelles souffrent du plus grand nombre de pathologies et de symptômes, qu'ils soient à l'origine des limitations ou qu'ils en soient la conséquence. Tous les profils présentent un risque plus élevé de mauvaise santé bucco-dentaire, qui s'explique en partie par les difficultés d'accès aux soins dentaires. Le cumul de pathologies et de symptômes amenuise les chances de participation sociale de ces adultes d'âge actif. Dès lors, on constate qu'une prise en charge globale de leur santé (physique, psychique et sociale) pourrait améliorer leur qualité de vie, et favoriser leur participation à une vie sociale.

Avec le vieillissement, des problèmes de santé plus fréquents

L'allongement de la vie va de pair avec une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. Avec l'avancée en âge, la prévalence des maladies cardiovasculaires, des tumeurs malignes et du diabète, augmente. Ces maladies chroniques représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des personnes en affection de longue durée (ALD) en 2008. Le taux de personnes en ALD est très fortement lié à l'âge, passant ainsi de moins de 2 % avant 5 ans à plus de 75 % à partir de 90 ans. Les femmes représentent 51,9 % des patients en ALD. Toutefois, à âge égal, la part des hommes en ALD est supérieure à celle des femmes.

Le vieillissement n'a ainsi pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou avec des incapacités. Celles-ci sont souvent concentrées en fin de vie et concernent davantage les femmes du fait de leur longévité. Ces limitations fonctionnelles concernent moins de 5 % de la population avant 40 ans et augmentent avec l'âge. L'accroissement des limitations sensorielles à la quarantaine est lié principalement à la survenue des problèmes de vue (presbytie), auxquels s'ajoutent, pour les hommes plus que pour les femmes, des problèmes d'audition. À partir de 70 ans, les limitations fonctionnelles sont plus fréquentes et multidimensionnelles, associant des problèmes physiques, sensoriels et cognitifs. À titre d'exemple, à 85 ans, 70 % des hommes et 80 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, et la moitié cumulent deux voire trois formes de limitations. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours. Globalement 20 % des hommes et des femmes atteints de limitations fonctionnelles, soit 1,7 million de personnes, déclarent ainsi des difficultés pour réaliser les soins personnels : se lever du lit, se laver, se nourrir.

Les **douleurs chroniques** dont la prévalence augmente avec l'âge 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 2008, près de 30 % des personnes de 16 ans et plus déclarent des douleurs physiques d'une intensité importante (au cours des quatre dernières semaines) et c'est le cas de près de 67 % des personnes très âgées. Par ailleurs, deux personnes sur dix déclarent que ces douleurs physiques ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. En 10 ans (entre 1998 et 2008), la proportion d'hommes et de femmes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable chez les moins de 25 ans et les 25-64 ans, mais cette proportion semble augmenter pour les 65 ans ou plus, pour les hommes comme pour les femmes. Enfin, entre 2002 et 2007, 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).

L'évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 réalisée par le Haut conseil de la santé publique en 2011 a conclu que la prise en charge de la douleur s'était améliorée globalement en 10 ans en ce qui concerne tant l'information, la formation, la détection, l'évaluation que le traitement, en particulier chez les personnes âgées qui constituaient l'une des cibles de ce 3e plan de lutte contre la douleur. Mais, ces améliorations ne doivent pas masquer la grande hétérogénéité dans les pratiques et dans l'organisation des soins. Il est important d'assurer le suivi des actions des précédents plans douleur, de poursuivre les efforts de formation pour limiter la confusion dans la prise en charge de la douleur entre la douleur chronique d'une part

et les soins de support et d'accompagnement en fin de vie d'autre part, et de développer les modalités de prise en charge par des techniques non médicamenteuses pour cette population spécifique.

La loi de santé publique de 2004 a identifié des objectifs pour des troubles concernant plus particulièrement les personnes âgées notamment les atteintes sensorielles (non spécifiques mais dont la prévalence augmente fortement avec le grand âge), l'ostéoporose et les chutes ainsi que les conséquences des troubles urinaires chez les femmes.

Les **atteintes sensorielles** sont fréquentes chez les personnes âgées. 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 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 pour 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 ou plus sur deux déclare avoir un trouble de la vision de près mais c'est le cas pour 85 % des personnes de 65 ans ou 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 près de 27 % des personnes de 85 ans ou plus. Les difficultés pour voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées : elles concernent 16 % des personnes de 18 ans ou plus, mais 25 % de celles qui sont âgées de 65 à 84 ans et 39 % de celles qui ont plus de 84 ans. Les taux de correction sont élevés (95 %) mais leur efficacité est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % contre 92 %), notamment pour les personnes âgées de 65 à 84 ans (efficacité de la correction pour 82 % des personnes de cette classe d'âge) et de 85 ans ou 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'études 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, 28 % des personnes déclarent de telles gênes et elles sont 52 % à partir de 85 ans. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne que les corrections visuelles (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'études 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 est caractérisée par une fragilité excessive du squelette, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de la micro-architecture osseuse. Elle est fréquente chez les femmes après la ménopause car la masse osseuse diminue avec l'âge et avec la carence en hormones féminines (œstrogènes). L'ostéoporose est une affection « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle. Par conséquent, le diagnostic est souvent établi lors de la survenue de fractures, notamment celles du col du fémur qui concernent des femmes dans environ 80 % des cas. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités.

Le risque de mortalité après fracture de l'extrémité supérieure du fémur est augmenté en particulier chez les personnes âgées. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention à tous les âges de la vie. Chez les personnes âgées, la prévention des fractures repose également sur la prévention des chutes et par des stratégies de réduction des incapacités chez les personnes âgées. Les fractures du col du fémur ont motivé près de 73 500 séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO en 2008 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les taux standardisés d'hospitalisation ont décliné d'en moyenne 1,4 % par an entre 1997 et 2007 pour les hommes et de 2,3 % pour les femmes. En 2008, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane ont enregistré des taux standardisés d'hospitalisation très inférieurs à la moyenne nationale.

Pour les personnes de 65 ans ou 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 etc.). L'épidémiologie des chutes est mal connue, peu d'enquêtes permettent d'en rendre compte. 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, on enregistrait 4 385 décès à la suite d'une chute, en 2004, chez les personnes de 65 ans ou 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.

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 2008, 12,7 % des femmes de 16 ans ou plus déclaraient des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge, dépassant 21 % des femmes après 65 ans. Ces chiffres sont cependant à considérer avec prudence, ce trouble étant probablement sous-déclaré. Ainsi, dans l'enquête réalisée par l'INSERM en 2007 auprès de femmes consultant en médecine générale, la prévalence a été estimée à 26,6 %.

Une préoccupation majeure : la sécurité des patients

De nombreux pays se sont organisés pour réduire les événements indésirables qui peuvent survenir lors des soins. L'OMS a lancé un programme pour la sécurité des patients en 2004 et le Conseil de l'Union européenne a publié une recommandation relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci en 2009.

Plusieurs objectifs de la loi de santé publique visent ainsi à réduire la survenue d'événements iatrogènes associés aux soins survenant au cours de séjours hospitaliers ou en ambulatoire. Le terme « iatrogène » présume que l'on puisse imputer l'événement aux soins, avec un niveau de preuve suffisant. Cette imputabilité n'implique pas la notion d'erreur ou de faute, elle est souvent difficile à établir. Depuis 2004, ce terme a été abandonné au profit de celui d'événement indésirable grave (EIG) « survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement ». Les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins ont des conséquences importantes pour le patient : ils peuvent conduire au décès du patient, ou comporter une menace vitale, ou nécessiter une hospitalisation, ou, lorsqu'ils surviennent chez un patient hospitalisé, ils peuvent prolonger le séjour ou conduire à un handicap ou une incapacité persistant au-delà de la sortie. Ils sont souvent dus aux effets indésirables des médicaments ou aux infections contractées en milieu hospitalier, encore appelées infections nosocomiales.

La DREES a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves (ENEIS). L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer leurs évolutions par rapport à l'enquête de 2004. Le **dossier « Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS »** détaille les résultats de l'enquête au regard de cet objectif. Le caractère évitable de chaque événement indésirable a fait 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.

D'après les résultats de l'enquête ENEIS, représentative des unités de courts séjours des établissements publics et privés (hors obstétrique), on estime ainsi qu'il y a en 2009, 6,2 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation survenant plus fréquemment en chirurgie (9,2 pour 1 000) qu'en médecine (4,7 pour 1 000 journées d'hospitalisation). En extrapolant ces résultats à l'ensemble des établissements de santé, le nombre total d'EIG survenant chaque année au cours d'une hospitalisation en France varierait entre 275 000 et 395 000. 42 % de l'ensemble des EIG survenus au cours de l'hospitalisation seraient évitables.

En 2009, concernant les EIG à l'origine d'hospitalisations, on estime que 4,5 % de l'ensemble des admissions en médecine et en chirurgie, sont causées par des événements indésirables graves, les deux tiers faisant suite à une prise en charge extrahospitalière. Plus de la moitié d'entre eux ont été jugés évitables (2,6 % des admissions). Il convient cependant de souligner que les événements iatrogènes survenant en ambulatoire ne conduisent pas tous à une hospitalisation, notamment parmi les plus graves, pour ceux qui ont provoqué un décès.

On estime enfin à 2,1 % la proportion d'admissions pour événements indésirables graves médicamenteux (effets indésirables des médicaments et erreurs de pratique dans leur utilisation) ce qui correspond à une fourchette d'estimation entre 125 000 et 250 000 en nombre d'admission.

L'enquête ENEIS montre également que les patients âgés et fragiles sont plus exposés aux EIG évitables, suggérant des pistes d'action ciblées sur certaines catégories de la population.

La fréquence des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins dans les établissements de santé est stable par rapport à la première édition de l'enquête réalisée en 2004. Cependant, compte tenu de la modification de la structure d'âge des patients hospitalisés, de la complexité technique des actes et des prises en charge et des modifications des conditions de travail, avérées sur la période étudiée, on pouvait s'attendre à une hausse de la fréquence des EIG entre 2004 et 2009. Cette stabilité des résultats ne doit ainsi pas masquer les progrès réalisés ces dernières années dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales ou en anesthésie-réanimation par exemple. Pour les infections nosocomiales, les données de surveillance du réseau Raisin montrent que la prévalence des patients infectés a diminué de 12 % entre 2001 et 2006. Ces données de prévalence sont confirmées par d'autres réseaux de surveillance, notamment le réseau de surveillance des infections du site opératoire (ISO). L'incidence brute des ISO a diminué de 27 % entre 2004 et 2008, suggérant un impact positif du Programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

■ DES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES PERSISTANTES

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

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie et notamment de travail ; les modes de vie et comportements à risque ; le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de l'existence ; 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 etc. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées. Ce sont souvent les mêmes populations, les moins favorisées (faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, que ce soit dans l'environnement professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou dans l'environnement familial (pollutions affectant le logement comme le bruit, la mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont elles aussi qui ont le plus souvent les comportements défavorables à la santé (notamment en matière de nutrition, d'activité physique, de prévention, etc.).

Les inégalités s'inscrivent dès le plus jeune âge : les enfants d'ouvriers, de même que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale ont un état de santé bucco-dentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres enfants. Si des évolutions favorables peuvent être observées dans toutes les catégories sociales pour l'état de santé bucco-dentaire, les inégalités persistent. Pour la surcharge pondérale, elles s'aggravent. Ainsi la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 10-11 ans dont le père est cadre ou de profession intellectuelle supérieure a diminué, passant de 12,8 % (dont 1,3 % d'obèses) en 2001-2002 à 7,4 % (dont 0,6 % d'obèses) en 2004-2005. En revanche, chez les enfants dont le père est ouvrier, la prévalence de la surcharge pondérale est restée stable (23,3 % en 2001-2002 et 24,5 % en 2004-2005) et la prévalence de l'obésité a augmenté de 5,1 % à 6,1 % au cours de la même période. L'écart entre les cadres et les ouvriers s'est ainsi accru : en 2004-2005 on dénombre dix fois plus d'enfants obèses chez les ouvriers que chez les cadres, contre quatre fois plus en 2001-2002. Ces inégalités perdurent chez les adultes. Ainsi, les adultes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre des obèses, ont été en forte croissance pendant les années 1990. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes et les disparités sociales semblent s'accroître.

Les inégalités sociales de mortalité sont également importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 7 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles. Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie socioprofessionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées. Ces inégalités d'espérance de vie se doublent par ailleurs d'inégalités dans le nombre d'années vécues en bonne santé. Ainsi, au sein d'une durée de vie déjà plus courte, les ouvriers vivent un plus grand nombre d'années avec des problèmes de santé. De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Seuls les agriculteurs bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne mais avec aussi davantage d'années avec des limitations fonctionnelles.

Certains dispositifs comme le dépistage organisé pourraient contribuer à la réduction des inégalités de santé. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein en France date de mars 2004. Dans les enquêtes en population générale, la proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans est un peu inférieure à 80 % mais elle a augmenté entre 2000 et 2008 et les écarts entre les classes d'âge se sont atténués. Ainsi, si dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible, les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement.

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

Quand les données régionales ou départementales existent, on constate des différences territoriales sensibles en matière de mortalité comme de morbidité pour de nombreux problèmes de santé. Pour la mortalité évitable,

par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué pour les hommes, les régions du sud de la France connaissant une situation plus favorable. Ces disparités, en partie liées à des différences territoriales de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés. Des disparités existent également entre la métropole et les départements d'outre-mer. Ainsi, les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, pour les taux de prématurité et d'enfant de petit poids qui y sont en 2010 près de deux fois plus élevés qu'en métropole. On pourrait également citer les indicateurs de mortalité infantile et périnatale, les taux d'IVG notamment chez les mineures, certains indicateurs de morbidité (diabète, hypertension artérielle par exemple) ou de mortalité spécifique.

Les inégalités sociales de santé sont liées outre à l'accessibilité financière et géographique aux soins, à des facteurs structurels relevant, pour l'essentiel, d'autres secteurs que le secteur sanitaire. Elles sont largement le résultat, des autres inégalités sociales qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique. Les actions à mener pour réduire les inégalités sociales de santé se situent donc en grande partie dans le champ d'autres politiques publiques, et notamment des politiques fiscales et sociales, éducatives et environnementales. Le nord sud, le Parlement européen a adopté une résolution en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité à mettre en œuvre dans les principes du « Health in all policies » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques). Il rappelle que la lutte contre les inégalités de santé ne pourra être efficace sans une politique commune et des stratégies de santé publique coordonnées et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé. Réaliser des progrès dans la lutte des inégalités sociales de santé ne pourra donc se faire qu'au prix d'un développement fort de l'interministérialité, comme le souligne le rapport du Haut Conseil de la santé publique sur les inégalités sociales de santé.

■ DÉTERMINANTS ET PATHOLOGIES

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 notamment) et de la mortalité prématurée. Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites, etc.) dont l'impact est certainement considérable, notamment pour la qualité de vie des personnes. Le tabagisme seul ou en association avec la consommation d'alcool est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 13,3 % de la mortalité avant 65 ans (15,2 % pour les hommes). En 2008, tous âges confondus, 30 215 décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont été recensés. Ils concernent les hommes dans 77 % des cas mais le tabagisme féminin s'étant développé au cours des dernières décennies, le taux de décès standardisé s'est accru. Entre 1990 et 2008, il a globalement doublé chez les femmes avec un taux de progression encore plus important chez les moins de 65 ans, alors qu'il a diminué dans le même temps pour les hommes.

Alcool : les usages à risque s'accroissent chez les plus jeunes

La consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus est estimée à 12,4 litres en 2009. Le rythme de diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000, s'est ralenti depuis 2005 mais reste orienté à la baisse. Cette diminution s'inscrit dans le prolongement d'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.

En 2010, près de quatre adultes sur dix, entre 18 et 75 ans, présentent une consommation d'alcool à risque, les trois quarts d'entre eux présentant un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et un quart, un risque d'alcoolisation excessive chronique. Les risques apparaissent deux à trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes et varient avec l'âge. La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool a peu augmenté entre 2005 et 2010, passant de 36,6 % à 37,2 %. On observe cependant chez les plus jeunes, un accroissement des usages à risque chez les hommes comme chez les femmes, en particulier chez les femmes jeunes, entre 18 et 24 ans. Les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés au risque d'alcoolisation excessive chronique. En revanche, les autres catégories sont plus concernées par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel. Pour les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est nettement plus élevée que les autres catégories professionnelles. Elles présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé. L'élévation du niveau de diplôme et de la catégorie sociale rapproche la consommation régulière d'alcool des hommes et des femmes.

La stratégie gouvernementale en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2008-2011. Les objectifs généraux affichés dans le Plan ciblent les plus jeunes et visent à prévenir les « conduites d'alcoolisation massives » et à modifier les représentations par rapport à l'alcool. À cet égard, la loi portant sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) adoptée le 21 juillet 2009 interdit la vente d'alcool aux moins de 18 ans, quels que soient les lieux et mode de vente. Elle sonne également la fin des open-bars (entrées payantes, dans

les discothèques par exemple, avec boissons à volonté). Par ailleurs, la vente d'alcool dans les stations-services a été restreinte, auparavant permise entre 6 heures et 22 heures, elle ne l'est plus qu'entre 8 heures et 18 heures. Il est également strictement interdit de vendre des boissons alcooliques réfrigérées dans les points de vente de carburant. D'autres objectifs du Plan font mention de l'objectif général de prévenir les abus d'alcool, afin de réduire par exemple les accidents professionnels et l'absentéisme. On observe paradoxalement un assouplissement des restrictions légales concernant le commerce et la publicité de l'alcool prévues par la loi la loi du 10 janvier 1991 dite loi Évin. La loi HPST a ainsi statué en faveur d'une autorisation de la publicité pour les boissons alcoolisées en ligne, sauf sur des « sites destinés à la jeunesse » malgré des débats parlementaires nourris sur l'opportunité d'interdire la publicité en faveur de l'alcool sur internet.

Tabagisme : une évolution préoccupante chez les femmes

En 2010, 26 % des femmes et 32,4 % des hommes de 15-75 ans déclarent fumer habituellement. Environ 5 % déclarent fumer occasionnellement. Après une diminution globale du tabagisme quotidien entre 2000 et 2005, la part de fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010 passant de 27,1 % à 29,1 %. La prévalence du tabagisme quotidien augmente fortement chez les femmes (de 23 % à 26 %), mais cette augmentation n'apparaît pas significative chez les hommes (de 31,4 % à 32,4 %). Les chômeurs comptent toujours en 2010, davantage de fumeurs quotidiens (51,0 %) que les actifs occupés (33,4 %) du même âge, cette caractéristique restant vraie quels que soient le sexe et l'âge.

La part des femmes déclarant fumer au moins une cigarette par jour au 3^e trimestre de leur grossesse continue de baisser. En France métropolitaine, d'après les enquêtes nationales périnatales, 21 % des femmes déclaraient fumer au troisième trimestre de la grossesse en 2003 contre 18 % en 2010. Les femmes jeunes, moins diplômées, qui résident en métropole apparaissent davantage concernées par ce comportement.

Le tabagisme passif a par ailleurs été identifié comme un problème spécifique de santé publique. La loi Évin du 10 janvier 1991 avait établi le principe d'une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs. Le décret du 15 novembre 2006 est venu modifier le cadre réglementaire précédent et assure cet objectif de moyens de mise en œuvre beaucoup plus opérationnels. En effet, depuis ce décret, le tabac est totalement interdit, tant dans les établissements scolaires que de santé. Dans les lieux de convivialité, des « fumeurs » sont en théorie possibles mais les conditions très contraignantes de leur autorisation en restreignent considérablement l'installation. Le décret est entré en vigueur le 1^{er} février 2007 pour les milieux professionnels, scolaire et sanitaire et le 1^{er} janvier 2008 pour les lieux de convivialité. Désormais, les lieux de travail apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac. De façon plus spectaculaire pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, l'application du décret d'interdiction apparaît avoir radicalement modifié le paysage tabagique des lieux destinés à un usage collectif.

En ce qui concerne l'exposition à la fumée de tabac à domicile, un non fumeur sur cinq (19,4 %) déclare y être régulièrement ou de temps en temps exposé.

Le surpoids et l'obésité chez les adultes continuent de progresser

Compte tenu des déséquilibres nutritionnels, liés à la fois à des excès dans l'alimentation et à un environnement marqué par une augmentation des comportements sédentaires et un manque d'activité physique, l'excès de poids est associé à un risque important de maladies chroniques, diabète et maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, etc.). Le Programme national nutrition santé (PNNS) propose une politique nutritionnelle qui concerne aussi bien les apports (l'alimentation) que les dépenses énergétiques (l'activité physique). Pour les PNNS 2001-2010, neuf objectifs nutritionnels prioritaires ont été définis, complétés par dix objectifs « spécifiques ». Ces objectifs précis et quantifiés sont déclinés également dans les objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Le PNNS 3 (2011-2015), qui fait suite aux deux premiers programmes, présente plus de 40 propositions réparties selon quatre thématiques et accorde une large place à la réduction des inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition. De nouveaux objectifs quantifiés ont été proposés et s'articulent avec le PO (plan Obésité) et le PNA (Plan national pour l'alimentation).

La **prévalence de la surcharge pondérale** (surpoids et obésité) augmente partout dans le monde. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre de personnes obèses, a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité ; pour autant, celle-ci continue de progresser notamment chez les femmes, et les disparités sociales semblent s'accroître. L'obésité, estimée à partir de données déclaratives sur le poids et la taille, concerne en 2009 13,9 % des hommes de 18 ans ou plus et 15,1 % des femmes (enquête Obépi). L'augmentation relative de l'obésité entre 2006 et 2009 a été identique pour les hommes et les femmes.

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). La **consommation moyenne de sel** en France était

de l'ordre de 9 à 10 g/j en 2000. Les apports en sel provenant de l'alimentation (hors sel ajouté à domicile) ont diminué de 5 % entre 1999 et 2006. Cependant, l'objectif d'un niveau moyen de consommation de 8 g/j n'est pas encore atteint, les apports moyens totaux en sel pouvant être estimés entre 8,7 et 9,7 g/j.

D'après les données de consommation individuelles disponibles, la faible **consommation de fruits et légumes** semble diminuer, excepté chez les jeunes adultes (18-24 ans), depuis le début des années 2000. En 2006-2007, un tiers des adultes consommaient moins de 3,5 fruits et légumes par jour et près de 60 % en consommaient moins de 5 par jour, seuil correspondant au repère de consommation des PNNS 2001-2010. Si ces consommations varient relativement peu selon le sexe, elles varient très fortement selon l'âge (les plus jeunes étant très fréquemment de petits consommateurs de fruits et légumes), le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle. Des analyses spécifiques montrent que les disparités de consommation concernent plus les légumes que les fruits.

Selon les données issues des enquêtes déclaratives en population générale réalisées depuis 2005, entre 6 et 8 adultes sur 10, hommes ou femmes, pratiquent l'équivalent d'au moins 30 minutes d'**activité physique** d'intensité au moins modérée au moins cinq fois par semaine. Ils sont globalement entre 2 et 5 sur 10 à pratiquer une activité physique de niveau « élevé ». La prévalence de la pratique d'une activité physique varie selon son intensité avec le sexe, l'âge, la profession et catégorie socioprofessionnelle : l'absence d'activité physique dans le cadre professionnel est donc probablement compensée dans le cadre des loisirs, chez les hommes notamment.

Des déterminants environnementaux multiples

L'environnement influe sur l'état de santé. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. 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. Ces objectifs avaient été définis en cohérence avec le Plan national santé environnement (PNSE 1) qui se réfère à une approche intégrée des expositions aux facteurs de risque que chacun subit tout au long de sa vie dans les divers microenvironnements qu'il fréquente, environnement domestique, extérieur, mais aussi professionnel. Dans la continuité du PNSE 1, un deuxième PNSE 2, a été adopté en 2009. Il propose des mesures visant à réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé. Il affiche un deuxième axe fort, la prise en compte et la gestion des inégalités environnementales, c'est-à-dire la limitation des nuisances susceptibles d'induire ou de renforcer les inégalités de santé.

Concernant la **qualité de l'air**, de nombreuses études épidémiologiques 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). Au cours de la période 2000-2009, les concentrations de particules atmosphériques (PM₁₀) sont restées stables en France. On constate cependant en 2007 une augmentation des niveaux de PM₁₀ en raison d'épisodes de pollution assez exceptionnels. Les concentrations moyennes de NO₂ sont également restées assez stables avec une légère tendance à la baisse tandis que celles de SO₂ sont maintenant extrêmement faibles. En revanche, les niveaux moyens d'ozone ont enregistré une augmentation régulière entre 2000 et 2009 notamment en zones urbaines et périurbaines. L'objectif de réduction des concentrations de particules en suspension n'est donc pas atteint, alors qu'une évaluation de l'impact à long terme sur la mortalité de l'exposition chronique aux PM_{2,5} dans neuf villes françaises confirme que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel (environ 1 500 décès annuels potentiellement évitables dans les neuf villes en cas de réduction de 5 µg/m³ des concentrations de PM_{2,5}).

Pour la surveillance de la qualité de l'air intérieur, 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. 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. Il se concentre dans les locaux d'où il pourrait être évacué par une ventilation efficace. Actuellement, ces campagnes continuent dans le but de couvrir l'ensemble des établissements ouverts au public des départements prioritaires. Conformément aux dispositions définies par l'arrêté de juillet 2004, des actions de gestion doivent être obligatoirement réalisées dès que le 1^{er} niveau d'action est atteint (400 Bq/m³). Pour la campagne 2008-2009, les mesures du radon dans les établissements ouverts au public des départements prioritaires ont montré qu'environ 19 % des établissements contrôlés étaient au-dessus du seuil d'action fixé à 400 Bq/m³.

Les décès par **intoxication au monoxyde de carbone** (CO) constituent la première cause de mortalité 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 2008, on dénombrait 78 décès par intoxication au CO de cause certaine (hors incendies et suicides) et 96 décès si l'on y ajoute ceux pour lesquels l'intoxication au CO est une cause possible. La mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO) demeure à un niveau stable ces dernières années, après avoir régulièrement diminué entre la fin des années 1970 et 2000. Le taux moyen annuel brut est passé de 0,19 décès pour 100 000 habitants sur la période 1999-2003 à 0,16 décès pour 100 000 habitants sur la période 2004-2008, soit une baisse de 16 %.

La **qualité de l'eau** est quant à elle encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides par exemple). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les responsables de la production et de la distribution des eaux des agences régionales de santé (ARS). La qualité de l'eau de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces normes mais 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). La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme au cours de l'année pour les paramètres microbiologiques a diminué de 5,6 points entre 2000 (8,8 %) et 2009 (3,2 %). Cette tendance à l'amélioration semble durable. S'agissant des pesticides, la situation en 2009 montre également une évolution favorable.

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. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint (voir plus haut).

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 l'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, 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 sanitaires concernées et sont pris en compte dans le Plan national santé-environnement.

Des maladies infectieuses encore responsables d'une grande partie de la morbidité

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 par d'autres modes (relations sexuelles, 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, etc.) ou pour certains agents infectieux. La loi de santé publique a prévu, outre le 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, a été identifiée 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 lutte contre la légionellose fait l'objet de l'action 1 du PNSE1. La mortalité qui lui est attribuable concerne particulièrement les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.), mais reste faible (moins d'une centaine de cas annuels). L'incidence observée en France métropolitaine est de 1,9 cas de légionelloses déclarées pour 100 000 habitants en 2009. Après une augmentation régulière entre 1997 et 2005 (qui reflétait probablement plus une amélioration du système de surveillance et des pratiques diagnostiques qu'une évolution réelle de l'incidence), les données de la déclaration obligatoire montrent que la diminution de l'incidence de la légionellose en France amorcée depuis 2006 se poursuit en 2009. Cette baisse peut être rapportée en partie aux nombreux efforts réalisés pour la maîtrise du « risque légionelle » en particulier à l'application des réglementations concernant le recensement et le contrôle de l'ensemble des tours aéro-réfrigérantes, associées aux mesures spécifiques visant à renforcer la maîtrise du risque dans les établissements recevant du public, les hôpitaux, les établissements hébergeant des personnes âgées. Cette démarche a été récemment appuyée par la publication de l'arrêté du 20 février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire dans les établissements recevant du public. L'incidence qui apparaît élevée en comparaison

avec la moyenne européenne (1,1 pour 100 000 en 2009) peut être mise au compte d'une meilleure performance du système de surveillance (diagnostic et déclaration).

La **tuberculose** fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Malgré une augmentation du nombre de cas entre 2006 et 2008, l'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer au cours de la dernière décennie, passant de 11,1 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2000 à 8,2 pour 100 000 en 2009. Mais plus que sur l'incidence globale, l'objectif de la loi de santé publique porte sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposés ». Les disparités sociodémographiques et géographiques restent cependant importantes : en 2009, l'incidence est huit fois plus élevée au sein de la population née à l'étranger et les cas se concentrent en Île-de-France et dans les zones urbaines. Par ailleurs la Guyane continue d'être la région de France où l'incidence est la plus forte. La situation épidémiologique de la France s'avère toutefois comparable à celle d'autres pays d'Europe de l'ouest. Elle se caractérise par une concentration des cas dans les zones urbaines, et notamment autour de la capitale, et des incidences très disparates selon le pays de naissance des populations.

Le **sida**, maladie due à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (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. L'objectif de réduction de l'incidence du sida inscrit dans la loi de santé publique de 2004 était également l'un des objectifs du Programme national de lutte contre le VIH-sida et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008, reconduit dans le plan national 2010-2014. Les procédures de déclaration obligatoire existent depuis 1986 pour le sida et depuis mars 2003 pour l'infection par le VIH, elles permettent de suivre les incidences du sida d'une part et les nouvelles contaminations par le VIH d'autre part. L'incidence du sida a diminué très nettement en 1996-1997, puis de façon plus modérée ensuite. En 2009, le taux d'incidence du sida s'élève à 2,2 pour 100 000 et la France reste un des pays du sud de l'Europe occidentale assez touché, mais moins que le Portugal ou l'Espagne. Les régions les plus touchées sont toujours les départements français d'Amérique, avec notamment la Guyane et dans une moindre mesure la Guadeloupe. La Martinique et l'Île-de-France sont touchées à des niveaux moindres, mais plus élevés que les autres régions françaises. La baisse concerne actuellement tous les modes de contamination, à l'exception de celui des hommes contaminés par rapports homosexuels. Pour les découvertes de séropositivité au VIH on a ainsi observé une baisse entre 2004 et 2008 avec une légère augmentation en 2009 qui n'est retrouvée que chez les hommes homosexuels. Cette augmentation est sans doute le reflet d'une augmentation d'homosexuels ignorant leur séropositivité, dans la mesure où le dépistage, même fréquent, ne suffit pas dans un contexte de transmission du VIH importante. Pour les usagers de drogues injectables, le nombre de découvertes de séropositivité chez les usagers de drogues injectables reste faible.

La lutte contre les **infections sexuellement transmissibles** (IST) repose sur la prévention primaire, à travers la réduction des comportements à risque dans la population et la prévention secondaire avec le diagnostic précoce, le dépistage, le traitement des patients et de leur(s) partenaire(s). Les indicateurs de suivi des IST sont issus de réseaux volontaires. Ils sont utiles pour dégager des tendances dans le temps mais ne permettent pas de calculs d'incidence. Ces données indiquent une augmentation des gonocoques et des infections à *Chlamydia trachomatis*. En 2009, la syphilis augmente dans les autres régions et semble se stabiliser en Île-de-France. Les indicateurs suggèrent qu'un sous diagnostic pourrait expliquer en partie une sous déclaration du nombre de cas de syphilis. Les infections à gonocoque sont marquées par une progression forte entre 2008 et 2009 et l'apparition d'une diminution de la sensibilité aux céphalosporines alors que des souches résistantes sont déjà observées dans d'autres pays comme en Asie. Cette croissance est observée sans aucune modification des systèmes de surveillance. L'augmentation des infections à *C. trachomatis* pourrait s'expliquer par la politique d'incitation au dépistage. L'émergence de souches de sensibilité réduite aux céphalosporines en France (des souches résistantes sont déjà observées dans d'autres pays comme en Asie), souligne l'importance de rappeler les bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques. À cet égard, une mise à jour des recommandations a été réalisée par l'Afssaps fin 2008 à destination de l'ensemble des professionnels de santé.

L'obtention et le maintien d'une bonne **couverture vaccinale** constituent des éléments clés dans 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. Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie, etc.), ce suivi doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, rendent le suivi de la couverture vaccinale des adultes indispensable. 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 et la rubéole (ROR). En ce qui concerne l'hépatite B, bien qu'encore trop faible et nettement moins bien réalisée que les autres, la couverture à 24 mois augmente à partir de 2005. Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devrait être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B.

En juillet 2007, sur les recommandations du Comité technique des vaccinations et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France l'**obligation vaccinale par le BCG** a été suspendue et un régime de recommandation forte pour les enfants les plus exposés a été promulgué. Le processus de décision a pris en compte les caractéristiques du vaccin BCG intradermique, son rapport bénéfice-risque, les enjeux éthiques et l'acceptabilité sociale du maintien ou de la suspension de l'obligation vaccinale. Le recul n'est pas encore suffisant pour estimer globalement à partir des données des certificats de santé des enfants à 24 mois, les effets de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG.

La **vaccination antigrippale** fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière. Maladie infectieuse fréquente et généralement banale, la grippe est responsable de complications graves voire mortelles chez les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections chroniques ou susceptibles d'être aggravées par le virus. Les recommandations vaccinales concernent ainsi les professionnels de santé, les personnes de 65 ans ou plus et celles atteintes d'une affection pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. Le taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière, même s'il a tendance à augmenter de manière générale, reste inférieur dans tous les groupes cibles à la valeur prescrite de 75 % par la loi de 2004. En 2009-2010, le taux de vaccination contre la grippe des assurés de 65 ans ou plus de la CNAMTS est resté stable par rapport aux campagnes précédentes autour de 64 %. Pour les moins de 65 ans ayant une affection donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination, le taux de vaccination a progressé, passant de 49 % en 2008-2009 à 54,4 % en 2009-2010. Le taux de vaccination des médecins généralistes libéraux a également fortement progressé ces dernières années pour atteindre près de 75 %.

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 de santé publique a ainsi fixé pour objectif de **maîtriser les phénomènes de résistance aux antibiotiques**. La mise en place d'un plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques en 2001, suivi d'une seconde phase pour 2007-2010, 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. La maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé figurait 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. La proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) et de sensibilité diminuée à la pénicilline a baissé de 47 % en 2001 à 26,7 % en 2009. Quant à la proportion de souches de pneumocoques résistantes aux fluoroquinolones isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies), elle reste inférieure à 2 % (0,8 % en 2009). Pour les staphylocoques aureus résistants à la méticilline (SARM), une tendance à la baisse est également observée à partir de diverses sources. En particulier, les données des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales réalisées en 2001 et 2006 montrent une diminution importante de la prévalence un jour donné des patients infectés à SARM (-41 %). Saisi par le directeur général de la Santé pour évaluer le Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010, le Haut conseil de la santé publique a pris le parti d'analyser la politique à l'œuvre depuis 2001 et conclut qu'il est hautement probable que certaines modifications de l'écologie bactérienne vers moins de résistance (pneumocoque, staphylocoque doré) soient attribuables aux plans engagés depuis 2001.

Concernant la consommation antibiotique en santé humaine, les données recueillies depuis 1997 montrent qu'il convient de rester prudent et de ne pas relâcher les efforts. En effet, en ville, les prescriptions d'antibiotiques pour des maladies virales et donc non justifiées restent majoritaires et peuvent expliquer une partie de l'augmentation de la consommation d'antibiotiques observée en 2009. De même à l'hôpital, une légère reprise de la consommation d'antibiotiques est observée lorsque celle-ci est rapportée, non plus à la population française, mais au nombre de journées d'hospitalisation, indicateur d'activité hospitalière de référence. En outre, la France reste parmi les pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques.

Des enjeux importants autour de la prise en charge des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée et des maladies évolutives. Elles entraînent souvent une détérioration de la qualité de vie et sont parfois associées à une invalidité ou des complications graves de santé. Parmi ces pathologies on peut citer les cancers qui représentent 30 % des causes de décès par an, le diabète, l'hypertension artérielle qui touche 66 % des plus de 50 ans, l'obésité qui concerne 50 % des 18-74 ans, ou encore les maladies cardiovasculaires.

En population générale, la proportion de personnes déclarant une maladie chronique est relativement élevée (36,9 % chez les 15 ans ou plus) y compris chez les plus jeunes du fait de la possibilité de déclarer des troubles relativement mineurs comme des problèmes de vue aisément corrigés par des lunettes par exemple. La prévalence augmente fortement avec l'âge, passant de 15 % pour les 15-24 ans à 76 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

En 2009, 1,4 million de nouvelles ALD (affections de longue durée) ont été prises en charge par l'ensemble des trois principales caisses d'assurance maladie françaises, soit une augmentation d'environ 40 % depuis 2000. Le nombre d'ALD progresse plus vite que le nombre de personnes en ALD, en raison de l'augmentation du nombre moyen d'ALD par personne. Les facteurs explicatifs de cette croissance sont variables selon les

pathologies : augmentation de nouveaux cas (caractère épidémiologique 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 est particulièrement marquée pour les cancers, le diabète, l'hypertension artérielle sévère ainsi que pour l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme ou les cardiopathies valvulaires graves. Les démences (incluant la maladie d'Alzheimer), qui ne sont individualisées que depuis 2004, continuent leur augmentation en 2009, après une phase de stabilité entre 2005 et 2006. Les affections psychiatriques de longue durée enregistrent également une augmentation du nombre d'ALD en 2009.

Les personnes atteintes par des maladies chroniques sont en premier lieu concernées par des problématiques d'accès aux soins (proximité géographique mais aussi accès économique) et de qualité des soins. Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladies rares, etc.). Le suivi de l'état de santé tel qu'il est prévu dans la loi fait la part de la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence) mais également de leur prise en charge (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. La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est néanmoins considérée de façon spécifique dans une logique transversale par le plan « Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », qui est l'un des cinq plans stratégiques annoncé dans la loi de santé publique de 2004.

Les **tumeurs** sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, comptant pour près de 30 % de l'ensemble des décès et quatre décès prématurés sur dix. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'ALD après les maladies cardiovasculaires. Elles sont également l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans. 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, à âge égal, plus élevés pour les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, les hommes vivant en France sont également au sein de l'Europe dans une position plus défavorable que la moyenne des autres pays. 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 situation favorable des femmes doit cependant être relativisée : l'augmentation des taux standardisés de mortalité féminine observés entre 2000 et 2008 pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et les tumeurs du pancréas, du foie et de la vessie témoigne de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes.

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 cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global recouvre des disparités considérables entre les différents cancers. La survie à cinq ans est sensiblement plus élevée pour les femmes que pour les hommes généralement atteints de cancers plus graves (respectivement 63 % et 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 non seulement aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic.

Le dépistage et le diagnostic 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 pour les femmes, du mélanome (cancer cutané) et du cancer colorectal.

Le **cancer du sein** est le premier cancer pour les femmes en termes de mortalité, avec en 2008 un taux de 24,4 décès pour 100 000, en diminution de 10 % par rapport à l'année 2000. C'est également le premier cancer en termes de mortalité prématurée chez les femmes (14,4 pour 100 000, en diminution de 15 % par rapport à l'année 2000). Son incidence est en augmentation. Il représente près du tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme. 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 régulière. Calculé sur l'ensemble des départements, il est passé de 40,2 % en 2004, à 52 % en 2010. En 2010, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie est très élevée (94 %). La proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans (ce qui correspond aux recommandations en la matière) est en revanche plus faible, mais ne cesse d'augmenter pour atteindre 80 % en 2010. Les écarts entre les classes d'âge se sont atténués et l'augmentation la plus forte concerne les femmes de 70 à 74 ans. Dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible mais les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement depuis la généralisation du dépistage en 2004.

Entre 1980 et 2005, l'incidence du **cancer du col de l'utérus** n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9 %. Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000 (-1,8 % par an en

moyenne entre 2000 et 2005). 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, avec une diminution nette après 55 ans, et la catégorie socioprofessionnelle. Les programmes de dépistage organisés semblent contribuer à améliorer la couverture de dépistage d'après les résultats d'études pilotes menées par l'InVS. Dans le futur, la vaccination contre les papillomavirus humains devrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer de l'utérus et sur les modalités de dépistage.

Le **mélanome** est la plus grave des tumeurs cutanées. Entre 1980 et 2005, l'incidence du mélanome a augmenté régulièrement, avec un taux d'accroissement annuel de 4,7 % pour les hommes et de 3,4 % pour les femmes. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément : le taux de mortalité a augmenté en moyenne de 1,3 % pour les femmes et de 2,3 % pour les hommes. Ces évolutions divergentes d'incidence et de mortalité tendent à montrer qu'il y a de plus en plus de mélanomes à extension superficielle, de bon pronostic et accessibles à la détection précoce.

Le **cancer colorectal** est la troisième localisation de cancer la plus fréquente pour les hommes et la deuxième pour les femmes. Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal, lorsque le taux de participation de la population est égal ou supérieur à 50 %. Un programme pilote proposant tous les deux ans un test Hémocult® aux personnes âgées de 50 à 74 ans a été expérimenté dans 23 départements. Sa généralisation décidée en 2005 a été effective en 2008. Sur la période 2009-2010, près de 17 millions de personnes de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et 5,14 millions d'entre elles ont adhéré au programme. Le taux de participation national au dépistage organisé pour cette période est de 34,0 %. Un effort de sensibilisation au dépistage doit viser particulièrement les sujets les plus jeunes, la participation au dépistage organisé ayant été la plus faible chez les personnes de moins de 60 ans.

La loi 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. De fait, la pluridisciplinarité fait désormais partie de la culture majoritaire en cancérologie. Les centres de coordination en cancérologie des établissements de santé et des centres de radiothérapie autorisés au traitement du cancer s'organisent en tant que « cellules qualité opérationnelles ». Ils visent à assurer notamment le suivi du parcours du patient dont l'organisation et le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en articulation avec les réseaux régionaux de cancérologie. En 2007, le nombre de dossiers de malades enregistrés en RCP était de plus de 611 962. Depuis 2005 le nombre de dossiers déclarés enregistrés en RCP a été multiplié par 2,5.

Le **diabète** constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence, 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 2009, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à 4,4 % en France, soit environ 2,9 millions de personnes. La France se situe ainsi dans la moyenne européenne. L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2009 est de 6 % par an parmi les assurés du régime général de l'Assurance maladie (sections locales mutualistes comprises). Dans les départements d'outre-mer, la prévalence du diabète traité est plus élevée qu'en métropole, atteignant en 2009, 8,8 % à La Réunion, 8,1 % en Guadeloupe, 7,4 % en Martinique et 7,3 % en Guyane. Ces chiffres élevés en outre-mer 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 plus élevé. L'adéquation de la surveillance des personnes diabétiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisante. En 2007, selon les types d'examen de surveillance, de 26 % à 80 % des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80 % pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restaient le dosage de l'albuminurie (26 %), les trois dosages annuels d'hémoglobine glyquée (38 %), ainsi que l'électrocardiogramme (35 %). Toutefois, la fréquence de ces indicateurs a progressé, sauf la fréquence de l'examen ophtalmologique annuel, réalisé chez moins d'une personne diabétique sur deux. Le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2 a en revanche diminué fortement grâce à l'intensification thérapeutique, mais demeure encore élevé. Les complications du diabète sont pour certaines d'entre elles préoccupantes. Concernant la réduction de la fréquence et de la gravité des complications du diabète prévu par la loi de santé publique, les évolutions sont difficiles à estimer mais les efforts doivent être poursuivis. L'augmentation des taux de certaines complications entre 2001 et 2007 pourrait être liée à un dépistage plus important, ainsi qu'à un traitement plus actif (revascularisation coronaire et laser ophtalmologique).

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 135,6 en 2004 (9 régions) à 150 en 2009 (20 régions). Dans les douze régions pour lesquelles des données sur les cinq années consécutives ont été recueillies (2005-2009), l'incidence standardisée a globalement augmenté de 1,5 % par an en moyenne, mais ce résultat masque des évolutions différentielles avec l'âge.

L'incidence est restée stable chez les personnes de moins de 75 ans alors qu'elle a crû chez les plus âgés (+3,2 % par an sur la période). Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, les contraintes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. Leur qualité de vie est donc importante à prendre en compte. Des questionnaires de santé perçue permettent d'approcher cette notion. 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. La qualité de vie des patients greffés apparaît nettement meilleure que celle des patients dialysés. Pour les dialysés, 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 ont une influence positive sur la qualité de vie. Pour les patients greffés, la tolérance des traitements immunosuppresseurs a un impact important sur la qualité de vie. 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 25 minutes. Pour 7,3 % des patients, la durée de trajet est supérieure à 45 minutes. Après un an de dialyse, 15 % des patients sont inscrits sur la liste nationale d'attente pour une greffe rénale (22 % à trois ans), avec de fortes variations selon l'âge et la présence ou non de comorbidités associées. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, la durée d'attente avant greffe a augmenté de manière significative : celle-ci est passée de 14,2 mois pour les patients inscrits entre 1995 et 1998 à 19,8 mois pour la cohorte 2007-2009, cette durée variant en fonction du groupe sanguin et de la présence d'anticorps anti-HLA.

Les **maladies de l'appareil circulatoire** constituent globalement la deuxième cause de décès en France après les cancers et sont la première cause de décès pour les femmes – c'est l'inverse pour les hommes. Plusieurs objectifs de la loi ont trait à la baisse des maladies cardiovasculaires en population générale, en particulier les objectifs abordant la question sous l'angle de la prévention, relatifs à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité, des consommations de sel et d'alcool, et à l'augmentation de l'activité physique. Le contrôle des dyslipidémies et de l'hypertension artérielle constitue également l'un des leviers de la prévention des pathologies cardiovasculaires.

Les **cardiopathies ischémiques** (infarctus du myocarde principalement) ont représenté à elles seules 25,8 % des décès cardiovasculaires en 2008. Entre 2004 et 2008, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 15 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes. La diminution des taux standardisés d'hospitalisation est moins marquée. La tendance à la baisse des décès par cardiopathies ischémiques s'inscrit dans le prolongement d'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 1990 pour les plus âgées. 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 **maladies cérébrovasculaires** 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 100 000 séjours hospitaliers en 2007. Ils ont été la cause initiale d'environ 32 300 décès en 2008, soit 22,1 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire. 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 2009. Cette stagnation est en partie liée à la plus grande sensibilité des moyens diagnostiques et pour les dernières années, à l'élargissement de la définition des AVC. Les bases médico-administratives montrent toutefois une diminution des taux standardisés d'hospitalisations pour AVC entre 2000 et 2007 (-5,8 %), mais ne permettent pas de différencier les évolutions respectives des AVC incidents et des récidives. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue (et ancienne) des taux standardisés de décès pour maladies cérébrovasculaires (-50 % entre 1990 et 2008 et -28 % entre 2000 et 2008). 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 mais aussi dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Picardie et Haute-Normandie. Le plan AVC 2010-2014 se décline en quatre axes stratégiques : développer la prévention et l'information, organiser une meilleure prise en charge au sein de filières AVC territoriales coordonnées, veiller à la qualité globale de la prise en charge et assurer le pilotage, le suivi et l'évaluation du dispositif. L'objectif en développant la prévention et l'organisation de véritables filières de soins pouvant accueillir tous les patients pour leur prodiguer les soins de qualité est à terme de réduire le poids social de cette maladie.

L'**insuffisance cardiaque chronique** est un syndrome hétérogène qui peut compliquer certaines pathologies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, hypertension artérielle, etc.) ou non (embolie pulmonaire, infection pulmonaire, anémie sévère, etc.). Elle évolue en dents de scie, avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Une part importante des réhospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie. Entre 2000 et 2008, le nombre de décès pour insuffisance cardiaque a diminué de 9 % et le taux standardisé sur l'âge de 20 %. Au cours de la même période, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a augmenté de 22 % et le taux standardisé d'hospitalisation est resté stable sur cette période. En 2008, 146 900 personnes ont eu une ou plusieurs hospitalisations complètes en soins de courte durée avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque. Parmi elles, 19,4 % ont eu plusieurs séjours pour ce motif cette même année, soit une progression de 7,8 % par rapport à 2002.

L'**hypertension artérielle** (HTA) et l'**hypercholestérolémie** sont deux facteurs de risque cardiovasculaire majeurs et fréquents qui représentent une part importante des motifs de consultation après 45 ans, pour les hommes comme pour les femmes. 2006 est la première année pour laquelle des données sur l'ensemble du territoire sont disponibles. La prévalence de l'hypertension est estimée à 31 % entre 18 et 74 ans et il s'avère que si la prévalence a baissé globalement (estimation chez les 35-64 ans à partir de données de registre), la détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants, en particulier chez les hommes. En ce qui concerne l'hypercholestérolémie, les données des registres de cardiopathies ischémiques montrent une baisse sensible du niveau de cholestérol LDL dans la population en 10 ans (-6 %).

L'**asthme** est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie interagissent. Les degrés de sévérité de cette affection sont très variables. Sa prévalence est élevée, elle augmente en France ainsi que dans les pays de niveaux 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 2008 d'un peu plus de 2 % par an. L'analyse par classe d'âge permet de nuancer ces résultats : si les taux ont diminué chez les enfants âgés de 10 ans ou plus et chez les adultes, ils ont augmenté chez les enfants les plus jeunes. De plus, chez l'adulte, les taux semblent stables depuis 2004. La prévalence de l'asthme est estimée à près de 9 % chez les enfants en France. À cet égard, le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants : pour plus d'un tiers des enfants, l'asthme serait non contrôlé.

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, 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). Ils sont également à l'origine de handicaps, d'incapacités et de désinsertion sociale, pesant lourdement sur la qualité de vie des personnes et de leurs proches. Première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, 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. De plus, bien que les troubles psychiques soient souvent sous-diagnostiqués, la consommation de psychotropes en France est la plus élevée d'Europe. Si, là encore, le développement des maladies résulte dans la plupart des cas de facteurs combinés (susceptibilité individuelle allié aux conditions de vie), des mesures de prévention efficaces sont possibles mais le champ 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, etc. Les acteurs sollicités sont à la fois des professionnels de la santé et de l'action sociale. À cet égard, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 comportait des programmes d'actions spécifiques sur les populations vulnérables : les enfants, les adolescents et les personnes en situation de précarité et d'exclusion. Son évaluation est en cours au moment de la rédaction de cette synthèse.

Parmi les maladies psychiques, les troubles anxieux et dépressifs et les démences ont un poids tout particulier en santé publique du fait de l'importance de leur prévalence. Comme l'a souligné le Haut conseil de la santé publique, les objectifs spécifiques aux maladies psychiques retenus dans la loi de santé publique restent cependant difficiles à évaluer dans l'état actuel de notre système d'information : le manque de données épidémiologiques dans le domaine des pathologies psychiatriques est crucial. Il a cependant été observé que la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est restée stable en population générale entre 2005 et 2010. Selon le Baromètre santé 2010, environ 10 % des femmes et 6 % des hommes ont souffert d'un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois. En revanche, la part de personnes ayant des troubles dépressifs, mais qui n'ont pas eu recours aux services d'un organisme, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ni suivi une psychothérapie, a franchement baissé puisque cette proportion est passée de 63 % en 2005 à 39 % en 2010. Il est probable que la campagne nationale sur la dépression lancée en 2007 ait largement contribué à cette meilleure proportion de recours aux soins pour faire face à la souffrance psychique. Les hommes recourent moins que les femmes ainsi que les plus jeunes et certaines catégories sociales.

Améliorer l'accès aux traitements de substitution et à la prévention pour les usagers de psychotropes

Les consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites sont susceptibles d'entraîner des conséquences sanitaires et sociales multiples. Elles peuvent avoir des répercussions pour les consommateurs, mais aussi pour leur entourage plus ou moins proche (pathologies induites, souffrances individuelles, familiales, collectives ; coût social et économique). 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 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 est d'environ 230 000 en 2006. 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 2009, près de 76 800 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et 37 700 sous méthadone (respectivement 80 173 et 14 027 en 2002). Ainsi, selon la source de données utilisée, la méthadone serait utilisée dans environ un tiers des traitements de substitution aux opiacés (contre 15 % en 2002). En 2004, les traitements de substitution par méthadone étaient en outre disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, le taux de prévalence du VHC chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du VIH. Cette différence peut s'expliquer par un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé et une plus grande résistance du VHC en milieu extérieur. Ainsi le nombre de découvertes de séropositivité VIH pour les usagers de drogues est très faible, estimé à 85 en 2009, soit environ 1 % de l'ensemble des découvertes. Le nombre annuel de cas de sida pour les usagers de drogues continue à diminuer.

La prévalence du VIH a aussi diminué notamment pour les plus jeunes. L'ensemble de ces données tend à montrer que la réduction de la transmission du VIH pour les usagers de drogues se poursuit. Selon les données biologiques de l'enquête Coquelicot en 2004, 10,2 % des usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie ont une sérologie VHC positive. Les enquêtes déclaratives auprès des usagers semblent indiquer une tendance à la baisse depuis le début des années 2000.