L'état de santé
de la population en France en 2006

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

drees

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE EN 2006

INDICATEURS ASSOCIÉS À LA LOI RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

Coordination : Emmanuelle Salines, Christine de Peretti et Sandrine Danet
Directrice de la publication : Mireille Elbaum
Rédactrice en chef : Élisabeth Hini
Visuel et maquette : La Souris@wanadoo.fr

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

ADEME, AFSSA, Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-SD7, DREES, INPES, INRETS, INSEE, INSERM-CepiDc, INSERM unité 149, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, USEN/CNAM

Pour la DREES :
Emmanuelle CAMBOIS, Albane GOURDOL, Nathalie GUIGNON, Marie-Claude MOUQUET, Sylvain PICHETTI, Annick VILAIN

http://www.sante.gouv.fr
rubrique « Recherche études et statistiques »

Cet ouvrage fournit une vision d'ensemble de l'état de santé de la population française en 2006 et constitue le premier rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

La loi prévoit en effet un rapport de suivi annuel qui a vocation à alimenter, d'une part la réflexion des parlementaires, et d'autre part l'évaluation que doit conduire à l'horizon de cinq ans le haut comité de la santé publique (HCSP).

Ce rapport a été préparé, sous la coordination de la DREES, par un ensemble de partenaires, producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-SD7, DREES, INPES, INRETS, INSEE, INSERM, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, USEN/CNAM).

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

Pour cette année, outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, il comprend l'évaluation des indicateurs associés à 57 objectifs spécifiques. Les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation chiffrée sont ceux pour lesquels les sources de données n'étaient pas disponibles. Il s'agit par exemple de mesure de qualité de vie pour certains états pathologiques, ou d'atteintes de santé dont la mesure est complexe dans des groupes spécifiques.

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

sommaire

Sommaire

SYNTHÈSE 9

INDICATEURS DE SANTÉ TRANSVERSAUX 27

Cadrage démographique et social 29
Données synthétiques de mortalité 36
Indicateurs synthétiques globaux sur la morbidité déclarée 42
Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population 46
Inégalités sociales de santé 56

OBJECTIFS 61

Objectif 1 Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant 64
Objectif 2 Prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool 66
Objectif 3 Prévalence du tabagisme quotidien 70
Objectif 4 Tabagisme passif dans les établissements scolaires 74
Objectif 5 Surpoids et obésité chez l'adulte 78
Objectif 6 Rachitisme carentiel, carence en vitamine D 80
Objectif 9 Sédentarité et inactivité physique 82
Objectif 10 Consommation de fruits et légumes 84
Objectif 11 Sel dans l'alimentation 86
Objectif 12 Surpoids et obésité chez l'enfant 88
Objectif 14 Accidents routiers mortels liés au travail 90
Objectif 15 Exposition des travailleurs soumis à des contraintes articulaires 92
Objectif 16 Exposition des travailleurs au bruit 94
Objectif 17 Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel 96
Objectif 18 Exposition des enfants au plomb 98
Objectif 19 Exposition au radon dans les bâtiments publics 100
Objectif 20 Exposition de la population aux polluants atmosphériques 102
Objectif 22 Qualité de l'eau 106
Objectif 23 Intoxication au monoxyde de carbone 108
Objectif 25 Incidence de la légionellose 110
Objectif 26 Séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène 112
Objectif 27 Événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation 114
Objectif 28 Événements iatrogènes « évitables » 116
Objectif 30 Résistance aux antibiotiques 118
Objectif 32 Douleurs chroniques 124
Objectif 33 Accès aux soins 126
Objectif 36 Infection VIH-Sida 128
Objectif 38 Incidence de la tuberculose 130
Objectif 39 Vaccination contre la grippe des groupes à risque 132
Objectif 40 Maladies diarrhéiques 134
Objectif 41 Infections sexuellement transmissibles 136
Objectif 42 Couverture vaccinale de la population 138
Objectif 44 Mortalité maternelle 142
Objectif 45 Mortalité périnatale 144
Objectif 46 Grossesse extra-utérines 146
Objectif 47 Situations périnatales à l'origine de handicaps 148
Objectif 48 Dépistage du cancer du col de l'utérus 150

Objectif 50	Dépistage du cancer du sein	152
Objectif 51	Cancer de la peau, mélanome	156
Objectif 54	Surveillance des personnes diabétiques	158
Objectif 55	Complications du diabète	162
Objectif 56	Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables	166
Objectif 58	Prise en charge des toxicomanes	170
Objectif 68	Atteintes sensorielles chez l'adulte	172
Objectif 69	Maladies cardio-vasculaires	176
Objectif 72	Accidents vasculaires cérébraux	178
Objectif 74	Asthme	182
Objectif 76	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	184
Objectif 78	Incontinence urinaire	186
Objectif 80	Insuffisance rénale chronique terminale	188
Objectif 81	Insuffisance rénale chronique et qualité de vie	192
Objectif 82	Ostéoporose	194
Objectif 92	Suicides	196
Objectif 93	Accidents de la vie courante	198
Objectif 94	Violence routière	200
Objectif 97	Contraception	204
Objectif 99	Chutes des personnes âgées	206

RÉPERTOIRE DES SIGLES **209**

synthèse

Synthèse

L'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée dans notre pays reste l'une des plus élevées de l'Union européenne.
En outre, des disparités sensibles continuent à exister tant entre hommes et femmes qu'entre régions ou entre catégories sociales, et, dans certains groupes de population et pour certaines pathologies, on constate encore des situations préoccupantes.
Des progrès pourraient être réalisés grâce à la prévention et à des améliorations des prises en charge, et ce à tous les âges de la vie. Pour appréhender cette situation sanitaire et en suivre l'évolution au cours du temps, le suivi des indicateurs associés aux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique fournit une palette d'informations très riche, à laquelle s'ajoute la vision générale apportée par un ensemble d'indicateurs transversaux de cadrage. Les indicateurs classiques de mortalité (mortalité, espérance de vie) et de morbidité (incidence et prévalence des différents problèmes de santé) seront au fur et à mesure enrichis par le développement et la mesure d'indicateurs plus qualitatifs sur la santé perçue, les limitations fonctionnelles et la qualité de vie dont certains sont encore du domaine de la recherche.

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

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

Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (83,8 ans pour les femmes et 76,7 ans pour les hommes) continue de progresser, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés. En 2001, l'espérance de vie à 65 ans était parmi les plus élevées, tant pour les femmes (21,4 ans) que pour les hommes (16,9 ans). La proportion d'années de vie sans incapacité à 65 ans reste stable, l'allongement de la durée de vie ne semblant donc pas s'accompagner globalement d'une dégradation de l'état de santé.

Le taux de mortalité globale (taux brut de 8,6 pour 1 000 en 2005) est par ailleurs en France l'un des plus faibles d'Europe. Le taux de mortalité infantile (3,6 pour 1 000 en 2005) qui a diminué de plus de 25 % depuis 10 ans est également l'un des moins élevés du monde, les pays du nord de l'Europe enregistrant toutefois des situations encore plus favorables.

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

Cette situation apparaît toutefois beaucoup moins favorable en matière de mortalité évitable. En effet, comparée aux pays de l'Union européenne (à 15), la France se trouve à l'avant-dernier rang pour la mortalité prématurée et au dernier rang pour la mortalité prématurée évitable (données 2001). Ces taux sont particulièrement préoccupants pour les hommes. Cette mortalité prématurée est notamment liée aux cancers et aux autres pathologies provoquées par le tabac et l'alcool, mais aussi aux suicides et aux accidents de transport sur lesquels doivent continuer à porter nos efforts.

■ UNE PLUS GRANDE FRAGILITÉ DES HOMMES ET DES PERSONNES ÂGÉES

Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes, avec un paradoxe selon que l'on observe la mortalité ou l'état de santé déclaré. Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes, qui tendent à se réduire mais restent encore importants, montrent en effet une plus grande fragilité masculine. Ces écarts d'espérance de vie sont passés de 8,2 ans à la naissance et 4,5 ans à 65 ans en 1994 à respectivement, 7,1 ans et 4,4 ans en 2004, les indicateurs de mortalité préma-

turée et de mortalité prématurée évitable restent particulièrement défavorables pour les hommes dans notre pays. Les comportements de santé et de recours aux soins font au contraire apparaître que, paradoxalement, les hommes déclarent moins de maladies, se sentent en meilleure santé et ont moins recours aux soins que les femmes.

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

■ DES DISPARITÉS SOCIALES ET GÉOGRAPHIQUES IMPORTANTES

Par ailleurs, de façon quasi générale, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont liées à la position sociale et au niveau d'éducation. Tous les indicateurs – que ce soit la déclaration d'état de santé, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins – font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle et le niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'expositions aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) visent à permettre aux personnes en situation précaire d'accéder à des conditions de soins de droit commun. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. En 2004, 10 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) et/ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes, 11,6 %, que chez les hommes, 8,2 %. Il est maximal entre 30 et 59 ans, puis diminue avec l'âge. Les renoncements augmentent de manière importante au-dessous d'un revenu de 2 500 euros mensuels pour un ménage.

Enfin, lorsqu'on dispose de données par région ou par département, on constate pour beaucoup de problèmes de santé des différences territoriales sensibles en matière de mortalité comme de morbidité. Pour la mortalité évitable, par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué chez les hommes, les régions du sud de la France ayant une situation plus favorable. Ces disparités, qui sont en partie liées à des différences territoriales de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés. Un constat plus approfondi de cette question illustré notamment par une cartographie, sera consultable en ligne sur le site du ministère de la santé dans la rubrique « Études, Recherches et Statistiques ».

Ces disparités font ressortir que, pour certains groupes de population et certaines pathologies, des gains sont possibles en matière d'état de santé, grâce à une action sur ses déterminants. Ceux-ci sont notamment d'ordre comportemental (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, habitudes alimentaires, prises de risques…), liés à des expositions dans la vie quotidienne et en milieu de travail (environnement chimique [pollution…], physique [bruit, travaux pénibles…], biologique [bactéries, virus…], social [stress…]) ou liés à l'environnement socioculturel des personnes. Ces déterminants, qui sont parfois multiples, sont souvent connus pour les différentes pathologies et accessibles à des actions de prévention (encadré) qui pourront permettre de diminuer la fréquence d'apparition ou la sévérité des maladies. L'amélioration des prises en charge peut également permettre d'éviter ou de retarder les incapacités liées aux problèmes de santé, et d'améliorer la qualité des soins et les conditions de vie dont bénéficient les patients.

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

L'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus a diminué de 9 % entre 1999 et 2004 en France. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient

essentiellement de la baisse de la consommation de vin. La France continue toutefois à faire partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool, même si elle ne se situe plus en tête du classement. Ainsi, environ un tiers des personnes de 18 ans et plus ont une consommation d'alcool considérée à risque : risque d'alcoolisation excessive ponctuelle pour les trois quarts d'entre elles (plutôt des hommes entre 18 et 44 ans) et risque d'alcoolisation excessive chronique pour un quart (là encore plutôt des hommes, plus âgés, après 44 ans). Si les cadres et professions intellectuelles et les hommes ouvriers qualifiés apparaissent plus concernés par le risque ponctuel, ce sont les hommes agriculteurs et ceux qui appartiennent à la catégorie « artisans commerçants et chefs d'entreprise » qui sont le plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique. Chez les femmes, ce risque d'alcoolisation chronique est plus fréquent chez les cadres et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

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

Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, le tabagisme est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment dans leurs localisations pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 30 % de la mortalité avant 65 ans (52 % chez les hommes). Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites…) dont l'impact est considérable, tant pour la qualité de vie des personnes qu'en termes de coût économique.

En 2005, l'usage quotidien de tabac concernait 23 % des femmes et 30 % des hommes de 15-75 ans : il est globalement en baisse depuis quelques années, mais connaît une relative stabilité parmi les femmes depuis les années 1980. Environ 2 femmes enceintes sur 10 déclarent notamment fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, même si cette part a baissé depuis 1995. Ce sont plutôt des femmes jeunes, moins diplômées que la moyenne.

L'arrêt du tabagisme apparaît plus fréquent parmi les fumeurs consommant de petites quantités de cigarettes car ils sont aussi les fumeurs les moins dépendants.

À l'adolescence, les habitudes de consommation des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans est passé de 40 % à 37 % entre 2000 et 2003, celui des garçons passant de 42 % à 38 %. Les hausses des prix ont sans doute participé à cette diminution dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées. Par ailleurs, si l'âge moyen d'expérimentation du tabac apparaît stable depuis quelques années (13,6 ans), celui de l'entrée dans le tabagisme quotidien semble plus tardif (14,9 ans pour les filles et 15,0 ans pour les garçons, contre respectivement 14,7 et 14,8 en 2002).

Le tabagisme passif a été par ailleurs identifié depuis quelques années comme un problème spécifique de santé publique. Des réglementations plus protectrices ont été édictées. Elles concernent notamment les établissements scolaires, les lieux de restauration et le milieu professionnel.

Concernant les établissements scolaires, en 2002, 7 % des collèges et 40 % des lycées, avaient prévu des emplacements réservés aux élèves fumeurs de plus de 16 ans, la quasi-totalité des espaces autorisés se trouvant dans les cours de récréation. Par ailleurs, 22 % des collégiens et 78 % des lycéens fumeurs ont déclaré fumer « à l'école ». La salle des professeurs était en 2002 totalement non-fumeurs dans moins de la moitié des écoles élémentaires et dans 30 % des cas dans les lycées et collèges.

En 2004, 43 % des restaurants, cafés et brasseries offraient des emplacements réservés aux fumeurs et étaient équipés d'un extracteur d'air. Seuls 11 % étaient entièrement « non-fumeur ».

En 2002-2003, 20 % des adultes ayant un emploi se déclaraient enfin encore exposés au tabac dans leur milieu professionnel.

■ LE DÉVELOPPEMENT DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ IMPLIQUE DES ÉVOLUTIONS EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ET DE SÉDENTARITÉ

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

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

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

En 2002, 81 % des hommes et 71 % des femmes avaient une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour alors que les recommandations préconisent une consommation de 5 fruits et légumes par jour. Cette faible consommation concerne tout particulièrement les hommes et les jeunes ainsi que les régions du nord de la France.

La consommation moyenne de sel en France était de l'ordre de 9 à 10 g/j en 2000 pour un objectif à fixer par la loi relative à la politique de santé publique de 8 g/j.

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

■ LA MORBIDITÉ LIÉE AUX CONDITIONS DE TRAVAIL PEUT ÊTRE IMPORTANTE DANS CERTAINS TYPES D'ACTIVITÉ

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

En 2003, 709 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : accidents de trajet dans sept cas sur dix et accidents de travail à proprement parler dans les autres cas. La diminution relative des décès par accidents routiers de mission relevée entre 2000 et 2003 est de même amplitude que celle de l'ensemble des décès routiers.

Les contraintes articulaires en milieu de travail sont potentiellement responsables d'une grande partie des pathologies ostéo-articulaires, pathologies les plus fréquemment déclarées par les personnes d'âge actif après les troubles de la vision. Elles sont approchées à partir du travail répétitif (répétition de gestes à une cadence élevée) de plus de 20 heures par semaine qui concernait en 2003 près de 7 % des salariés. Par ailleurs, en 1998, 37 % soit un peu plus de 7 millions de salariés déclaraient devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. Ces indicateurs de pénibilité au travail sont d'autant plus souvent déclarés que les personnes sont plus jeunes. Ils sont plus fréquents chez les ouvriers et sont très différents selon les secteurs d'activité.

L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut être responsable de surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires. En 2003, plus d'un salarié sur quatre soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB pendant plus de 20 heures par semaine n'avait pas à sa disposition de protection auditive. 683 000 salariés soit 3,5 % des salariés déclarent ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole. 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 ouvriers et le secteur industriel sont les plus exposés aux nuisances sonores intenses.

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

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

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

L'environnement influe sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires importants. Par ailleurs beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances.

La qualité de l'air a été assez récemment reconnue comme un enjeu de santé publique majeur, tant pour l'air extérieur que pour celui des locaux d'habitation et de travail.

En 2000, en France, on estimait à 32 000 le nombre de décès annuels attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine. Plus de la moitié de ces cas seraient causés par la pollution automobile. En terme de morbidité, entre 60 000 et 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à ce facteur. De nombreuses études épidémiologiques récentes ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé. Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO2), les fumées noires ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre (PM10), le dioxyde d'azote (NO2) et l'ozone (O3). Si des progrès ont été enregistrés entre 1998 et 2004 pour les trois premiers de ces polluants, l'évolution est moins régulière pour l'ozone.

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

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

Les décès par intoxication au monoxyde de carbone (CO) constituent la première cause de 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 2002, correspondant à une diminution des taux de mortalité annuels de plus de 75 % en 20 ans. En 2002, le taux brut de mortalité était de 0,13 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine. La mortalité par intoxication au CO est 1,8 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes sur la période 1990 à 2002 ; elle augmente également avec la classe d'âge. Par ailleurs, en 2001 on dénombrait environ 2 500 hospitalisations pour une telle intoxication dont 27 % d'enfants de moins de 14 ans, particulièrement sensibles à ce toxique qui perturbe leur développement cérébral. Les données disponibles montrent que le nombre d'intoxications au CO ne diminue pas et qu'il est inégalement réparti sur le territoire (70 % des cas au nord de la Loire).

La qualité de l'eau est quant à elle encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les DDASS. La qualité de l'eau de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces normes mais elle doit être améliorée dans les réseaux de petite taille. Par ailleurs, on constate une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques). Le Plan national santé environnement de 2004 a à cet égard retenu l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants comme un axe prioritaire.

L'intoxication par le plomb, appelée saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main

bouche). L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique.

En 1995, la proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant un niveau de plombémie correspondant à la définition du cas de saturnisme, a été estimée à 2 % soit 85 000 enfants. Une nouvelle enquête de prévalence sera réalisée par l'InVS en 2007-2008. Il est toutefois intéressant de noter la diminution du rendement des actions de dépistage du saturnisme, ce qui témoigne probablement d'une imprégnation moindre de la population, consécutive aux mesures de prévention environnementales.

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

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

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

L'un des déterminants de la santé le mieux et le plus anciennement connu est l'exposition aux agents infectieux. Ces bactéries et virus sont transmis par l'eau ou l'alimentation (eaux de boisson ou de baignade), l'air (notamment dans les transmissions interhumaines), de façon mixte (aérosols pour la légionellose), ou via d'autres supports (contacts en milieu hospitalier). Les maladies infectieuses sont encore responsables d'une grande partie de la morbidité : le plus souvent banales notamment chez l'enfant, elles peuvent prendre un caractère plus dramatique pour certaines personnes fragilisées (personnes âgées, atteintes de maladies chroniques…) ou pour certains agents infectieux.

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

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

On enregistre depuis 1997 une augmentation du nombre de cas de légionellose qui étaient d'environ 1 500 en 2005. Ce phénomène peut être dû à l'amélioration de la surveillance et/ou du diagnostic, à une augmentation réelle des expositions aux légionelles, ou à une combinaison des deux. Le nombre de décès par légionellose reste faible, inférieur à 90 cas annuels. Le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer dans la dernière décennie passant de 11,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1997 à 9,2 en 2004. Les disparités socio-démographiques et géographiques sont toutefois importantes : augmentation de l'incidence parmi la population d'origine étrangère, concentration des cas en Île-de-France et dans les zones urbaines. La situation épidémiologique est comparable à celle d'autres pays de l'Europe de l'Ouest.

Le sida, maladie due à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH apparu dans les années 1980 est responsable d'une pandémie majeure. La mise sur le marché de traitements efficaces permet désormais de retarder l'apparition des symptômes et de contrôler l'évolution de la maladie. Le sida est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. La procédure de déclaration obligatoire du sida existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH depuis mars 2003. L'incidence du sida a diminué de façon très marquée en 1996-1997, puis de façon plus faible ensuite.

Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique et l'Île-de-France. La France, avec un taux d'incidence du sida de 2,5 pour 100 000 en 2004, est, parmi les pays de l'Europe de l'Ouest les plus touchés, après néanmoins le Portugal, l'Espagne et l'Italie.

Pour ce qui est des maladies sexuellement transmissibles plus anciennement connues, le nombre de cas déclarés de syphilis diminue en 2004 en Île-de-France et reste stable dans les autres régions. Les infections à gonocoque et à chlamydiae déclarées sont en augmentation par rapport à 2003. Ces tendances seront à confirmer dans les années à venir.

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

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

Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie…), ce suivi doit permettre d'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 indispensable le suivi de la couverture des adultes.

En ce qui concerne les enfants, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour certaines des maladies (diphtérie, tétanos polio, coqueluche). Elle doit par contre 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. Pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et à 95 % à 6 ans est incompatible avec l'atteinte de l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse au cours de la grossesse auquel la France a souscrit d'ici à 2010.

Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devra être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B et des adultes pour celle du tétanos.

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

En 2004-2005, les taux de vaccination contre la grippe de l'ensemble des personnes à risque ne sont que de 62,5 % : 63,9 % pour les plus de 65 ans et 50,8 % pour les moins de 65 ans ayant une pathologie susceptible d'être décompensée par la grippe. Le taux de vaccination des professionnels, susceptibles de transmettre la maladie à des personnes fragilisées, reste par ailleurs insuffisant : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite.

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

Les staphylocoques dorés et les pneumocoques illustrent ces problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. En 2003, la proportion de pneumocoques retrouvés en cas d'infections invasives graves (méningites, septicémies), et dont la sensibilité à la pénicilline est diminuée, est de 43 % (contre 47 % en 2001). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de

méningites chez l'enfant (42 % en 2003 contre 61 % en 2001). Ces proportions témoignent donc d'une évolution récente favorable mais restent encore préoccupantes.

Les staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) sont quant à eux surtout retrouvés en milieu hospitalier. Les enquêtes de prévalence réalisées un jour donné (en 1996 et 2001) montrent une augmentation de la prévalence des infections hospitalières à SARM (0,8 pour 100 patients hospitalisés en 2001 et 0,6 en 1996). Seule la prévalence observée dans les services de réanimation tend à diminuer au cours de cette période. L'enquête de prévalence 2006, en cours de réalisation permettra de suivre cette évolution.

La limitation du recours aux antibiotiques est par ailleurs recherchée pour la maîtrise des phénomènes de résistance. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme indicateurs dans la loi relative à la politique de santé publique. La France reste parmi les pays européens les plus grands consommateurs d'antibiotiques. Les données recueillies depuis 1997 révèlent cependant que la consommation d'antibiotiques a diminué en ville depuis 1999 (-15,1 %) et à l'hôpital depuis 2001 (-5,3 %).

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

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

Le suivi de l'état de santé tel qu'il est prévu notamment dans la loi relative à la politique de santé publique fait la part de la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence) mais également de leur prise en charge (indicateurs de qualité du suivi) et de leurs répercussions (qualité de vie). Pour ces derniers indicateurs, les mesures chiffrées sont encore pour partie du domaine de la recherche.

Les cancers constituent un problème majeur de santé publique pour les adultes, d'abord pour la mortalité qui leur est attribuable : plus d'un quart de l'ensemble des décès et 4 décès prématurés sur 10. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'affection de longue durée et, après 45 ans, l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles qui sont spécifiquement féminines (sein, utérus et ovaire), les taux de décès sont plus élevés chez les hommes. Ils sont également au sein de l'Europe dans une position plus défavorable que dans la moyenne des autres pays, alors que les femmes françaises ont des taux de décès par cancers inférieurs. On retrouve ici l'influence de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels.

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

Le cancer du sein est le premier cancer chez les femmes en termes de mortalité, avec en 2002 un taux de 27 décès pour 100 000, ainsi que de mortalité prématurée (13 pour 100 000). Son incidence est en augmentation mais la France se situe dans la moyenne européenne pour la mortalité due à cette cause.

Le programme national de dépistage du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation. Il a atteint 45 % en 2005.

En 2002, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie est très élevée (96 %). Elle est plus faible pour les mammographies récentes (moins de 2 ans) mais en augmentation (67 % en 2000, 70 % en 2002). Il existe cependant des disparités en fonction de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle et du lieu de résidence : la proportion de femmes déclarant avoir bénéficié d'une mammographie dans les 2 ans est notamment plus faible chez les femmes de 70 à 74 ans (50 %), celles qui résident dans un département où il n'y a pas de programme de dépistage organisé (64 % versus 74 %) et chez celles n'ayant pas de couverture complémentaire maladie (inférieur à 50 %). En revanche, plus de 80 % des cadres déclarent avoir bénéficié d'un dépistage par mammographie datant de moins de 2 ans.

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

Néanmoins, une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin pourrait permettre de diminuer encore cette incidence. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge avec une diminution nette après l'âge de 50 ans et la catégorie socioprofessionnelle des femmes, les exploitantes agricoles étant celles qui le réalisent le moins souvent.

Le mélanome est la plus grave des tumeurs malignes cutanées. Entre 1980 et 2000, l'incidence du mélanome a augmenté régulièrement, avec un taux d'accroissement annuel de 6 % chez l'homme et 4 % chez la femme. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément (en 2000 on comptait 7 231 nouveaux cas de mélanome et 1 364 décès). Cette différence d'évolution entre incidence croissante et mortalité modérée témoigne de la part croissante des formes de mélanomes à extension superficielle accessibles à la détection précoce avant une dissémination dont le pronostic est sombre.

Le diabète est une maladie métabolique chronique fréquente dont le traitement et complexe. Il constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence (étroitement liée aux comportements alimentaires et à la sédentarité), de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'amputation d'un membre inférieur, le mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). En 1998, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline a été estimée à près de 3 % en France métropolitaine (11 % au-delà de 65 ans) et augmenterait de plus de 3 % par an. Dans les départements d'Outre-Mer, la prévalence est estimée à plus du double.

L'adéquation de la surveillance des patients diabétiques aux recommandations de bonne pratique clinique reste encore insuffisante. En 2003, selon les types d'examens de surveillance, de 25 % à 77 % des personnes diabétiques avaient bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80 % en 2008 pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restaient le dosage de l'albuminurie (25 %), les 3 dosages annuels d'hémoglobine glyquée (39 %) ainsi que l'examen ophtalmologique (46 %) et l'électrocardiogramme (34 %).

Les complications du diabète sont par ailleurs pour certaines d'entre elles préoccupantes.

Parmi les personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux et/ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2001 (soit environ 2 millions de personnes), environ 152 000 auraient subi un infarctus du myocarde, 28 000 seraient aveugles, 10 000 greffées ou dialysées et 22 000 amputées d'un membre inférieur. Entre 32 000 et 120 000 auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé et entre 90 000 et 290 000 auraient bénéficié d'un traitement par laser ophtalmologique. Par ailleurs, tous les ans, entre 2 400 et 4 000 de ces personnes diabétiques entreraient en dialyse ou bénéficieraient d'une greffe de rein.

En 2002, le diabète était mentionné sur près de 30 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France métropolitaine. Les disparités géographiques sont en la matière similaires à celles de la prévalence du diabète : plus élevée dans le nord et l'est de la France et plus encore dans les DOM.

Les maladies cardio-vasculaires sont les causes les plus fréquentes de décès en France devant les cancers.

Parmi elles, les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) ont représenté à elles seules, en 2002, 28 % des décès cardio-vasculaires et 8 % de l'ensemble des décès. Les taux de décès par cardiopathies ischémiques sont nettement plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions, avec des taux plus importants dans le nord de la France. La mortalité a cependant fortement diminué entre 1990 et 2002 et, comparée aux autres pays européens, la France a un taux de décès particulièrement peu élevé.

Les maladies cérébro-vasculaires constituent également une cause importante de mortalité et de morbidité. 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 121 000 séjours hospitaliers en 2003. Ils ont été la cause initiale de 36 701 décès en 2002, soit 7 % de l'ensemble des décès. Au cours des cinq dernières années, une diminution continue des taux standardisés de décès est cependant intervenue de même et, à un moindre degré, que des taux d'hospitalisation : respectivement 14,8 et 5,2 % entre 1997 et 2002.

Cette pathologie touche essentiellement les personnes âgées : 75 % des séjours hospitaliers pour AVC concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus ; et c'est le cas de 91,7 % des décès.

Les disparités géographiques sont importantes, les taux de décès étant particulièrement élevés dans les départements d'outre-mer (particulièrement à la Réunion et en Guyane), puis en Alsace, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Bretagne et en Lorraine. Par ailleurs, les départements d'outre-mer, la Corse, la Picardie et, à un moindre degré, la région Champagne-Ardenne enregistrent des taux standardisés d'hospitalisation AVC très supérieurs à la moyenne nationale.

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

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

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

Globalement, on observe une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme entre 1998 et 2002. Ces taux sont toutefois restés stables chez le jeune enfant. Chez les adultes, la diminution est d'autant plus importante que les sujets sont âgés.

La mortalité par asthme a diminué chez les hommes entre 1990 et 1999 mais est restée stable chez les femmes. Cette diminution s'observe également chez les enfants et les adultes de moins de 45 ans. Les diminutions observées entre 2000 et 2002 devront être confirmées par les données des années ultérieures.

Le taux d'incidence annuel moyen standardisé et par million d'habitants de **l'insuffisance rénale chronique terminale** traitée dans les régions contribuant au réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) est passé de 128,2 en 2002 (4 régions) à 122,8 en 2003 (7 régions) et 132,2 en 2004 (9 régions). Dans les 4 régions pour lesquelles des données sur les trois années consécutives ont été recueillies, l'incidence standardisée ne varie pas de manière significative. Cette tendance reste à confirmer dans les années à venir avec une couverture nationale plus large du registre.

La qualité de vie est importante à prendre en compte pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique. Les contraintes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. Le temps d'accès moyen au centre de dialyse et durée médiane d'attente avant greffe, permet d'approcher cette qualité de vie. Dans les régions pour lesquelles on dispose de données, la durée du trajet pour les malades se rendant en hémodialyse est en moyenne de 23 minutes. Pour 8,4 % d'entre eux la durée de trajet est supérieure à 45 minutes.

La durée médiane d'attente avant greffe pour les cohortes de patients inscrits entre 1993 et 2004, est de 15,3 mois. La durée varie avec le groupe sanguin, l'inter-région d'inscription et l'équipe de greffe. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale. Cette durée d'at-

tente a significativement augmenté passant de 13,8 mois pour la cohorte des malades inscrits entre 1993 et 1995 à 17,6 mois pour la cohorte 2002-2004. Ces constats ont conduit l'Agence de la Biomédecine à promouvoir une modernisation de l'ensemble du système de répartition des greffons.

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

Le **suicide** est un problème important de santé publique : au sein de l'Europe des 15, comme de l'Europe des 25, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide. 10 810 suicides ont été enregistrés en France en 2002. Même s'ils ont diminué entre 1990 et 2002, ils représentent toujours la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes (22 décès pour 100 000) et la première pour les femmes (7,6 pour 100 000). Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus importants dans la moitié nord de la France. Très liés à la dépression, les suicides peuvent être prévenus en partie par des actions de prévention notamment par la formation des professionnels de soins au repérage et au traitement des états dépressifs.

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

En 2005, 5 318 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 225 dans les départements d'Outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). Ce nombre diminue pour la quatrième année consécutive mais avec un ralentissement après les baisses exceptionnelles de 2003 (20,9 %) et de 2004 (8,7 %). C'est la classe d'âge des 18-24 ans, en particulier chez les hommes, qui reste la plus exposée avec un risque 2,6 fois plus fort que la moyenne en métropole. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux avec 16,6 % des tués pour moins de 1 % du trafic, et ce sont les routes de campagne (nationales ou départementales) qui sont les plus dangereuses avec 75 % des tués pour 52 % du trafic. Les régions du nord enregistrent de meilleurs résultats que celles du sud et, en matière de comparaisons internationales, la France se situe désormais au 7e rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route.

La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés pour une durée d'au moins 6 jours, atteint 16 % des blessés en 2004. Elle est plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans (24 %) et les motocyclistes (19 %). Elle tend à diminuer dans le temps.

Les accidents de la vie courante touchant les enfants de moins de 14 ans sont à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu, et autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). Le taux de mortalité par accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans a diminué de 42 % entre 1989-1991 et 2000-2002. Cette diminution coïncide avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques.

En 2002 ces risques continuent toutefois à représenter un problème important de santé publique, surtout chez les garçons, qui sont deux fois plus touchés que les filles ainsi que chez les plus jeunes. On compte en effet 7,5 décès pour 100 000 chez les moins de 1 an ; 4,7 de 1 à 4 ans ; 1,5 de 5 à 14 ans.

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

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

En France métropolitaine, en 2005, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient en effet être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2002, en France métropolitaine, on estimait

à 460 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,8 %.

Toujours en France métropolitaine, il y a eu 4 318 décès à la suite d'une chute en 2002 chez les personnes de 65 ans et plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,6 pour 100 000.

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

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

En France, **le taux de mortalité maternelle** est estimé entre 9 et 13 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit annuellement 75 à 80 femmes qui décèdent de la grossesse ou de ses suites.

La mortalité maternelle est restée stable au cours des années 1999 à 2002. Une baisse de ce taux supposerait entre autres conditions, qu'il n'y ait pas une nouvelle augmentation de l'âge moyen des mères à la maternité, car au-delà de 35 ans le risque vital maternel est nettement augmenté.

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

L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, il est également nécessaire de prendre en compte l'ensemble de la mortalité néonatale (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile (nombre de décès avant 1 an d'enfants nés vivants rapporté à l'ensemble des naissances vivantes).

Après une longue période de diminution, le taux de mortalité périnatale se situe depuis 2000 sur une pente croissante. La mortalité néonatale a peu évolué ces dernières années alors que la baisse de la mortalité infantile se poursuit. Elle est maintenant principalement due au recul de la mortalité postnéonatale (entre 28 jours et 1 an).

La survenue de **grossesses extra-utérines (GEU)** peut avoir un impact sur la fertilité ultérieure. Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002 qui recouvre toutefois des évolutions différentielles : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, alors que celles correspondant à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. En 2003, les grossesses extra-utérines ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers.

Le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est globalement de 1,6. Il est légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans et les 35-39 ans et proche de 3 à partir de 40 ans. Les régions Corse, Martinique et Guadeloupe enregistrent des ratios supérieurs à 2.

La GEU est traitée par une intervention réalisée sous cœlioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais, entre 1997 et 2003, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue.

L'utilisation de **moyens contraceptifs** mérite d'être observée notamment en lien avec le suivi du recours à **l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**. Les taux d'IVG augmentent régulièrement depuis 1995 où le taux était de 12,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. En 2004, ce taux était de 14,6 pour 1 000, alors que la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives, ne souhaitant pas avoir d'enfant et qui n'utilisent aucune méthode contraceptive demeure de l'ordre de 5 %. La question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes se pose alors. L'ANAES, associée à l'INPES et à l'AFSSAPS, a publié en décembre 2004 des recommandations dans ce sens, dans le but de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives.

Parmi les femmes qui utilisent un moyen contraceptif, la pilule (58,7 %), le stérilet (24,2 %) et le préservatif masculin (11,5 %), représentent 94,4 % des méthodes employées. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2005, notamment chez les plus jeunes.

Les IVG sont plus fréquentes dans le Sud de la France, en Île-de-France et dans les DOM. Les délais de rendez-vous pour la réalisation d'une IVG dans un établissement de soin sont stables.

■ L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DE VIE REND DE PLUS EN PLUS IMPORTANTE LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU VIEILLISSEMENT

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

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

Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle, la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome étaient à l'origine de la plupart des cécités. Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce. Parmi les atteintes de l'audition, la presbyacousie qui est l'altération des facultés d'audition liée à l'âge reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs du sujet âge. L'altération de l'audition, est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail et lors des loisirs.

Une personne de 18 ans et plus sur deux déclare avoir un trouble de la vision de près mais c'est le cas pour 85 % des personnes de 65 ans et plus. 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge puisque 11 % de gènes résiduelles sont mentionnées par les personnes de 65 à 84 ans et 26 % à partir de 85 ans.

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

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

Le niveau d'éducation intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

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

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

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

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

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

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

En 2003, entre 71 800 et 84 500 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et entre 11 200 et 16 900 étaient sous Méthadone. Ainsi, selon la source de données utilisée, la Méthadone est utilisée dans 20 ou 25 % des traitements de substitution aux opiacés. En 2004, les traitements de substitution par Méthadone étaient en outre disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Le taux de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 2002, 49 % des usagers des structures de première ligne se déclarent ainsi séropositifs au VHC contre 10 % pour le VIH. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence : un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé (de l'ordre de 10 fois plus), une opportunité de contact beaucoup plus importante lors d'un partage de matériel d'injection ou de préparation, et une plus grande résistance du VHC dans le milieu extérieur.

En 2004, le pourcentage d'usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie ayant sniffé ou injecté dans le dernier mois et ayant une sérologie VHC positive est de 16,2 %.

Les seules données permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC chez les moins de 25 ans sont aujourd'hui déclaratives. Elles semblent indiquer une tendance à la baisse au début des années 2000 vraisemblablement liée à la baisse du pourcentage d'utilisateurs de la voie intraveineuse.

Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH chez les usagers de drogues était de 80 en 2003 et de 63 en 2004, soit 2 % de l'ensemble des cas de notifications (6 302) depuis la mise en place de ce système en mars 2003. Ces données ne sont pas suffisantes pour se prononcer sur la poursuite de la baisse de l'incidence des séroconversions. Toutefois la diminution continue entre 1997 et 2004 des nouveaux cas de sida associés à ce mode de contamination ainsi que la baisse de la prévalence de la séropositivité au VIH déclarée lors des enquêtes auprès des usagers de drogue permettent de penser que cette tendance ne s'est pas infléchie.

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

La iatrogénie est souvent liée aux effets indésirables des médicaments.

Des événements indésirables graves peuvent être liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention survenant en cours d'hospitalisation.

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

La iatrogénie due aux médicaments, en particulier, peut être suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Une étude réalisée en 1998 a permis d'estimer à 3,2 % la proportion des séjours hospitaliers motivés pour effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des établissements publics. L'étude ENEIS réalisée en 2003 sur l'ensemble des établissements de santé et selon un protocole différent évalue à 2,75 % la proportion de séjours motivés par des événements indésirables graves médicamenteux dans ces services et à 1,6 % la proportion globale pour l'ensemble des services de médecine et chirurgie publics et privés.

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités et de handicaps ainsi que d'altération majeure de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante et de nombreux arrêts de travail. Elles sont fréquemment associées à des troubles psycho-sociaux. En 2003, d'après l'enquête Santé de l'INSEE, 30 % des personnes de 15 ans et plus déclarent des douleurs physiques d'une intensité importante. Elles sont plus de 60 % chez les personnes très âgées. Par ailleurs, 2 personnes sur 10 déclarent que ces douleurs physiques ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. Les femmes déclarent un peu plus que les hommes de telles répercussions. Selon les enquêtes Santé Protection Sociale de IRDES de 1998 et 2000, la proportion de femmes de plus de 65 ans déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes a diminué de 5 points en deux ans. Cette proportion est restée stable chez les hommes et les femmes les plus jeunes.

La douleur aiguë apparaît, quant à elle, mieux reconnue et traitée. Un exemple de ce constat est fourni par l'utilisation de péridurales ou de rachianesthésies lors de l'accouchement. Si 6 femmes sur 10 ont bénéficié d'une péridurale pour leur accouchement en 2003, cette proportion reste variable selon le milieu social : un peu plus d'une femme sans profession sur deux a bénéficié d'une anesthésie péridurale pour son accouchement en 2003 contre près de 3 sur 4 parmi les cadres. La pratique de la péridurale est beaucoup plus fréquente lors du premier accouchement (73 % contre 45 % pour un quatrième enfant).

Approches de la prévention

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

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

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue. C'est par exemple la prévention de l'infection par la vaccination.

La prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques. Ce sont par exemple les dépistages des cancers du col de l'utérus ou des mélanomes.

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les récidives, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et s'attache à limiter la gravité des conséquences de la pathologie. La prévention des récidives d'infarctus du myocarde est un exemple de prévention tertiaire.

indicateurs de santé transversaux

Cadrage démographique et social

■ CADRAGE DÉMOGRAPHIQUE

Évolution de la population : 62,9 millions d'habitants en 2006

Au 1er janvier 2006, la population française est estimée à 62,9 millions d'habitants (tableau 1) dont 61,0 millions sur le territoire métropolitain et 1,9 million dans les départements d'outre-mer (DOM). Onze ans plus tôt, 59,3 millions de personnes habitaient en France. Depuis 1995, la population française s'accroît en moyenne de 310 000 personnes par an. L'excédent naturel explique près des trois quarts de l'accroissement total de la population[1]. La France représente 13,6 % de la population de l'Europe des 25. Elle se classe au deuxième rang derrière l'Allemagne (82,5 millions au 1er janvier 2005) et juste devant le Royaume-Uni (60 millions).

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

Répartition par âge de la population :
26,3 % de moins de 20 ans et 16 % de plus de 65 ans

Le vieillissement de la population de la France se poursuit. Au 1er janvier 2006, 16,2 % des habitants ont 65 ans ou plus, soit 1,1 point de plus que dix ans plus tôt. La France se situe ainsi dans la moyenne des pays européens. Dans le même temps, la part des jeunes de moins de 20 ans est passée de 26,3 % à 25,1 %. La part des personnes âgées de 20 à 64 ans n'a pratiquement pas changé.

Tableau 1 • **Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2006***

Âge	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
0-14ans	11 693 144	18,6	5 983 435	19,6	5 709 709	17,7
15-24 ans	8 137 743	12,9	4 127 867	13,5	4 009 876	12,4
25-44 ans	17 255 165	27,4	8 587 993	28,1	8 667 172	26,8
45-64 ans	15 591 698	24,8	7 652 195	25,0	7 939 503	24,6
65-84 ans	8 990 654	14,3	3 851 121	12,6	5 139 533	15,9
85 ans et plus	1 217 767	1,9	346 624	1,1	871 143	2,7
Total	**62 886 171**	**100,0**	**30 549 235**	**100,0**	**32 336 936**	**100,0**

* Évaluation provisoire basée sur les résultats des recensements de 2004 et 2005.
Champ : France entière.
Source : INSEE.

Natalité : 807 400 naissances en 2005

Après une baisse continue au cours de la décennie précédente, le minimum étant atteint en 1994 avec 741 500 naissances, le nombre de naissances est reparti à la hausse depuis 1995. En 2000 et 2001, plus de 800 000 naissances ont ainsi été comptabilisées. Après ces deux années exceptionnelles – depuis vingt ans, la France n'avait pas connu deux années de suite une natalité aussi élevée – le nombre de naissances a un peu baissé mais reste élevé (807 400 naissances en 2005). Le taux de natalité, rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année, s'élève pour 2005 à 12,9 pour 1 000. Il est relativement stable depuis 10 ans (tableau 2).

Le nombre des naissances multiples (jumeaux, triplés…) est en augmentation continue depuis une vingtaine d'années. En 2003, 15 accouchements sur 1 000 ont donné naissance à plus d'un enfant ; en 1993, c'était le cas de 12 accouchements sur 1 000. Cette évolution est due à l'augmentation de l'âge moyen à la maternité. Les maternités tardives donnent plus souvent lieu à des naissances multiples. Le recours plus fréquent aux techniques d'aide à la procréation a amplifié ce phénomène.

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

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

Année	Naissances vivantes	Taux de natalité pour 1 000 habitants
1980	826 403	nd
1985	796 540	14,1
1990	793 896	13,6
1995	759 694	12,8
1999	776 548	12,9
2000	808 249	13,3
2001	804 052	13,2
2002	793 606	12,9
2003	793 893	12,8
2004 (p)	800 240	12,8
2005 (p)	807 400	12,9

(p) Résultats provisoires.
nd : Non disponible.
Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Source : INSEE.

Fécondité : un indicateur de 1,94 enfant par femme en 2005

Le taux de fécondité est défini par le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population féminine d'âge fécond (15-50 ans) moyenne de l'année. Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge. Entre 1994 et 2004, on constate une diminution des taux de fécondité pour les femmes les plus jeunes mais une augmentation de ces taux après 30 ans (tableau 3 et graphique 1).

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

L'indicateur conjoncturel de fécondité est plus adapté que le taux de fécondité aux comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations : il représente le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait durant toute sa vie féconde les conditions de fécondité observées cette année-là. L'indicateur conjoncturel de fécondité est en constante augmentation depuis dix ans : en 2005 il est de 1,94 enfant par femme contre 1,68 % en 1994 (tableau 3).

Tableau 3 • **Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) et taux de fécondité par tranches d'âge (pour 100 femmes) depuis 1994**

Années	Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF)	Taux de fécondité par tranche d'âge				Âge moyen des mères à la maternité
		15 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 et plus	
1994	168,3	33,7	64,5	46,9	23,2	28,8
1996	175,0	32,0	65,5	51,9	25,7	29,0
1998	177,9	31,0	64,6	54,3	27,9	29,3
2000	189,5	33,4	66,7	58,4	31,0	29,3
2001	189,7	34,0	65,6	58,3	31,7	29,3
2002	188,3	33,0	65,0	58,2	32,2	29,4
2003	189,4	32,5	64,6	59,5	32,9	29,5
2004 (p)	191,9	32,7	64,6	60,6	33,9	29,6
2005 (p)	194,2	32,1	64,0	62,5	35,6	29,7

(p) Résultats provisoires.
Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Source : INSEE.

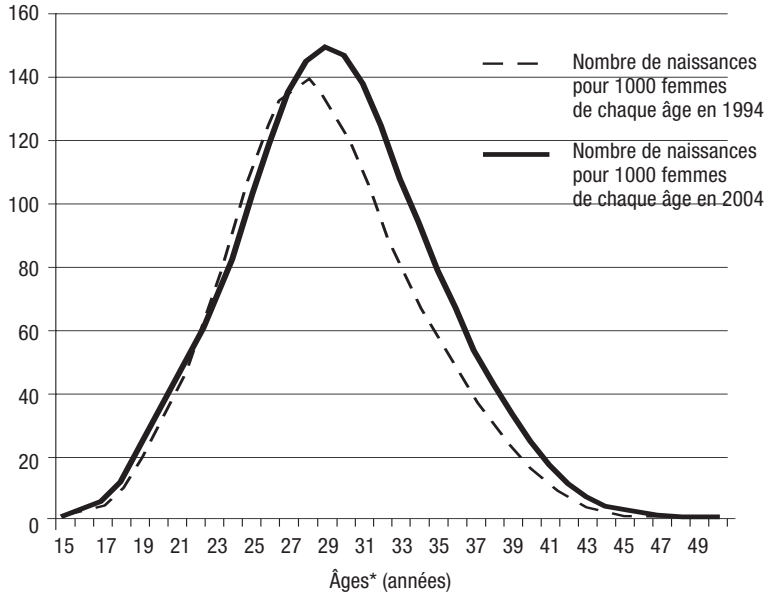
La France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue : dans l'Europe des Quinze, elle se place au deuxième rang derrière l'Irlande (1,98 enfant par femme en 2003). Ces deux pays se situent largement en tête devant la moyenne européenne (1,48 en 2003). Les pays qui connaissent les niveaux de fécondité les plus bas sont l'Italie, l'Espagne, l'Autriche, l'Allemagne et la Grèce (avec moins de 1,3 enfant par femme).

Les femmes françaises qui ont atteint aujourd'hui la fin de leur vie féconde ont eu en moyenne plus de deux enfants : la descendance finale[2] des femmes nées en 1954 s'établit à 2,12 enfants par femme et est donc au-dessus du seuil de remplacement (ce seuil est de 2,1 car il tient compte du nombre plus élevé de naissances de garçons que de naissances de filles, et des filles qui décèdent

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

avant l'âge de la maternité[3]). À 35 ans, ces femmes avaient déjà eu 1,95 enfant. Les femmes nées dix ans plus tard n'avaient que 1,79 enfant à 35 ans mais ont ensuite rattrapé une partie de leur retard : elles avaient 2,00 enfants à 40 ans (contre 2,09 enfants pour la génération 1954). Actuellement, les femmes de 35 ans ont eu en moyenne 1,71 enfant : le retard s'est légèrement accentué mais, s'il n'est pas sûr que la descendance finale de ces femmes atteigne deux enfants, elle sera supérieure à 1,95.

Graphique 1 • Évolution des taux de fécondité par âge entre 1994 et 2004



* Âge atteint dans l'année.
** Résultats provisoires.
Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Source : INSEE.

Les données de mortalité, particulièrement importantes pour le suivi de l'état de santé de la population sont détaillées dans un chapitre spécifique (chapitre p. 36) ainsi qu'au chapitre p. 46 pour la mortalité par causes.

■ DÉTERMINANTS SOCIAUX DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Distribution de la population selon le niveau d'étude : 65 % des femmes et 56 % des hommes de 25 à 34 ans ont obtenu le baccalauréat

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

Le tableau 4 appelle un second commentaire. Si la proportion des hommes diplômés apparaît supérieure à celle des femmes pour la génération des individus âgés de 55 à 64 ans (la proportion de ceux qui ont obtenu un diplôme supérieur est sensiblement plus forte que celle des femmes), la tendance s'inverse en revanche nettement pour les individus de la génération des 25-34 ans : les femmes atteignent un niveau de diplôme plus élevé que celui des hommes.

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

Tableau 4 • **Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe**

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

Champ : France métropolitaine, individus de 25 à 64 ans.
Source : INSEE, enquêtes Emploi.

Distribution de la population adulte selon la profession et catégorie sociale : en 2004, 25 % d'ouvriers et 14 % de cadres

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

Par ailleurs, le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âge considérée (tableau 5).

Tableau 5 • **Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge. Données 2005**

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

Champ : personnes de 15 à 64 ans.
Source : INSEE, enquêtes Emploi.

Tableau 6 • **Répartition des actifs ayant un emploi par âge et selon la profession et catégorie sociale (PCS) en 2004**

Catégorie socioprofessionnelle	15 à 29 ans	30 à 49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Agriculteurs exploitants	0,8	2,3	5,1	2,7
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,7	5,8	9,6	5,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures :	8,7	15	17,7	14,4
Professions intermédiaires :	23,7	24,3	20,8	23,3
dont : Instituteurs et assimilés	3,7	3,1	3,2	3,2
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	5,0	4,6	3,8	4,5
Prof. intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	8,0	7,6	5,6	7,2
Techniciens	5,1	4,2	3,2	4,1
Employés :	33,7	28	26,6	28,8
dont : Employés civils et agents de service de la fonction publique	6,5	9,6	9,1	8,9
Policiers et militaires	3,3	1,9	1,0	2,0
Employés administratifs d'entreprises	8,1	6,9	5,9	6,9
Employés de commerce	9	3,5	2,2	4,3
Personnels des services directs aux particuliers	6,7	6,0	8,4	6,7
Ouvriers :	31,3	24,5	20,2	24,8
dont : Ouvriers qualifiés de type industriel	5,2	6,0	5,5	5,7
Ouvriers qualifiés de type artisanal	7,5	5,8	4,5	5,8
Chauffeurs	1,8	2,7	2,6	2,5
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	2,0	2,2	1,6	2,0
Ouvriers non qualifiés de type industriel	7,3	4,2	2,7	4,4
Catégorie socioprofessionnelle indéterminée	0,1	0,0	0,0	0,1
Ensemble	100,0	100	100,0	100,0

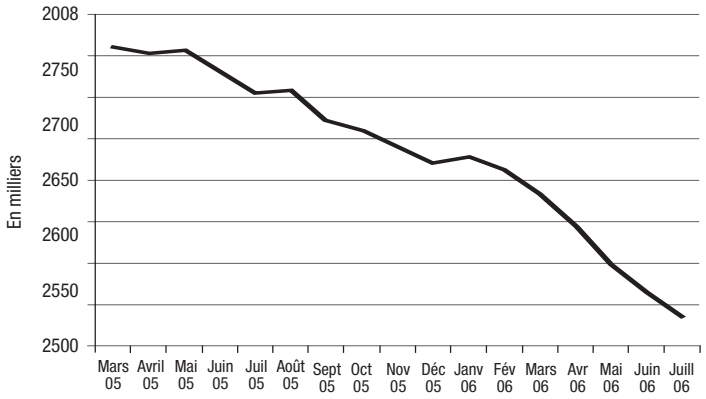
Note : résultats en moyenne annuelle.
Champ : France métropolitaine, actifs occupés de 15 ans ou plus.
Source : INSEE, enquête Emploi de 2004.

Le tableau 6, qui présente la répartition des actifs ayant un emploi par âge et selon la catégorie sociale, met en exergue un net recul de la part des emplois agricoles : en 2004, la part des 50 ans et plus qui déclarent exercer la profession d'agriculteur exploitant s'établit à 5,1 % ; cette proportion passe à 0,8 % pour la catégorie des personnes âgées de 15 à 29 ans. De la même façon, la part des artisans, commerçants et chefs d'entreprises apparaît en retrait : elle évolue de 9,6 % pour la génération des actifs qui ont 50 ans et plus à 1,7 % pour les actifs âgés de 15 à 29 ans. On observe par ailleurs un recul des ouvriers qualifiés de type industriel. La part des employés progresse en revanche sensiblement, passant de 26,6 % pour les actifs âgés de 50 ans et plus à 33,7 % pour les actifs âgés de 15 à 29 ans. Une progression similaire affecte les professions intermédiaires (leur part passe de 20,8 % pour les actifs âgés de 50 ans et plus à 23,7 % pour les actifs âgés de 15 à 29 ans).

Taux de chômage : 8,9 % en juillet 2006

Le nombre de chômeurs (au sens du bureau international du travail) n'a cessé de croître au cours de l'année 2003, passant de 2,5 millions en janvier 2003 à 2,7 millions à la fin de l'année. Ce nombre s'est ensuite stabilisé à ce niveau au cours de l'année 2004 et jusqu'au début de l'année 2005. On constate depuis mars 2005 une forte et régulière décrue du chômage : le nombre de chômeurs est passé de 2,7 millions en mars 2005 à 2,4 millions en juillet 2006, ainsi que l'illustre le graphique suivant.

Graphique 2 • **Évolution du nombre de chômeurs* de mars 2005 à juillet 2006**



* Au sens du bureau international du travail (BIT).

Le taux de chômage s'établit cependant encore à 8,9 % en juillet 2006, soit au-dessus de la moyenne européenne de 7,9 %. Mais ce taux global dissimule de profondes disparités selon le sexe, l'âge ou la catégorie socioprofessionnelle.

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

Tableau 7 • **Nombre de chômeurs et taux de chômage par sexe, âge et CSP**
Évolution 2003-juillet 2006

	Juillet 2006	2005	2004	2003
Nombre de chômeurs (en milliers)	**2 436**	**2 717**	**2 734**	**2 682**
dont : hommes	-	1 328	1 330	1 300
femmes	-	1 389	1 404	1 383
Taux de chômage (en %)	**8,9**	**9,8**	**9,9**	**9,8**
Hommes	8,2	9,0	9,0	8,8
Femmes	9,7	10,8	11,0	11,0
15-29 ans	-	17,3	17,4	16,7
30-49 ans	-	8,3	8,3	8,2
50 ans ou plus	-	6,7	7,1	7,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	-	4,9	4,8	4,1
Professions intermédiaires	-	5,5	5,9	5,0
Employés	-	10,3	10,2	9,1
Ouvriers	-	12,5	12,3	10,9
Chômage de longue durée (en %)	-	42,5	41,6	42,9

Champ : France métropolitaine, individus de 15 ans et plus.
Source : INSEE, enquêtes Emploi.

Le taux de chômage varie également fortement selon l'âge ; il est élevé pour les jeunes (17,3 % pour les personnes âgées de 15 à 29 ans) mais ceci est pour une part importante liée au nombre peu élevé d'actifs dans la tranche d'âge et il tend à se réduire pour les classes de personnes plus âgées (respectivement 8,3 % et 6,7 % pour les personnes âgées de 30 à 49 ans et pour les personnes âgées de cinquante ans et plus).

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

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

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

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

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

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

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

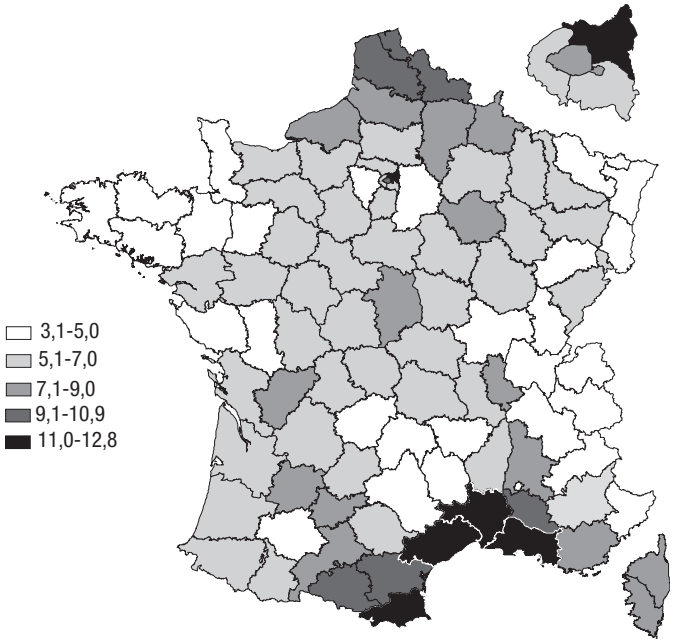
Source : DREES.

Durant l'année 2005, le nombre de bénéficiaires de la CMUC a progressé de 2 %, soit une augmentation de 70 000. Cette hausse est inférieure à celle de la population couverte par le RMI (les allocataires et leurs ayants droit, conjoints et enfants), laquelle a augmenté de 4 % (+95 000 bénéficiaires). Ce décalage, déjà observé en 2003 et 2004, peut s'expliquer par le fait qu'une partie des nouveaux entrants au RMI aient déjà pu disposer auparavant d'une couverture complémentaire ou de la CMUC. De plus, il est vraisemblable que, parmi les nouveaux « rmistes » sans couverture complémentaire, une partie n'ait pas encore fait valoir ses droits à la CMUC, en choisissant un organisme en l'absence de besoin de soins ressenti.

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

La part de la population couverte par la CMUC présente de très fortes disparités départementales (carte 1). Fin 2005, elle demeure nettement plus élevée dans les DOM que dans les départements métropolitains (respectivement 35 % contre 7 %). En métropole, les taux de couverture se situent toujours dans un rapport d'un à quatre d'un département à l'autre : ils varient ainsi de 3,3 % en Haute Savoie à 12,7 % en Seine-Saint-Denis. Comme les années précédentes, c'est dans un croissant sud/sud-est et au nord de la France que l'on enregistre les taux de couverture les plus élevés et dans l'ouest, le massif central et le nord des Alpes que ces taux sont les plus faibles. Entre le 31 décembre 2002 et le 31 décembre 2005, le nombre de départements dont le taux de couverture de la CMUC était supérieur à 5 % est passé de 64 à 71. Par ailleurs, les liens entre le nombre de bénéficiaires de la CMUC et du RMI dans chaque département sont devenus plus étroits : le coefficient de corrélation entre les taux de couverture de la population par ces deux dispositifs est ainsi passé de 0,82 en 2000 à 0,92 en 2002 et 0,94 en 2005.

Carte 1 • **Pourcentage de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2004 par département**



Source : ÉcoSanté Régions et Départements 2006.

Données synthétiques de mortalité

Espérance de vie : un indicateur synthétique à la naissance et à 65 ans

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un nouveau-né si la structure de la mortalité par âge, telle qu'elle existe l'année de sa naissance, ne se modifie pas. Cet indicateur intègre la moyenne des âges au décès d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Par analogie on décrit l'espérance de vie à différents âges.

C'est un indicateur de base couramment utilisé à des fins comparatives : évolution dans le temps, comparaisons internationales…

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

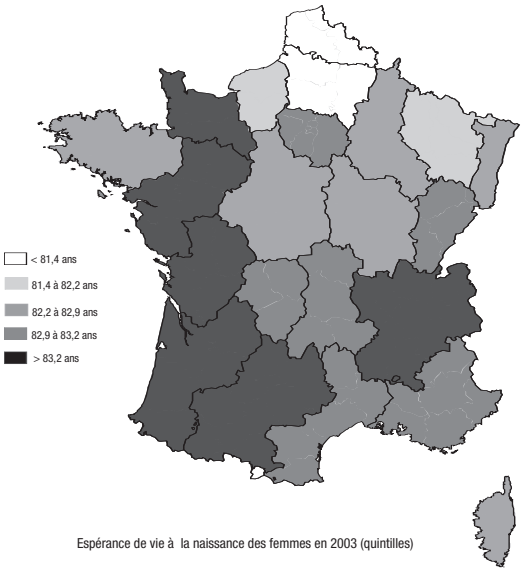
Espérance de vie à la naissance : 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes

L'espérance de vie à la naissance continue de progresser pour les hommes comme pour les femmes. En 2004, elle atteint 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes. Depuis dix ans, l'écart entre les hommes et les femmes se réduit : les hommes ont gagné 3,1 ans et les femmes 2,0 ans (tableau 9).

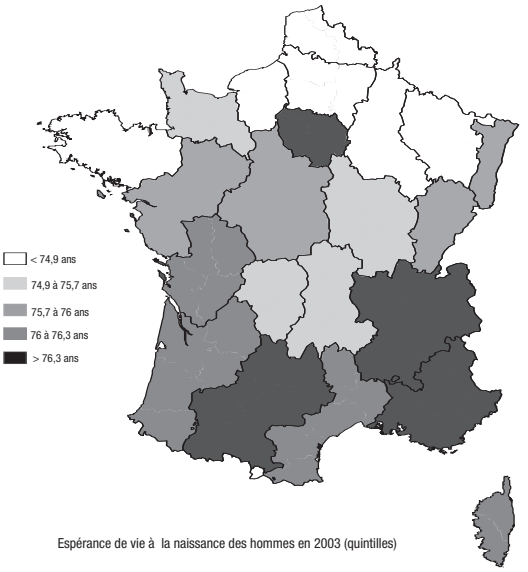
Des disparités régionales importantes sont retrouvées avec un gradient nord-sud. Ce gradient est très marqué pour les hommes, moins net pour les femmes, l'ouest de la France enregistrant pour elles de bons indicateurs d'espérance de vie à la naissance (cartes 2 et 3).

Les hommes français avaient en 2003 une espérance de vie identique à la moyenne des hommes de l'Europe des Quinze et de deux ans plus faible que celle des Suédois. Les femmes françaises se situaient quant à elles au deuxième rang de ce classement européen, derrière les Espagnoles.

Carte 2 et 3 • **Espérance de vie à la naissance par région pour les femmes et pour les hommes**



Espérance de vie à la naissance des femmes en 2003 (quintilles)



Espérance de vie à la naissance des hommes en 2003 (quintilles)

Sources : INSEE Fichier état civil et estimations localisées de population.

Espérance de vie à 65 ans : 17,7 ans pour les hommes et 22,1 ans pour les femmes

L'espérance de vie à 65 ans a également progressé. Elle était en 2004 de 22,1 ans pour les femmes, soit 1,4 an de plus qu'il y a dix ans, et de 17,7 ans pour les hommes, soit 1,5 an de plus qu'en 1994 (tableau 9).

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

Années	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1994	73,6	81,8	16,2	20,7
1995	73,8	81,9	16,1	20,6
1996	74,1	82,0	16,1	20,7
1997	74,5	82,3	16,3	20,9
1998	74,7	82,4	16,4	20,9
1999	74,9	82,5	16,5	21,0
2000	75,2	82,8	16,7	21,2
2001	75,4	82,9	16,9	21,4
2002	75,7	83,0	17,0	21,4
2003	75,8	82,9	17,0	21,2
2004 (p)	76,7	83,8	17,7	22,1

* Espérance de vie : durée de vie moyenne d'une génération fictive qui aurait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.
Champ : France entière.
Source : Statistiques de l'état civil, INSEE.

Taux de mortalité infantile : 3,6 pour 1 000 en 2005 contre 4,9 pour 1 000 en 1995

La mortalité infantile ou nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie est exprimée sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année considérée. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure non seulement la santé infantile, mais refléterait aussi l'état de santé d'une population ou, tout au moins, l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Cet indicateur rend compte en outre de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. C'est un indicateur classique de la santé des populations, retenu au niveau européen.

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années ce qui place la France parmi les pays dont le taux est le plus bas (Source : INED, données de comparaison internationales 2002). Le taux de mortalité infantile est passé de 51,9 décès pour mille en 1950 à 4,9 pour mille en 1995 et 3,6 pour mille en 2005 (tableau 10). Près de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an ont lieu au cours de la première semaine de vie et deux tiers d'entre eux surviennent au cours du premier mois de vie. La mortalité infantile est impactée de façon positive par la prise en charge de la précarité mais aussi, dans un sens opposé, par le pourcentage croissant d'enfants de petits poids de naissance résultant d'une procréation médicalement assistée.

Tableau 10 • **Évolution du taux de mortalité infantile en France depuis 1995**

Année	Taux de mortalité infantile* pour 1 000 enfants nés vivants
1995	4,9
2000	4,4
2001	4,5
2002	4,1
2003	4,0
2004 (p)	3,9
2005 (p)	3,6

* Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes.
(p) Résultats provisoires.
Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Source : INSEE.

Taux de mortalité : forte diminution en 2005

Après avoir baissé régulièrement entre 1983 et 1993 (environ 27 000 décès en moins chaque année), le nombre de décès a ensuite été relativement stable jusqu'en 2002, autour de 540 000 décès chaque année (tableau 11). Le vieillissement de la population, qui devrait entraîner une hausse du nombre de décès, est en fait compensé par la baisse de la mortalité à chaque âge.

La canicule d'août 2003 a provoqué une augmentation très forte du nombre de décès (562 591 soit une hausse de 3,2 % en un an). Jamais autant de décès ne s'étaient produits depuis 1985. En 2004, les estimations provisoires disponibles indiquent une forte diminution (520 706 décès), une partie de cette baisse pouvait être la conséquence de « décès anticipés » en 2003 du fait de la canicule. En outre, aucune épidémie de grippe ne s'est produite en 2004, contrairement à la fin de l'année 2003. Cependant, la canicule et l'absence d'épidémie de grippe n'expliquent sans doute qu'en partie le recul des décès en 2004 d'autant que les estimations provisoires pour l'année 2005 ne sont que légèrement supérieures à celles de 2004. Cela suggère une efficacité durable des mesures générales d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées qui ont été prises à la suite de cette crise.

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

Année	Décès	Taux de mortalité pour 1 000 habitants
1985	560 490	9,9
1990	534 511	9,2
1995	540 434	9,1
1999	547 377	9,1
2000	540 717	8,9
2001	541 184	8,9
2002	545 353	8,9
2003	562 591	9,1
2004 (p)	520 706	8,4
2005 (p)	537 300	8,6

(p) Résultats provisoires.
Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Source : INSEE.

Au sein de l'Europe, la France se situait en 2001[4] parmi les pays ayant les taux de mortalité globale les plus bas après l'Italie, la Suède, et l'Espagne. Cette situation était encore meilleure pour les femmes puisque la France se plaçait au troisième rang après l'Espagne et l'Italie. Elle n'était par contre pour les hommes qu'en 8e position.

Comme pour l'ensemble des pays européens, le taux de mortalité standardisé enregistre une tendance à la baisse à la fois par sexe et globalement (tableau 12).

Tableau 12 • **Évolution du taux de mortalité standardisé* (pour 1 000 habitants) : comparaison France/EU25**

Année	France			Union européenne (25 pays)		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
1999	6,3	8,6	4,6	7,9	8,8	5,1
2000	6,1	8,3	4,4	6,9	9,0	5,3
2001	6,2	8,4	4,5	6,9	8,9	5,3
2002	6.2	8.3	4.5	nd	nd	nd

* Taux Standardisés par âge - Réf. t : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
nd : Non disponible.
Champ : Pour la France : France entière.
Source : Eurostat/INSERM CépiDc.

Taux de mortalité prématurée : toujours près de trois fois supérieur chez les hommes

Le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses bases de données, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. Cet indicateur est retenu dans la base Echi-2 et est présent (sous forme standardisée) dans les bases de l'OMS (HFA-DB) et d'Eurostat (NEWCRONOS).

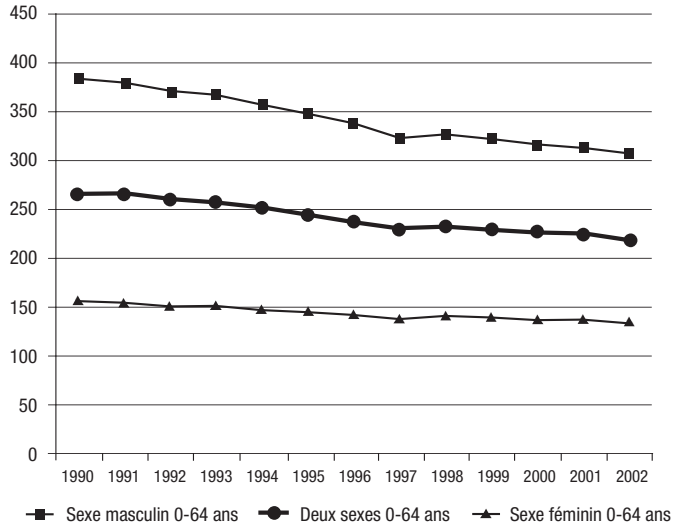
En 2002, le nombre de décès prématurés, survenus avant 65 ans, s'élevait à 113 537 pour la France entière, ce qui représente le cinquième de l'ensemble des décès.

Le taux de décès prématurés est nettement plus élevé chez les hommes (taux standardisé de la mortalité avant 65 ans de 306,7 pour 100 000 contre 134,6 pour les femmes), et même près de trois fois supérieur à ce qu'il est chez les femmes. La mortalité prématurée augmente fortement avec l'âge. Entre 1990 et 2002, on observe toutefois une baisse des taux de décès prématuré (-18 %). La diminution des taux de décès est plus marquée pour les hommes (-20 % contre -13 % pour les femmes) (tableau 13 - graphique 3). Le niveau de la mortalité varie fortement selon les régions françai-

4. **Source** : Eurostat, Europe des 25. Les données de l'année 2001 ne sont pas disponibles pour la Belgique et le Royaume-Uni.

ses. Les taux de décès les plus élevés s'observent dans le Nord-Pas-de-Calais puis en Picardie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne et en Bretagne ; les taux les plus faibles en Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Île-de-France et Alsace. La baisse de la mortalité concerne toutes les régions mais avec un niveau variable : prononcé en Alsace, Île-de-France et Rhône-Alpes et plus modéré dans le Limousin et le Languedoc-Roussillon.

Graphique 3 • **Évolution des taux standardisés de mortalité prématurée* (0 à 64 ans) en France, 1990-2002**



* Taux de décès prématurés pour 100 000 standardisés par âge - Réf. : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
Champ : France métropolitaine.
Source : INSERM-CépiDc.

Tableau 13 • **Taux standardisés* de décès par mortalité prématurée en France métropolitaine. Évolution 1990-2002**

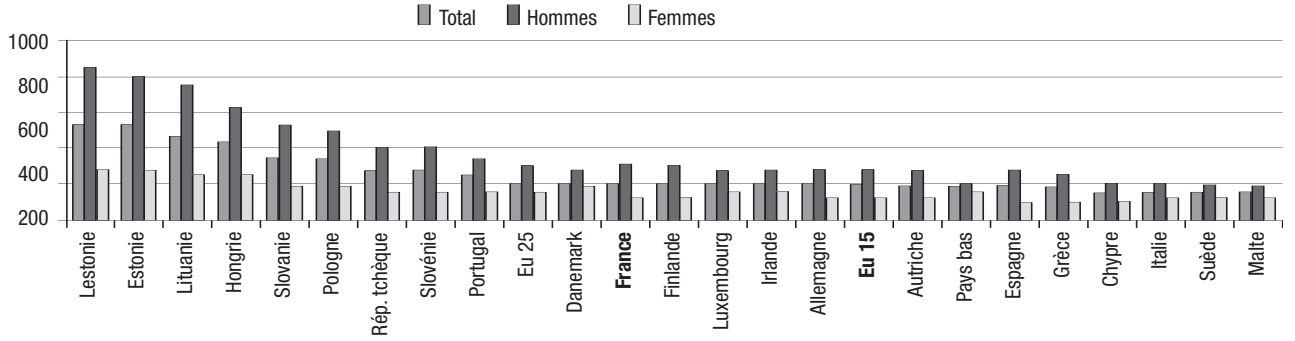
Années	DEUX SEXES		SEXE MASCULIN		SEXE FÉMININ	
	15-24	0-64	15-24	0-64	15-24	0-64
1990	76,9	267,4	114,9	383,4	37,8	155,4
1991	76,4	264,9	113,2	379,4	38,4	154,1
1992	72,5	259,0	106,9	370,9	37,1	150,4
1993	72,3	257,2	105,2	366,6	38,4	150,9
1994	67,7	250,1	100,1	356,8	34,3	146,1
1995	65,5	244,7	93,9	347,4	36,2	144,5
1996	62,8	238,5	91,1	337,7	33,6	141,7
1997	61,2	228,7	89,3	322,3	32,1	137,2
1998	62,2	232,2	90,1	326,5	33,5	140,2
1999	63,3	229,1	92,6	321,8	33,1	138,9
2000	58,9	224,7	85,4	315,6	31,5	136,2
2001	60,4	224,0	87,8	313,4	32,2	136,7
2002	56,2	219,6	81,7	306,7	30,1	134,6
Var (02-90)/90**	-27 %	-18 %	-29 %	-20 %	-20 %	-13 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf. : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
** (2002-1990)/ 1990 (en %).
Champ : France métropolitaine.
Source : INSERM-CépiDc.

Cependant, la comparaison des taux standardisés de mortalité prématurée dans 23 pays de l'Union européenne[5] place la France derrière ses voisins européens de développement comparable pour l'année 2001 (graphique 4). Le taux standardisé français global, tous sexes confondus, est en effet légèrement en dessous de la moyenne des 23 pays, mais surtout nettement supérieur à celui des 13 pays de l'UE à 15 pour lesquels le taux est disponible : les taux standardisés de mortalité prématurée ne sont supérieurs à celui observé en France qu'au Danemark et au Portugal ainsi que chez les nouveaux adhérents d'Europe centrale et les Pays Baltes. Le taux féminin est également situé entre ces deux moyennes, et assez proche de la moyenne de l'UE à 15. La situation est nettement plus défavorable pour les hommes : des 13 plus anciens pays de l'UE, seul le Portugal a un taux de mortalité prématuré plus défavorable.

5. **Source** : Eurostat/INSERM-CépiDc. Les données de l'année 2001 ne sont pas disponibles pour la Belgique et le Royaume-Uni.

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



* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf. : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
Source : Eurostat/INSERM CépiDc Année : 2001.

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

Au sein de la mortalité « prématurée », un sous-ensemble de causes de décès a été constitué, intitulé « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire ». Cet indicateur, utilisé précédemment dans les rapports du HCSP sur la santé en France, regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses[6]… Un tel regroupement a permis de mettre en évidence la situation très défavorable de la France pour l'ensemble de ces pratiques. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

Le nombre de décès par « mortalité évitable » est de 37 662 en 2002 soit un tiers de la mortalité prématurée. La mortalité est plus élevée chez les hommes (80 % des décès évitables observés et un taux de décès 4 fois supérieur). Cette surmortalité masculine se retrouve pour toutes les causes (tableau 20).

La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité « prématurée » est de 39 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes.

Ces taux de décès caractérisés comme évitables diminuent entre 1990 et 2002 mais plus nettement chez les hommes (-23 % contre -12 % chez les femmes) (tableau 14 et graphique 5).

La mortalité prématurée évitable la plus élevée est observée dans le Nord-Pas-de-Calais puis en Picardie, Bretagne, Haute-Normandie et Champagne-Ardenne ; la plus basse en, Midi-Pyrénées, Île-de-France, Alsace et Rhône-Alpes. Ce gradient nord-sud global se retrouve pour les hommes comme pour les femmes (cartes 4 et 5).

Des comparaisons sont disponibles pour cet indicateur entre les pays de l'Europe des 15. C'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé, devant le Luxembourg et la Belgique (taux de décès doublé en France par rapport au Royaume-Uni).

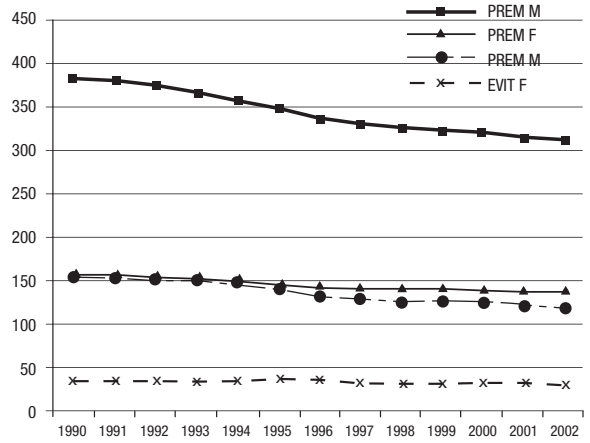
6. Un autre indicateur de mortalité « évitable », liée au fonctionnement du système de soins, a également été utilisé précédemment (cet indicateur, qui pose davantage de problèmes de définition, n'est pas présenté ici).

Tableau 14 • **Effectifs et taux standardisés de décès par mortalité « prématurée » et « évitable » en 1990 et 2002 selon le sexe**

Âge/Sexe	Année	Effectif	« Évitable »/ « Prématurée »	Taux de décès *	Var 2002-1990 **
« Prématurée »					
M	1990	88 204		383,4	
	2002	75 961		306,7	-20 %
F	1990	36 503		155,4	
	2002	34 011		134,6	-13 %
T	1990	124 707		267,4	
	2002	109 972		219,6	-18 %
« Évitable »					
M	1990	35 709	40 %	153,8	
	2002	29 574	39 %	117.8	-23 %
F	1990	8 445	23 %	35,5	
	2002	8 088	24 %	31,3	-12 %
T	1990	44 154	35 %	93,8	
	2002	37 662	34 %	74,1	-21 %

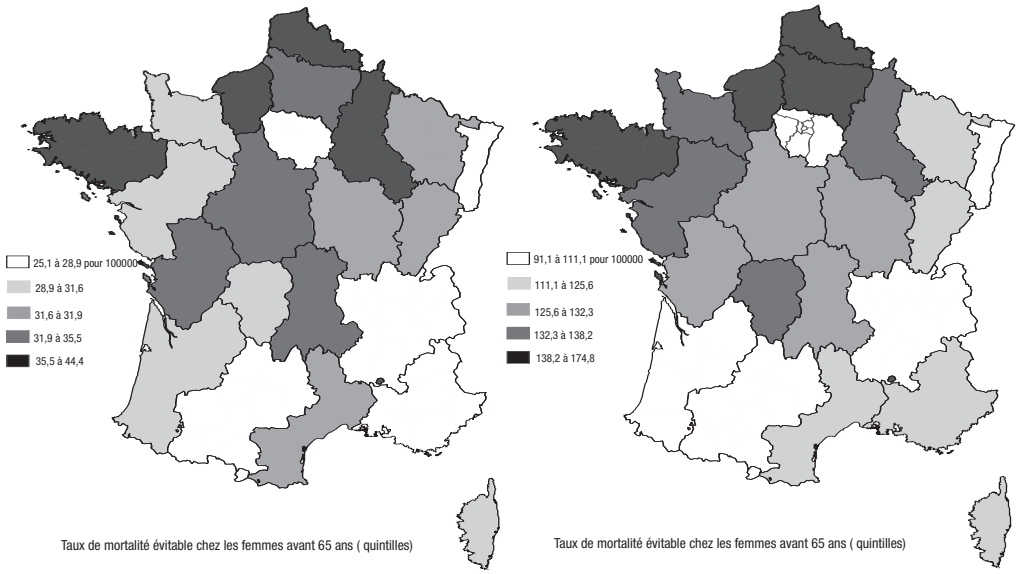
* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf. : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
** (Taux 2002 – Taux 1990) *100/Taux 1990.
Champ : France entière, population de moins de 65 ans.
Source : INSERM-CépiDc.

Graphique 5 • **Évolution des taux de décès prématurés (0 à 64 ans) et « évitables » de 1990 à 2002 selon le sexe ***



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

Carte 4 et 5 • **Mortalité prématurée évitable par région pour les femmes et pour les hommes**



Champ : France entière, population de moins de 65 ans.
Source : INSERM- CépiDc.
Limites-Biais : Sélection des causes de décès retenues :

Codes CIM9 Libellés
042-044-sida et infections par le VIH
140-149-Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
150-Tumeur maligne de l'œsophage
161-Tumeur maligne du larynx
162-Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon
291,303-Psychose alcoolique et alcoolisme
571.0-3,5-Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie
E829E810-E819/ E826-Accidents de la circulation
E880-E888-Chutes accidentelles
E950-E959-Suicides

Codes CIM10 Libellés
B20-B24-sida et infections par le VIH
C00-C14-Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
C15-Tumeur maligne de l'œsophage
C32-C34-Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
F10-Psychose alcoolique et alcoolisme
K70, K74.6-Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie
V01-V89-Accidents de la circulation
W00-W19-Chutes accidentelles
X60-X84-Suicides
Y87.0-Séquelles de suicides

À partir de 2000, la classification utilisée est la CIM 10.

Références :
- Salem G., Rican S., Jougla E., 2000, *Atlas de la santé en France - les causes de décès*, John Libbey ed, 1, 187 p.
- Jougla E., Salem G., Gancel S., Michel V., Kurzinger M.L., Rican S., Hamzaoui N., 2002, « Atlas de la mortalité dans l'Union européenne », Commission Européenne, Statistiques de la santé, Eurostat, Thème 3, Population et conditions sociales, 119 p.
- 2003, « La mortalité prématurée en France », InVS, *BEH*, n° 30, juillet.

Indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée

Les enquêtes déclaratives fournissent des indicateurs de santé, telle qu'elle est perçue et rapportée par la population elle-même. À côté des mesures de l'état de santé issues de sources médicalisées ou médico-économiques (mortalité, hospitalisations, consommations de soins…), ces données déclaratives sont également utilisées pour établir des comparaisons européennes. Un mini-module européen de trois questions a ainsi été introduit récemment dans les enquêtes européennes « EU-SILC » (European Union—Statistics on Income and Living Conditions ; enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie – SRCV – pour volet français) et repris dans des enquêtes nationales telles que l'Enquête nationale Santé de l'INSEE et l'enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES. Ce module comprend une question sur la santé perçue, une autre sur l'existence d'un problème de santé durable et une troisième sur les limitations d'activité. Le caractère prédictif de ce type de questions vis-à-vis de la mortalité et du développement de limitations fonctionnelles dans les années suivant l'enquête semble établi [1], bien que des interrogations demeurent sur la nature des éléments pris en compte par les personnes qui répondent à ces questions générales sur une échelle ordinale simple.

Ce mini module a maintenant été utilisé dans plusieurs enquêtes en population générale en France (sont présentées ci-dessous les données de l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE et, au chapitre p. 56, les données de l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2004 de l'INSEE). On enregistre d'une enquête à l'autre une certaine variabilité des taux de réponses malgré une formulation des questions très proche et dans des conditions de passation de questionnaire semblables. Seuls les écarts à la moyenne sont donc interprétables.

Part de la population déclarant être en bonne ou très bonne santé : les trois quarts des Français, mais seulement 46 %

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la santé perçue apparaît comme un indicateur pertinent de l'état de santé, très lié aux autres indicateurs de l'état de santé [2].

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

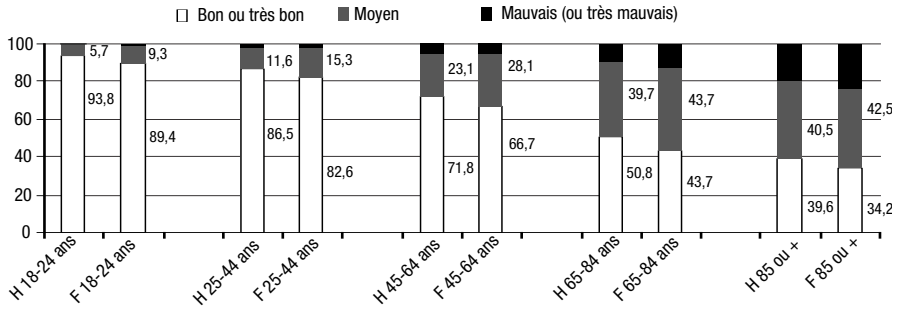
Selon l'Enquête nationale Santé réalisée en 2002-2003, près des trois quarts des personnes enquêtées se déclarent en bonne ou en très bonne santé, alors que plus d'une sur cinq considère que son état de santé est moyen et près d'une sur vingt, qu'il est mauvais voire très mauvais. Les hommes ont une plus grande propension à estimer que leur santé est « très bonne » et les femmes, qu'elle est « moyenne » (tableau 15). La perception d'une « bonne » (*a fortiori* « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus pour lesquelles la santé est considérée comme « moyenne » dans 42 % des cas et « mauvaise » (ou « très mauvaise ») dans 12 % des cas (22 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus) (graphique 6).

Tableau 15 • Santé perçue (%)

État de santé général*	Hommes	Femmes	Ensemble
Très bon	27,8	21,9	24,7
Bon	48,5	48,9	48,7
Moyen	19,5	24,1	21,9
Mauvais	3,5	4,3	3,9
Très mauvais	0,7	0,8	0,8

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé général ? très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ».
Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 18 ans et plus.
Source : Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.

Graphique 6 • **Santé perçue selon l'âge**



Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires.
Source : Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.

Le panel communautaire des ménages[1] (PCM) coordonné par Eurostat demandait aux personnes âgées de 16 ans et plus d'évaluer leur propre état de santé. En 1998, une plus forte proportion de la population jugeait sa santé très bonne ou bonne en Irlande (81 %), au Danemark (75,6 %) et en Grèce (75,4 %) que dans les autres États membres. Cette proportion était de 55,9 % en France et tombait à moins de 50 % au Portugal et en Allemagne. La probabilité que l'état de santé soit perçu comme très bon ou bon diminuait à mesure que l'âge augmentait. Après un palier de 85,3 % pour les personnes âgées de 16 à 24 ans, la proportion de personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé tombait à 78,6 % pour le groupe suivant (25 à 34 ans) et continuait de baisser pour chaque tranche d'âge successive, pour n'être plus que de 23,7 % chez les personnes de 85 ans ou plus. Les proportions les plus fortes de personnes percevant leur santé comme très bonne ont été constatées au Danemark, en Grèce et en Irlande entre 16 et 54 ans, en Grèce, en Irlande et au Royaume-Uni entre 55 et 64 ans et au Danemark, en Irlande et au Royaume-Uni à 65 ans et plus. C'est en France que les proportions de personnes considérant leur santé comme très mauvaise étaient les plus fortes à tous les âges, sauf entre 65 et 74 ans où elles étaient plus élevées en Finlande et entre 75 et 84 ans où elles l'étaient en Allemagne [3].

Part de la population déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique : 30 % des 25-44 ans mais 70 % des 85 ans et plus

La proportion de personnes déclarant avoir actuellement une maladie chronique est relativement élevée (36,4 %) (tableau 16), y compris chez les plus jeunes. Cette déclaration ne renvoie pas toujours à des maladies graves : elle est probablement souvent en lien avec la déclaration en tant que maladies chroniques de problèmes tels que des troubles mineurs de vision aisément corrigés par des lunettes, des problèmes dentaires ou encore des facteurs de risque cardio-vasculaires (hypercholestérolémies, surpoids…). Cette question est néanmoins utile car elle complète l'information apportée par les deux autres questions du « mini-module ».

Cette proportion augmente fortement avec l'âge, de près de 17 % avant 15 ans à 70 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. Les personnes déclarant une maladie chronique sont globalement plus nombreuses dans la population féminine, cette observation valant pour toutes les tranches d'âge, à l'exception des enfants et adolescents de moins de 15 ans (graphique 7).

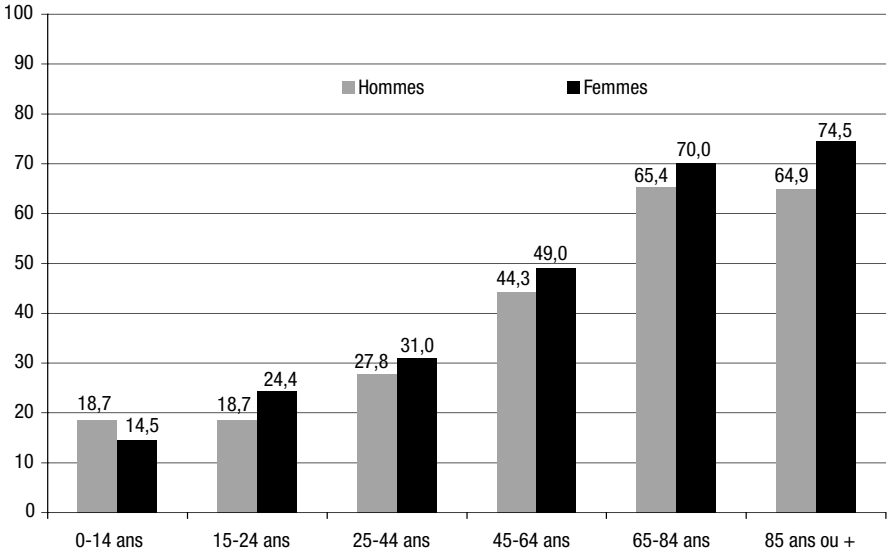
Tableau 16 • **Maladie chronique**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Maladie chronique*	34,0 %	38,7 %	36,4 %

* Libellé de la question : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies(s) chronique(s) ? » (c'est-à-dire qui dure longtemps ou qui revient régulièrement).
Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 18 ans et plus.
Source : Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.

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

Graphique 7 • **Déclaration de « maladie chronique » selon l'âge**



Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires.
Source : Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.

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

Près de 12 % de la population enquêtée déclare une restriction d'activité durable (« être limité depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement ») (tableau 17). Cette proportion est faible chez les enfants et les jeunes (3,0 % pour les moins de 25 ans), puis augmente progressivement avec l'âge : elle est égale à 30,8 % pour les personnes de 65 ans ou plus et à 52,4 % pour les 85 ans ou plus. Toutefois, compte tenu de leur poids respectif dans la population, les 45-64 ans ainsi limités représentent près du tiers de l'ensemble des personnes déclarant une limitation d'activité, les 65-84 ans, 35,6 %, et les 25-44 ans, 18,2 %.

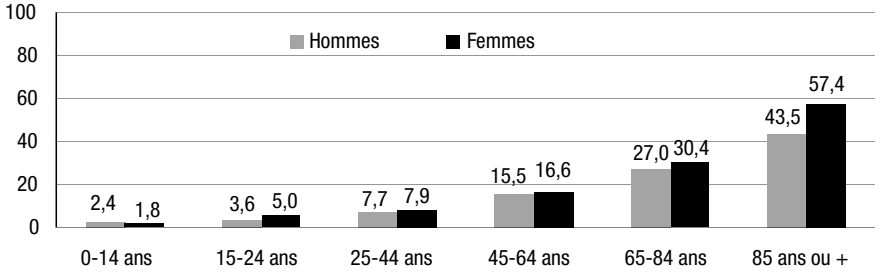
Cette proportion est globalement un peu plus élevée pour la population féminine (13,0 % versus 10,8 % pour les hommes), la différence étant plus marquée aux âges élevés. Cette tendance est toutefois inversée avant 15 ans, comme pour la notion de maladie chronique (graphique 8).

Tableau 17 • **Limitation d'activité**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Limitation d'activité depuis au moins six mois*	10,8 %	13,0 %	12,0 %

* Libellé de la question : « Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? » (Il s'agit des activités habituelles pour l'âge de l'individu dans la vie quotidienne, les loisirs…).
Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 18 ans et plus.
Source : Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.

Graphique 8 • **Limitation d'activité depuis au mois 6 mois selon l'âge**



Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires.
Source : Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.

Espérance de vie sans incapacité : à 65 ans, elle est de 11,7 ans pour les hommes et de 13 ans pour les femmes

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est un indicateur composite construit à partir des données de mortalité (espérance de vie) ainsi que de données sur les incapacités issues d'enquêtes déclaratives réalisées en population générale ; cet indicateur introduit ainsi une notion de qualité de vie. Son principal intérêt est sa simplicité conceptuelle : il représente le nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre sans incapacité, à la naissance (ou à 65 ans), si les conditions de mortalité et d'incapacité restent identiques aux observations de l'année. Il permet ainsi de préciser si l'augmentation de l'espérance de vie (EV) correspond à des années de vie en bonne ou en mauvaise santé. Par ailleurs, l'EVSI présente l'avantage d'être indépendante de la structure démographique de la population.

Par rapport à l'espérance de vie sans incapacité à la naissance, l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité à 65 ans (EVSI-65) est plus spécifique des phénomènes liés au vieillissement dans la mesure où cet indicateur permet de s'affranchir de la mortalité prématurée. L'EVSI-65 ans devrait ainsi permettre de suivre les effets du vieillissement dans la population[2].

D'autres indicateurs sur les incapacités peuvent aussi être construits pour affiner cette approche [4]. Certains reflètent « les limitations fonctionnelles les plus fréquentes, notamment aux âges élevés (difficultés pour marcher, se pencher, voir…), d'autres reflètent plutôt des situations de restriction dans les activités de soins quotidiens qui peuvent nécessiter un besoin d'aide important et s'apparenter à une certaine forme de dépendance. Une troisième catégorie d'indicateurs relève d'une approche générale couvrant l'ensemble de ces aspects, en balayant à la fois les limitations les plus courantes et les restrictions d'activité de la vie quotidienne les plus sévères…

L'indicateur sur la santé fonctionnelle utilisé dans SILC et dans l'enquête Santé 2002-2003 appartient à la troisième catégorie, générale, évoquée ci-dessus. L'espérance de vie à 65 ans sans limitation d'activité de long terme a été estimée à partir de l'enquête Santé 2002-2003 à 11,7 années pour les hommes et à 13,1 années pour les femmes (l'espérance de vie totale à 65 ans était en 2003 de 17,0 pour les hommes et de 21,2 pour les femmes).

Au niveau européen, les estimations exploratoires effectuées pour la période 1995-2001 à partir des données du panel européen des ménages suggèrent un impact variable du vieillissement dans les pays de l'Union européenne (UE). L'examen des données disponibles pour 14 pays de l'UE met en évidence trois types d'évolutions de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans pour cette période : dans certains pays, on observe une diminution de la proportion des années de vie sans incapacité (EVSI-65/EV-65 ≤ -5 %), ce qui suggère alors une expansion de la morbidité ; dans d'autres, on constate une augmentation de cette proportion (≥ 5 %), correspondant plutôt à une compression de la morbidité ; la France se situe dans le troisième groupe, caractérisé par un rapport EVSI-65/EV-65 situé entre ces deux bornes, la proportion d'année de vie sans incapacité à 65 ans ayant peu évolué entre 1995 et 2001.

2. Des indicateurs d'EVSI à la naissance et à 65 ans seront produits chaque année par le groupe EHEMU à partir des enquêtes SILC effectuées parallèlement dans chaque pays de l'UE à partir de 2005-2006, selon une méthodologie commune, et seront présentés sur le site d'Eurostat. Outre les indicateurs construits à partir de la question générale sur les limitations durables d'activité, qui pourront être gradués selon la sévérité de l'incapacité, les deux autres questions du mini module donneront également lieu à des indicateurs distincts (espérance de vie en bonne santé perçue et espérance de vie sans maladie chronique ou problème de santé durable). Des indicateurs complémentaires plus détaillés pourront en outre être construits tous les cinq ans à partir des enquêtes Santé de la DREES.

Références bibliographiques

[1] Idler E.L., Russell L.B., Davis D., « Survival, functional limitations, and self-rated health », in the *NHANES I Epidemiologic Follow-up Study*, 1992. « First National Health and Nutrition Examination Survey », *Am J Epidemiol*, 2000, 152, 874-83.

Lee, Y., « The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults », *J Epidemiol Community Health*, 2000, 54, 123-9.

[2] Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., « L'État de santé en France en 2003 », *Études et Résultats*, n° 436, octobre 2005, DREES.

[3] Commission européenne, *Statistiques de la santé - Chiffres clés sur la santé 2002 - Données 1970-2001*, Eurostat, Édition 2002.

[4] Cambois E., Clavel A., Robine J.-M., avril 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 2.

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

Principales causes de mortalité générale : les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les morts violentes

Si l'on considère l'ensemble de la population, les causes de décès les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (un peu moins d'un tiers des décès), les tumeurs (un peu plus d'un quart), les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès, un décès sur treize) et les maladies de l'appareil respiratoire autres que les tumeurs (un décès sur seize). Ces quatre groupes de maladies représentent près des trois quarts des décès (tableau 18).

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies reste relativement stable dans le temps. On note cependant un recul du poids relatif des maladies de l'appareil circulatoire, alors que les tumeurs sont devenues à la fin des années 1980 la première cause de décès chez les hommes.

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

La mortalité par tumeurs malignes est globalement plus fréquente chez l'homme (2,1 fois plus que chez les femmes). Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles spécifiquement féminines (sein, ovaire, utérus), les taux standardisés de décès sont plus élevés chez les hommes. On retrouve ici le poids de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes.

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

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

Au sein de l'Union européenne à 15, en 2001, la France, tous âges confondus, bénéficiait d'une position relativement favorable en matière de mortalité par maladies cardiovasculaires et respiratoires. Elle enregistrait par contre des taux de mortalité standardisés plus élevés dans les deux sexes pour les morts par traumatismes et suicides. Pour la mortalité par tumeurs, globalement, les hommes en France se situent dans une position plus défavorable que l'ensemble des hommes en Europe notamment pour les cancers de la bouche et des voies aérodigestives supérieures, du poumon, du colon et de la prostate. Les femmes, au contraire, ont des taux standardisés de mortalité par tumeurs moins élevés que la moyenne de l'UE à 15. La mortalité par cancer du sein en France se situe dans la moyenne européenne.

Tableau 18 • **Principales causes de décès en France en 2002 : effectifs et taux standardisés* de décès**

	Effectifs			Taux de mortalité standardisé		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Causes de décès (codes de la CIM 10)						
TOTAL : Toutes causes de décès (A00-Y89)	**545 349**	**278 794**	**266 555**	**619,9**	**831,4**	**454,8**
Tumeurs (C00-D48)	154 930	92 331	62 599	194,2	277,3	132,0
Dont Tumeurs malignes (C00-C97)	148 507	89 122	59 385	187,1	267,9	126,3
Dont Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14)	4 630	3 834	796	6,9	12,5	2,0
Tumeur maligne de l'œsophage (C15)	4 268	3 509	759	5,9	11,0	1,6
Tumeur maligne de l'estomac (C16)	5 287	3 256	2 031	6,3	9,6	3,7
Tumeur maligne du côlon (C18)	12 134	6 267	5 867	13,9	18,1	10,8
Tumeur maligne du rectum et de l'anus (C19-C21)	4 157	2 365	1 792	5,0	6,9	3,5
Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra-hépatiques (C22)	7 019	5 231	1 788	8,9	15,7	3,6
Tumeur maligne du pancréas (C25)	7 534	3 875	3 659	9,3	11,7	7,2
Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (C32-C34)	27 624	22 533	5 091	38,2	69,8	12,3
Mélanome malin de la peau (C43)	1 399	733	666	1,9	2,3	1,6
Tumeur maligne du sein (C50)	11 489	188	11 301	15,0	0,6	26,8
Tumeur maligne du col de l'utérus (C53)	727	:	727	1,1	:	2,0
Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus (C54-C55)	2 214	:	2 214	2,6	:	4,6
Tumeur maligne de l'ovaire (C56)	3 334	:	3 334	4,3	:	7,8
Tumeur maligne de la prostate (C61)	9 526	9 526	:	9,8	26,5	:
Tumeur maligne du rein (C64)	3 072	1 929	1 143	3,8	5,8	2,4
Tumeur maligne de la vessie (C67)	4 325	3 306	1 019	5,0	9,6	1,7
Tumeur maligne des tissus lymphatiques et hématopoïétiques (C81-C96)	12 727	6 703	6 024	15,1	19,7	11,8
Maladie de l'appareil circulatoire (I00-I99)	**161 121**	**74 756**	**86 365**	**164,3**	**214,8**	**126,2**
Dont : Cardiopathies ischémiques (I20-I25)	44 118	24 569	19 549	46,9	70,9	28,8
Autres maladies cardiovasculaires (I30-I33, I39-I52)	46 261	19 657	26 604	45,5	56,8	37,1
Maladies cérébro-vasculaires (I60-I69)	37 783	15 948	21 835	38,0	45,2	32,5
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	**34 227**	**17 849**	**16 378**	**34,2**	**51,0**	**23,8**
Dont : Grippe (J10-J11)	556	219	337	0,6	0,6	0,5
Pneumonie (J12-J18)	11 311	5 214	6 097	10,8	15,1	8,3
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40-J47)	9 046	5 656	3 390	9,5	16,1	5,5
Asthme (J45-J46)	1 431	559	872	1,7	1,7	1,6
Causes externes de blessure et d'empoisonnement (V01-Y89)	**41 917**	**25 024**	**16 893**	**56,2**	**80,4**	**34,3**
Dont : Accidents (V01-X59)	28 208	15 515	12 693	35,7	49,5	22,8
Accidents de transport (V01-V99)	7 602	5 672	1 930	12,4	19,1	5,8
Chutes accidentelles (W00-W19)	5 463	2 673	2 790	6,0	8,1	4,3
Intoxications accidentelles (X40-X49)	863	405	458	1,1	1,2	0,9
Suicides (X60-X84)	**10 810**	**7 865**	**2 945**	**16,7**	**25,7**	**8,7**
Homicides (X85-Y09)	**536**	**325**	**211**	**0,9**	**1,1**	**0,7**

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf. : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
Champ : France entière.
Source : Eurostat/INSERM-CépiDc.

Principales causes de mortalité prématurée : tumeurs et morts violentes

En 2002, le nombre de décès prématurés, survenus avant 65 ans, s'élevait à 113 537 pour la France entière, ce qui représente le cinquième de l'ensemble des décès.

Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, qui sont responsables de près de quatre décès prématurés sur dix (38,6 % en cause initiale), les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès), pour 17,9 % de ces décès, les maladies de l'appareil circulatoire (13,9 %), les maladies de l'appareil digestif (6,4 %) et les troubles mentaux ou du comportement. Ces cinq groupes de maladies représentent près de huit décès prématurés sur dix et les trois premiers de 70,5 % (tableau 19).

Le nombre de décès prématurés masculins est 2,2 fois supérieur à celui des femmes, le rapport des taux standardisés sur la structure d'âge étant même légèrement plus élevé (2,3). Ce rapport est plus faible (1,8) pour les tumeurs, qui ont un poids important dans la mortalité prématurée féminine, mais il est supérieur à 3 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement (taux standardisés multipliés par 3,4 dans la population masculine), les morts violentes (3,1) et les maladies de l'appareil circulatoire (3,1 également). Au total, les tumeurs sont responsables de 36 % des décès prématurés masculins, les morts violentes, de 19,5 %, et les maladies de l'appareil circulatoire, de 15,1 %, alors que dans la population féminine, ces proportions sont respectivement égales à 44,5 %, 14,2 % et 11,3 %.

En 2001, comme en 2000, la mortalité prématurée masculine par tumeurs malignes observée en France est la plus défavorable des pays de l'Union européenne à 15. Ce constat vaut aussi pour les cancers « du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon », pour lesquels la France avait également en 2001, comme en 2000, le taux de mortalité prématurée masculine le plus élevé de cet ensemble de pays.

Le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée chez les femmes (11,9 % de la mortalité prématurée féminine en 2002), les taux standardisés étant légèrement supérieurs à la moyenne des pays de l'Union européenne (2001).

La mortalité prématurée française par morts violentes est également relativement élevée, supérieure à la moyenne des pays de l'UE, pour les hommes mais aussi pour les femmes. Seuls la Finlande et le Luxembourg, ainsi que les nouveaux adhérents du nord et du centre de l'Europe ont en 2001 des taux standardisés plus élevés.

Tableau 19 • **Principales causes de mortalité avant 65 ans en France en 2002**

	Effectifs			Taux standardisés*		
	Ensemble	**Masculin**	**Féminin**	**Ensemble**	**Masculin**	**Féminin**
Tumeurs	43875	28259	15616	88,1	115,7	61,5
Tumeurs malignes :	42737	27553	15184	85,8	112,8	59,7
trach. larynx bronch. poumon	10868	8950	1918	21,8	36,6	7,5
voies aéro-dig. supérieures	4305	3763	542	8,6	15,3	2,2
sein	4217	50	4167			16,3
intestin	3008	1823	1185	6,0	7,5	4,7
tissus lymphat., hématopoïétiques	2829	1732	1097	5,7	7,1	4,4
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	20292	15317	4975	39,7	60,1	19,5
Total accidents :	11075	8629	2446	21,9	34,1	9,8
dont acc. de la circulation	6151	4810	1341	12,1	18,9	5,3
dont chutes accidentelles	1109	867	242	2,2	3,5	1,0
Suicides	7856	5775	2081	15,1	22,4	8,0
Maladies de l'appareil circulatoire	15831	11868	3963	31,8	48,4	15,7
Cardiopathies ischémiques	5660	4849	811	11,4	19,8	3,2
Maladies vasc. cérébrales	3252	2073	1179	6,5	8,4	4,6
Maladies de l'appareil digestif	7229	5101	2128	14,4	20,6	8,3
Mal. chroniques du foie	5134	3636	1498	10,2	14,6	5,8
Troubles mentaux et du comportement	3258	2514	744	6,4	9,9	2,9
Tr. mentaux liés à l'alcool	2337	1889	448	4,5	7,4	1,7
Mal. du syst. nerveux et des org. des sens	3228	2011	1217	6,5	8,1	4,9
Maladies de l'appareil respiratoire	2717	1946	771	5,5	8,0	3,1
Pneumonies et grippes	699	513	186	1,4	2,1	0,8
Mal. chroniques des voies resp.	1003	716	287	2,0	3,0	1,1
Asthme	345	199	146	0,7	0,8	0,6
Maladies infectieuses et parasitaires	2568	1821	747	5,1	7,2	3,0
Infections VIH, sida	992	772	220	1,9	2,9	0,8
Maladies endocr., nutr., métaboliques	2397	1533	864	4,9	6,3	3,5
Diabète	1301	862	439	2,6	3,6	1,8
Symptômes et états morb. mal définis	7810	5653	2157	15,5	22,6	8,6
Autres causes	4332	2413	1919			
Toutes causes	**113537**	**78436**	**35101**	**227,5**	**317,7**	**139,5**

* Taux de décès pour 100000 standardisés par âge - Réf. : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
Champ : France entière (Métropole et DOM).
Source : Eurostat/INSERM-CépiDc.

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

Au sein de la mortalité « prématurée », un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la « mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire » dénommée ici plus simplement « mortalité prématurée évitable » (voir chapitre p. 36 : Données synthétiques de mortalité). Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque. Les causes de décès « évitables » comprennent :

• les cancers du poumon pour lesquels le taux standardisé de décès est de 22 pour 100000 (mais 38,1 chez les hommes contre seulement 6,4 chez les femmes),

• les suicides (14,8 pour 100000 mais également beaucoup plus fréquent chez les hommes avec 22,2 décès pour 100000 contre 7,6 chez les femmes),

• les accidents de la circulation (12,3 pour 100 000, 18,9 chez les hommes et 5,8 chez les femmes),
• les cirrhoses (10,1 pour 100 000, 14,4 chez les hommes et 5,9 chez les femmes),
• les cancers des voies aérodigestives supérieures (9,3 chez les hommes),
• les psychoses alcooliques (6,7 chez les hommes),
• les cancers de l'œsophage (6,4 chez les hommes),
• les chutes accidentelles (3,4 chez les hommes),
• le sida qui ne représente plus que 1,8 pour 100 000 décès, 2,9 pour les hommes et 0,7 pour les femmes.

Le nombre de décès correspondant à la « mortalité prématurée évitable » est de 37 662 en 2002 pour la France métropolitaine soit environ un tiers des décès prématurés.

Entre 1989 et 1999, les diminutions les plus importantes s'observent pour le sida, les causes de décès liées l'alcool et les accidents de la circulation pour les hommes. En revanche le cancer du poumon stagne chez les hommes. Pour cette même période, chez les femmes, le sida et les accidents de la circulation sont en nette régression. À l'inverse, l'accroissement du cancer du poumon amorcé dans les années 1980 se poursuit dans les années 1990. Le développement important de ce cancer chez la femme (en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé) a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans [1].

Parmi les pays européens de l'UE à quinze, les taux standardisés par causes de décès prématurés évitables enregistrés en France pour les hommes comme pour les femmes sont constamment supérieurs à la moyenne européenne à l'exception des tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes (tableau 20).

Tableau 20 • Taux standardisés* de mortalité prématurée évitable par cause - Année 2002

	France			Europe 15		
	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
Sida et infections par le VIH	2,9	0,7	1,8	2,5	0,6	1,6
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	9,3	1,3	5,2	5,1	1,0	3,0
Tumeur maligne de l'œsophage	6,4	0,8	3,5	4,2	0,7	2,4
Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	38,1	6,4	22,0	28,7	8,0	18,2
Psychose alcoolique et alcoolisme	6,7	1,6	4,2	4,0	1,0	2,5
Maladies chroniques du foie	14,4	5,9	10,1	13,2	5,3	9,2
Accidents de transport	18,9	5,8	12,3	16,0	4,5	10,3
Chutes accidentelles	3,4	0,9	2,1	2,9	0,8	1,8
Suicides	22,2	7,6	14,8	14,0	4,5	9,3
Total	122,3	31,0	76,0	90,6	26,5	58,4

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf. : Eurostat -Pop Europe - IARC-1976.
Champ : France entière (Métropole et DOM) et population européenne de 0 à 64 ans.
Source : Eurostat/INSERM-CépiDc.

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

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

Comparés à l'ensemble de la population, les moins de 25 ans déclarent peu de maladies (graphique 9). La plupart sont bénignes et accompagnent le développement normal de l'individu : troubles de la vision dont la plupart sont aisément corrigés, pathologies infectieuses de l'appareil respiratoire, maladies de la peau dominées par les allergies, l'eczéma. Les prévalences déclarées sont semblables pour les deux sexes.

Entre 25 à 64 ans les femmes font état de problèmes de santé nettement plus fréquents que les hommes. Les affections les plus souvent déclarées dans cette classe d'âge sont les maladies de l'œil et les troubles de la vue (55,5 % pour les hommes et 67,9 % pour les femmes). Puis viennent les

affections ostéo-articulaires qui touchent plus d'une personne sur quatre et les maladies de l'appareil circulatoire dominées par les troubles veineux surtout déclarés par les femmes et par l'hypertension artérielle. Les maladies psychiques, comprenant notamment les troubles dépressifs, sont ici encore plus fréquemment déclarées par les femmes (26,1 % contre 14,8 % chez les hommes). Enfin, c'est surtout dans cette classe que se retrouvent toutes les préoccupations de santé liées à la maternité et à la contraception pour les femmes.

Au-delà de 64 ans, les enquêtés déclarent 7,6 affections en moyenne y compris les troubles de la vue et les problèmes dentaires. Parmi les affections les plus souvent déclarées dans cette tranche d'âge, on trouve les maladies de l'œil et les troubles de la vue chez 82,2 % des hommes et 86,9 % des femmes. Les maladies de l'appareil circulatoire, incluant troubles veineux et hypertension artérielle, concernent plus de 70 % des personnes. Les maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, ostéoporose, lombalgies…) viennent au troisième rang de fréquence des maladies déclarées, 48,8 % chez les hommes et 63,7 % chez les femmes. Les maladies endocriniennes et métaboliques incluant le diabète sont rapportées par 42 % des hommes et 45,7 % des femmes. Enfin, le cinquième groupe de pathologies par ordre de fréquence concerne les maladies psychiques avec le poids des démences aux âges élevés (tableau 21).

Tableau 21 • **Principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge en pourcentage (classées par ordre de fréquence décroissante dans la population totale)**

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

* Accidents, empoisonnements, suicides, homicides.

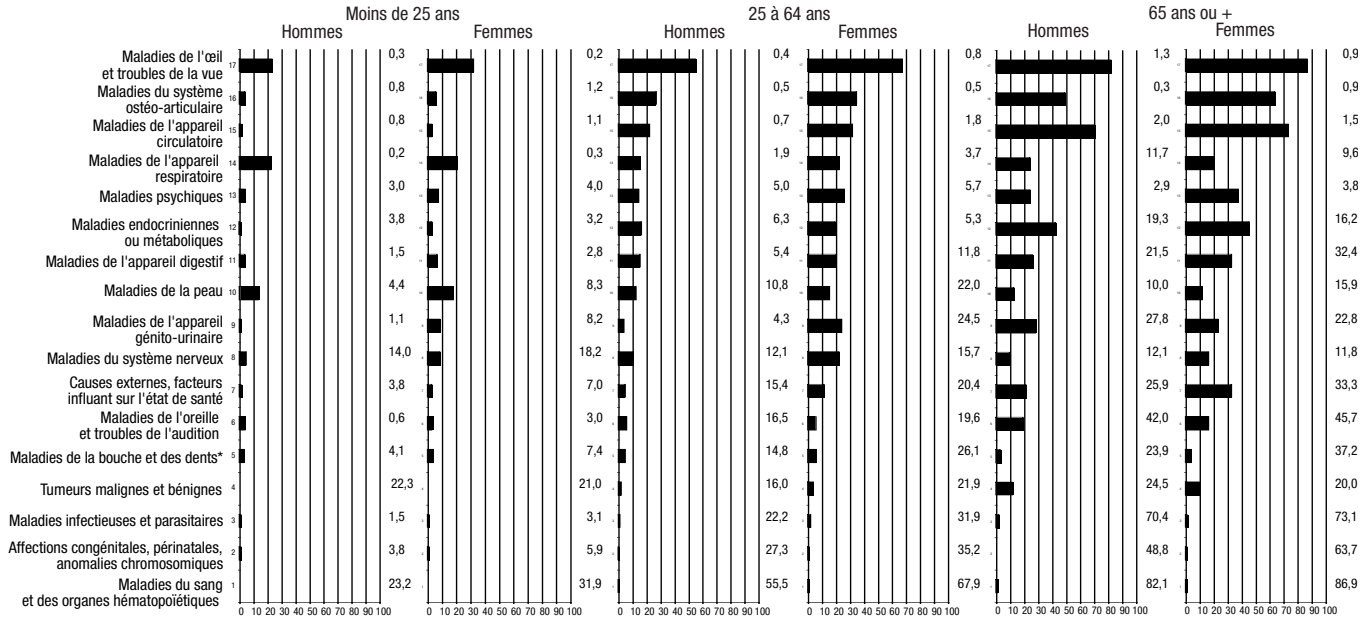
** Hors prothèses dentaires.

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

Source : Enquête SPS 2004.

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

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



* Hors prothèses dentaires.
Source : Enquête SPS 2004.
Champ : Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des 3 régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

Principales causes d'admission en affections de longue durée : maladies cardiovasculaires, cancers, diabète et pathologies psychiatriques

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique dont le traitement est long et coûteux. La liste comporte 30 affections et est révisée régulièrement. La connaissance du nombre de malades nouvellement admis en ALD pour une année donnée permet donc d'approcher l'incidence de ces pathologies chroniques coûteuses en population générale [2].

Au total, le nombre de malades en ALD était au 31 octobre 2004 de 6 556 352.

En 2004, 1 122 607 personnes ont été nouvellement prises en charge pour affections de longue durée. Les quatre causes de nouvelle admission les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, valvulopathies, artériopathies chroniques, accident vasculaire cérébral) pour un total de 346 086 nouveaux cas, les tumeurs malignes (287 614), le diabète (156 421) et les pathologies psychiatriques (psychoses, troubles graves de la personnalité, arriération mentale, maladie d'Alzheimer et autres démences) totalisant 159 526 nouvelles mises en ALD. Viennent ensuite l'insuffisance respiratoire chronique grave (33 526), l'ensemble des maladies ostéo-articulaires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, scolioses graves, soit 23 562 ALD), les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (23 023), la maladie de Parkinson (11 742), l'insuffisance rénale (11 529), les maladies inflammatoires chroniques intestinales (10 068), le sida (8 487), la tuberculose (5 632) (tableau 22).

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

En particulier, pour les cancers, l'insuffisance rénale, les pathologies psychiatriques et les affections rhumatologiques les nouveaux cas augmentent régulièrement depuis 2000. Pour le sida, l'augmentation intervient depuis 2001. Pour le diabète, les nouveaux cas n'ont cessé d'augmenter entre 2000 et 2003 mais l'année 2004 montre un léger infléchissement. Pour les maladies cardiovasculaires, après une augmentation entre 2000 et 2002, on enregistre une diminution en 2003 et 2004. Pour les cirrhoses et les maladies inflammatoires chroniques intestinales, l'augmentation des nouveaux cas de 2000 à 2003 a été suivie d'une diminution en 2004.

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

Tableau 22 • Nouveaux cas d'affections de longue durée (ALD 30) 2000-2004 France entière

Nature de l'affection	Total 2000 (1)	Total 2001	Total 2002 (2)	Total 2003	Total 2004 (3)
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	35 907	38 152	38 283	38 287	36 338
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 253	1 290	1 403	1 618	2 079
3. Artériopathie chronique et évolutive (y.c coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques (4)	101 934	108 643			0
3. Artériopathie chronique avec manifestations ischémiques (4)			43 425	42 285	42 677
4. Bilharziose compliquée	22	13	17	29	16
5. Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave (5)	72 392	71 566			0
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves (5)			75 802	78 513	79 659
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	20 216	22 475	23 476	24 474	23 023
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	6 614	6 491	7 125	8 128	8 487
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2 (6)	139 384	141 848	148 804	157 957	156 421
9. Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie) (7)					0
9. Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (7)	16 062	17 732	18 735	21 553	20 951
10. Hémoglobinopathie homozygote (8)	658	668			0
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (8)			788	1 069	1 425
11. Hémophilie (9)	873	886			0
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (9)		-	1 113	1 671	2 665
12. Hypertension artérielle sévère	111 119	115 134	117 354	110 340	103 371
13. Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois (10)	28 680	26 613			0
13. Maladie coronaire (10)			88 483	88 080	84 041
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	36 946	37 179	36 245	36 024	33 526
15. Lèpre (11)	57	30	35	47	0
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences (11)		-			47141
16. Maladie de Parkinson	13 419	13 036	12 656	12 673	11 742
17. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	2 736	2 537	2 562	3 237	4 884
18. Mucoviscidose	255	280	317	418	386
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	7 006	8 129	8 988	10 515	11 529
20. Paraplégie	2 311	2 460	2 412	2 523	2 238
21. Périartérite noueuse, lupus érithémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	5 783	6 103	6 485	7 187	5 298
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	12 389	13 018	13 404	14 711	14 636
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (12)	133 106	138 661	145 971	157 870	12 833
23. Affections psychiatriques de longue durée (12)					99552
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	8 644	8 818	9 376	10 145	10 068
25. Sclérose en plaques (13)	4 346	4 647	4 752	5 026	4 973
26. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	2 559	2 616	2 830	3 013	3 318
27. Spondylarthrite ankylosante grave.	4 195	4 719	4 784	5 177	5 608
28. Suites de transplantation d'organe (14)	283	327	374	524	476
29. Tuberculose active (15)	6 182	5 768	5 972	5 566	0
29. Tuberculose active, Lèpre (15)		-			5632
30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	246 892	258 452	262 704	272 330	287 614
Total	1 022 223	1 058 291	1 084 675	1 120 990	1 122 607

(1) L'instauration de la majoration du maintien à domicile pour les visites réalisées auprès des personnes âgées de 75 ans et plus (arrêté du 28 avril 2000) a entraîné une augmentation des demandes et des accords pour ALD 30 à partir de 2000 pour les personnes de 75 ans et plus.
(2) En avril 2002, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).
(3) En octobre 2004, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).
(4) En 2002, les insuffisances coronariennes et cardiopathies ischémiques ont été exclues des artériopathies chroniques pour être regroupées dans le libellé « maladie coronaire » (ALD 13) (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).
(5) En 2002, les troubles du rythme graves ont été intégrés dans le libellé « Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).
(6) En 1999, le critère biologique pour le diagnostic du diabète a été modifié (« constatation à deux reprises d'une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l » contre 1,40 g/l auparavant).
(7) A partir de décembre 1999, l'épilepsie grave a été intégrée dans le libellé « forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave » (décret 1999-1035 du 6 décembre 1999).
(8) En 2002, les hémolyses ont été intégrées dans le libellé « Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).
(9) En 2002, les affections constitutionnelles de l'hémostase graves ont été intégrées dans le libellé « Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).
(10) En 2002, le libellé « infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois » a été remplacé par le libellé « maladie coronaire » (décret 2002 - 594 du 22 avril 2002).
(11) En 2004, le mot « lèpre » est remplacé par les mots « maladie d'Alzheimer et autres démences » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).
(12) Toutes les formes de démences entraient dans ce cadre, notamment la maladie d'Alzheimer jusqu'en 2004. En octobre 2004, la « maladie d'Alzheimer et autres démences » ont été regroupées dans l'ALD 15. A cette date, les mots « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale » sont remplacés par les mots « affections psychiatriques de longue durée » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).
(13) En 1996, l'introduction du traitement par interféron-bêta (thérapeutique innovante et très coûteuse) dans la sclérose en plaques a entraîné des demandes plus précoces et plus nombreuses d'admissions en ALD 30.
(14) Les transplantations d'organe font, la plupart du temps, déjà l'objet d'une ALD pour une affection initiale (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique grave…).
(15) En 2004, après les mots « tuberculose active » est ajouté le mot « lèpre » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).

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

Le nombre de motifs de consultation augmente avec l'âge des consultants. Avant 25 ans, selon l'enquête permanente sur la prescription médicale de IMS[1], la consultation porte fréquemment sur un seul motif : 131 motifs de recours pour 100 séances contre 156 motifs entre 25 et 64 ans et 227 après 65 ans.

Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours pour 100 séances est équivalent chez les filles et pour les garçons. Au contraire, chez les 15-24 ans, il est plus élevé chez les filles : 136 motifs de recours pour 100 séances contre 125 chez les garçons. Cette tendance se maintient ensuite au cours de la vie avec 157 motifs de recours pour 100 séances des femmes contre 154 des hommes entre 25 et 64 ans et 230 versus 222 après 65 ans.

Les raisons qui ont amené à consulter sont différentes selon l'âge. Ce sont les pathologies respiratoires qui sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : 31 motifs pour 100 séances pour les moins de 1 an, 42 entre 1 et 14 ans, et 24 entre 15 et 24 ans. Viennent ensuite les actes de prévention et les motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux…) qui représentent une part considérable des consultations : 57 motifs pour 100 séances pour les moins de 1 an, 22 motifs pour la classe d'âge de 1 à 14 ans et 28 pour les 15 à 24 ans. À cela s'ajoutent les consultations organisées par les services de protection maternelle et infantile pour les enfants de moins de 6 ans. Ces services assurent également une activité importante de prévention : environ 2,15 millions d'examens cliniques auprès des enfants pour environ 747 000 consultants en 2004 [3]. On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et états de santé mal définis et les maladies infectieuses (respectivement 14,5 pour les garçons et 15,4 pour les filles et 10,9 pour les garçons et 10,3 pour les filles). On peut noter une part importante des maladies de la peau, en particulier chez les 15-24 ans (11 % des motifs de séances).

Le recours aux soins des adolescents de 11 à 20 ans a été plus particulièrement étudié en 2000 [4]. Principalement suivis par des médecins généralistes (ils effectuent 70 % des actes les concernant) les adolescents déclarent plus d'affections et celles-ci sont généralement bénignes. Leur comportement de recours aux soins reproduit celui de leurs parents avec, notamment dans les milieux ouvriers une santé buccodentaire plus fragile : davantage de caries et un moindre recours au dentiste. À cet âge, les troubles mentaux constituent un motif de consultation moins fréquent que chez les adultes, les problèmes les plus souvent retrouvés étant l'anxiété et les dépressions.

Entre 25 et 64 ans, les motifs de recours aux soins de ville diffèrent entre les hommes et les femmes. Pour les hommes, 19 séances sur 100 sont motivées par un problème cardiovasculaire, environ 18 par une pathologie respiratoire. Les maladies ostéoarticulaires et les troubles mentaux se situent juste après avec respectivement 16,7 et 16,2 motifs pour 100 séances. Pour les femmes, les actes administratifs et préventifs sont le motif le plus fréquent de recours (21 pour 100 séances) suivis des troubles mentaux (19 pour 100 séances).

Après 65 ans, les pathologies cardio-vasculaires prédominent nettement chez les hommes (près de 62 motifs de recours pour 100 séances) comme chez les femmes (60,5). Viennent ensuite les maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques (27 motifs pour 100 séances), motif plus fréquent chez les hommes (28,6) que chez les femmes (25,5), des états de santé mal définis, particulièrement nombreux dans cette tranche d'âge avec 26 motifs pour 100 séances et les maladies ostéoarticulaires (24) plus fréquemment rapportées chez les femmes (27,4 contre 17,9 chez les hommes, tableau 23 [5]).

1. L'Enquête permanente sur la prescription médicale de la société IMS-Health (EPPM) a pour objet de suivre de manière détaillée l'évolution des prescriptions des médecins libéraux en France. Chaque trimestre, 835 médecins (dont 435 spécialistes) sont interrogés pendant sept jours consécutifs. Pour un an, l'EPPM porte sur les ordonnances d'environ 2 000 praticiens médecins généralistes ou spécialistes exerçant en pratique libérale en France métropolitaine. Elle enregistre le(s) diagnostics(s) d'une prescription médicamenteuse ainsi que des informations complémentaires telles que la date et le lieu de la séance, le sexe, l'âge et la profession du patient. Les résultats bruts sont ensuite redressés afin de les étendre à l'ensemble des médecins français. Ne sont conservés que les diagnostics ayant donné lieu, dans les classes thérapeutiques considérées, à plus de 50 prescriptions annuelles auprès de l'échantillon de médecin. Les autres diagnostics sont classés « comme non significatifs ».

Tableau 23 • **Motifs de recours et/ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (1er septembre 2004-31 août 2005)**

	Nombre de motifs pour 100 séances	
Moins de 25 ans	**Garçons**	**Filles**
Ensemble des pathologies	**129,0**	**133,1**
Maladies de l'appareil respiratoire	36,7	32,0
Prévention et motifs administratifs	25,3	29,5
dont : Symptômes et états morbides mal définis	14,5	15,4
Maladies infectieuses et parasitaires	10,9	10,3
Maladies de la peau	7,5	8,5
Maladies ophtalmologiques	7,3	7,8
ORL	6,8	5,6
Lésions traumatiques	5,8	3,6
Troubles mentaux	3,7	4,0
Maladies ostéoarticulaires	3,5	3,4
Maladies de l'appareil digestif	2,8	3,2
Maladies des organes génito-urinaires	0,8	4,27
De 25 à 64 ans	**Hommes**	**Femmes**
Ensemble des pathologies	**154,4**	**157,3**
Troubles mentaux	16,2	19,0
Prévention et motifs administratifs	11,7	21,4
dont : Maladies de l'appareil cardio-vasculaires	19,0	15,4
Maladies de l'appareil respiratoire	18,3	14,9
Symptômes et états morbides mal définis	14,9	15,7
Maladies ostéoarticulaires	16,7	14,1
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	13,9	9,4
Maladies ophtalmologiques	8,5	7,8
Maladies de l'appareil digestif	6,9	5,9
Maladies des organes génito-urinaires	2,2	8,2
Maladies du système nerveux	5,5	5,9
Maladies infectieuses et parasitaires	5,8	5,7
65 ans ou plus	**Hommes**	**Femmes**
Ensemble des pathologies	**222,8**	**230,0**
Maladies cardio-vasculaires	61,9	60,5
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	28,6	25,5
dont : Symptômes et états morbides mal définis	25,1	26,6
Maladies ostéoarticulaires	17,9	27,4
Troubles mentaux	8,5	14,8
Maladies de l'appareil digestif	11,2	12,3
Maladies de l'appareil respiratoire	14,4	10,1
Prévention et motifs administratifs	11,3	10,9
Maladies du système nerveux	9,1	11,0
Maladies ophtalmologiques	7,9	9,5
Maladies des organes génito-urinaires	9,0	4,2
Maladies de la peau	5,0	5,0

Note : les motifs de recours ont été classés, dans chaque groupe d'âges, par ordre décroissant d'importance deux sexes réunis.
Champ : France métropolitaine (hors Corse) - Médecine libérale.
Source IMS-HEALTH, étude permanente de la prescription médicale, exploitation DREES.

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

Dans les services hospitaliers de soins de courte durée publics et privés, en France métropolitaine, ce sont les enfants de moins de 1 an, les hommes à partir de 55 ans et les femmes à partir de 65 ans qui présentent les risques d'hospitalisation les plus élevés, en 2004. La fréquentation hospitalière est majoritairement féminine (269 séjours pour 1 000 femmes contre 242 séjours pour 1 000 hommes). Mais en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour accouchement normal, le taux d'hospitalisation standardisé des hommes est plus élevé que celui des femmes (240 *versus* 237) [6].

L'hospitalisation des personnes de moins de 25 ans représente en 2004 environ 18 % des séjours dans les services hospitaliers de soins de courte durée. Si l'on exclut les enfants de moins de 1 an, le taux de recours à l'hôpital des enfants est nettement plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Avec un taux de recours de 503 pour 1 000 en 2004, la fréquentation hospitalière des enfants de moins de 1 an se situe nettement au dessus de la moyenne qui est de 256 pour 1 000 mais elle reste inférieure à celle des personnes de plus de 74 ans (596 pour 1 000 de 75 à 84 ans et 636 pour 1 000 à 85 ans et plus).

En 2004, avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont, pour les garçons, les traumatismes (14,9 pour 100 séjours) et, pour les filles, les séjours liés à la maternité (19,9 pour 100 séjours).

Références bibliographiques

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

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

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

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

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

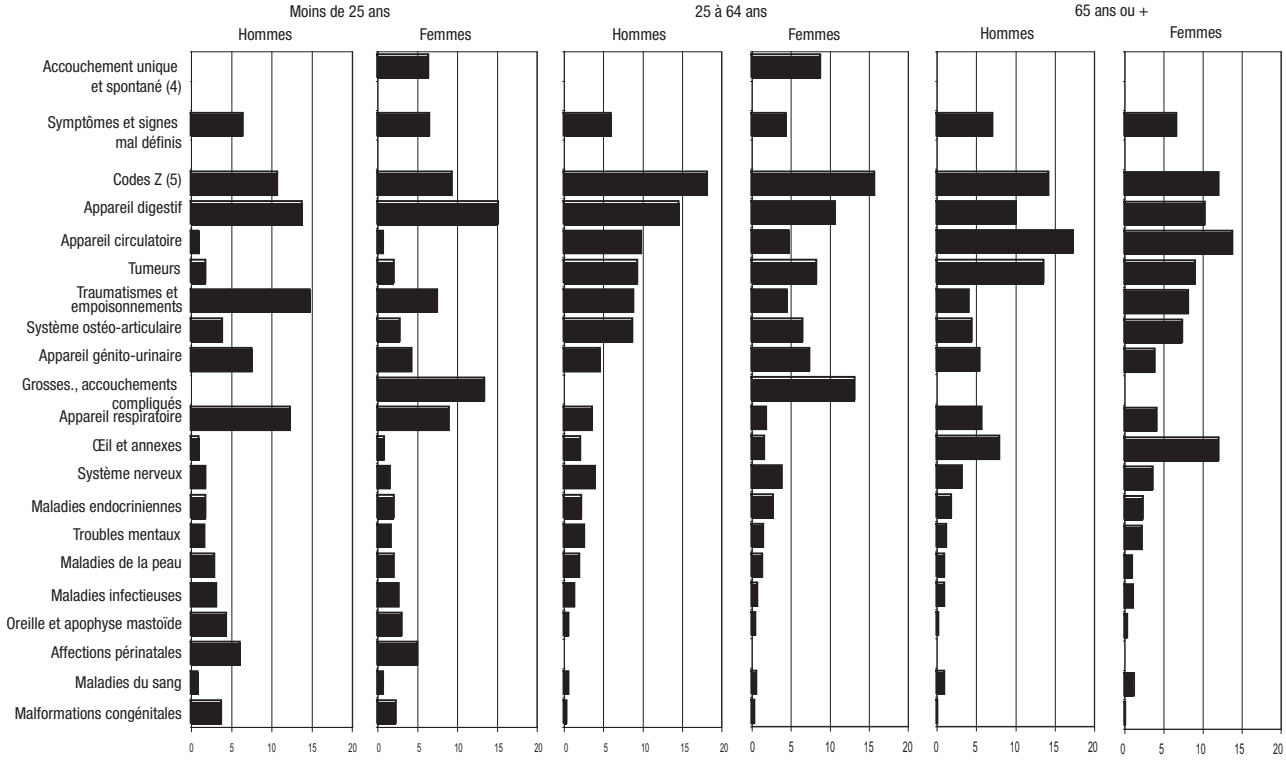
[6] Mouquet M.-C., « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003 », *Études et Résultats*, n° 444, DREES, novembre 2005.

Pour les deux sexes, les pathologies digestives (maladies des dents et appendicite notamment) arrivent au second rang des causes d'hospitalisation avec 13,8 pour les garçons et 15,2 pour les filles. Les atteintes respiratoires (pathologies des amygdales, des végétations adénoïdes, asthme) au nombre de 12,3 pour 100 séjours chez les garçons et 8,9 chez les filles et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention (10,9 chez les garçons contre 9,5 chez les filles) viennent ensuite, respectivement aux 3e et 4e rang pour les garçons et aux 4e et 3e rang pour les filles. Chez elles, les traumatismes ne constituent que le 5e motif de recours à l'hospitalisation entre 0 et 25 ans (7,5 pour 100 séjours).

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2004, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22 pour 100), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention arrivent en tête des motifs de recours à l'hôpital dans les deux sexes (18,4 chez les hommes et 15,8 chez les femmes). Ensuite ce sont les maladies de l'appareil digestif (14,6 chez les hommes et 10,7 chez les femmes) qui sont le plus souvent retrouvées. Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements sont ensuite les plus fréquents (à rapprocher de la mortalité par morts violentes : accidents, suicides dans cette tranche d'âge). Chez les personnes de 45 ans ou plus, les tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire augmentent pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives.

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : un peu plus de 1 séjour hospitalier sur 6, (17,3 pour 100 séjours chez les hommes et 13,9 chez les femmes). Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont également très fréquents (respectivement 14,3 et 12,1 pour 100 séjours). Pour les femmes, après les maladies de l'œil qui motivent 12,1 séjours pour 100 (avec notamment la cataracte qui est responsable à elle seule de près de 11 % des hospitalisations des femmes âgées), trois groupes interviennent dans des proportions proches : les maladies de l'appareil digestif (10,3 pour 100), les tumeurs (9,1 pour 100) et les traumatismes en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral (8,2 pour 100). Pour les hommes, les affections les plus représentées après les maladies cardiovasculaires sont les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et maladies de l'œil (respectivement 13,6, 10,1 et 7,9 pour 100 séjours) [graphique 10].

Graphique 10 • **Répartition des séjours (1) annuels dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le sexe du patient en 2004**



Note : En dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences les deux sexes tous âges réunis.
Hospitalisations > = 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie…).
(2) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
(3) Diagnostic principal manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM de l'OMS 10e révision.
(4) Code 080 de la CIM de l'OMS 10e Révision.
(5) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux…

Lecture : En 2004, sur 100 séjours hospitaliers d'hommes de 65 ans et plus, 17,3 avaient pour motif une maladie de l'appareil circulatoire.
Champ : Établissements publics et privés - France métropolitaine.
Source : Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

Inégalités sociales de santé

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

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

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

Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé[1] suppose d'une part de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et d'autre part d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs a été un élément déterminant de leur choix.

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

- des indicateurs synthétiques de santé :
  - Santé perçue, santé fonctionnelle et de maladies chroniques déclarées ;
  - Espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale. Ce seuil de 35 ans correspond à l'âge où les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population : les études sont en général terminées et la vie professionnelle initiée.
- des indicateurs de santé portant sur la survenue ou la gravité de problèmes de santé spécifiques qui ont été construits pour chacun des objectifs correspondants (voir fiches thématiques de ce rapport) ;
- des indicateurs de comportements (nutrition, consommation d'alcool, de tabac…) traités également avec les objectifs thématiques correspondants ;
- et enfin, des indicateurs d'accès aux soins : les personnes bénéficiant de la couverture médicale universelle (voir chapitre p. 29) et renoncement aux soins.

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

– la répartition de la population en six catégories selon la classification « profession et catégorie sociale » – PCS – qui est le plus souvent utilisée en France ;

– la répartition de la population selon le niveau d'études en quatre catégories (primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur).

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

L'interprétation et le suivi de ces indicateurs devront toutefois prendre en compte certaines limites. Le premier niveau de la PCS, classiquement utilisé en France, regroupe dans la même catégorie

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

« Ouvriers » les ouvriers non qualifiés et les autres ; la PCS est également moins pertinente pour l'étude des inégalités de santé chez les femmes qui n'exerçaient fréquemment pas d'activité professionnelle reconnue dans les générations anciennes ; le niveau d'instruction serait dans ce cas plus approprié. Toutefois, l'élévation du niveau moyen d'étude au cours du temps rend aussi délicate l'utilisation de ce critère pour l'analyse d'évolutions.

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

■ INDICATEURS SYNTHÉTIQUES D'ÉTAT DE SANTÉ

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

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la santé perçue apparaît comme un indicateur pertinent de l'état de santé, très lié aux autres indicateurs de l'état de santé. On observe un gradient social dans la déclaration par les individus de leur état de santé, les ouvriers puis les agriculteurs ayant le moins bon état de santé perçue ainsi que des limitations fonctionnelles et des maladies chroniques plus fréquentes, les cadres et professions intellectuelles supérieures se situant à l'autre extrême. Les différences sont plus marquées encore entre les actifs et les inactifs. Cela s'explique par le fait que cette catégorie surreprésente des personnes retraitées – plus âgées – et les personnes handicapées (tableau 24).

Si l'on s'intéresse au niveau de diplôme des répondants, on observe également un gradient de santé déclarée croissant entre ceux qui ne sont pas diplômés et ceux qui ont les diplômes les plus élevés (tableau 25).

Selon le panel communautaire des ménages (PCM) en 1998 (*cf.* chapitre p. 42 : Morbidité déclarée), on retrouvait, dans l'Union européenne (UE), le même constat d'amélioration de l'état de santé ressenti avec le niveau d'études. De même, l'activité était associée à un meilleur état de santé déclaré : pour l'ensemble de l'UE, c'est chez les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail ou retraités) que les taux de personnes considérant que leur état de santé était moyen, mauvais ou très mauvais étaient les plus élevés. Parmi les personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé, le rapport de la population en situation d'emploi à la population n'occupant pas d'emploi était d'environ 2 pour 1 [4].

Tableau 24 • **Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la catégorie socioprofessionnelle, en %**

Catégorie socioprofessionnelle	Part de la population déclarant…			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé*	être limitée depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement**	avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable***	
Agriculteurs exploitants	95	20	29	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	96	13	24	3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	97	8	22	7
Professions intermédiaires	97	11	23	13
Employés	95	13	27	17
Ouvriers (y. c. ouvriers agricoles)	93	16	27	14
Retraités	76	47	63	27
Autres inactifs	87	20	27	16
Ensemble	**88**	**23**	**36**	**100**

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».
** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable (y compris séquelle d'accidents, handicaps) ».
*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité dans les activités que les gens font habituellement ? »
Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.
Source : INSEE, enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2004, données provisoires.

Tableau 25 • **Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'étude, en %**

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant…			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé*	être limitée depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement**	avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable***	
Sans diplôme ou CEP	77	38	50	34
CAP-BEPC	93	19	32	33
Bac-Bac +2	96	12	26	22
Diplôme supérieur	97	10	22	11
Ensemble	**88**	**23**	**36**	**100**

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».
** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable (y compris séquelle d'accidents, handicaps) ».
*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité dans les activités que les gens font habituellement ? »
Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.
Source : INSEE, SRCV 2004, données provisoires.

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

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

Entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Sur la période 1991-1999, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont une espérance de vie à 35 ans de 46 ans contre 39 ans pour les ouvriers. Pour les femmes, ces chiffres sont de 50 ans pour les cadres et 47 ans pour les ouvrières. Les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : d'après la mortalité par sexe et âge observée au milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, contre un écart de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont accrus chez les hommes alors qu'ils restaient stables chez les femmes [5] (tableau 26).

Tableau 26 • **Espérances de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie socioprofessionnelle (en années)**

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

Champ : France entière.
Source : INSEE, échantillon démographique permanent et état civil.

■ INDICATEURS D'ACCÈS AUX SOINS

Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières : 49 % pour la santé bucco-dentaire, 18 % pour les lunettes et 9 % pour les soins spécialistes

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

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

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

objectifs

Comment lire les fiches ?

Le numéro associé à chaque fiche est celui de l'objectif correspondant au sein du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique. ***Certains objectifs n'ayant pas fait l'objet d'évaluation en 2006, la numérotation n'est pas continue.***

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

Les indicateurs de suivi de l'objectif *retenus par les experts dans le rapport de juillet 2005 sont, lorsqu'ils ont pu donner lieu à évaluation cette année, commentés sur la page de gauche. Leur libellé apparaît en caractères gras.*
Les indicateurs fournis pour la France ont été, le plus systématiquement possible, mis en regard des données relatives aux autres pays comparables (dans la mesure de leur disponibilité). Les comparaisons à l'ensemble des pays de l'Europe des 25 ont été privilégiées, mais la comparaison a parfois été restreinte aux 15 pays composant initialement l'Union européenne.
Lorsque cela était possible, des décompositions des indicateurs par ***classes d'âge*** *ont été produites. Ce sont les tranches d'âges retenues pour les comparaisons européennes (0 à 14 ans, 15 à 24 ans, 25-44 ans, 45 à 64 ans, 65 à 84 ans et 85 ans ou plus).*
De même, la question des ***disparités territoriales*** *(le plus souvent régionales) a été prise en compte en fonction de la disponibilité des données sous forme d'un commentaire des écarts observés.*
Les ***taux*** *sont présentés sous forme* ***brute et/ou standardisée (sur l'âge et le sexe)*** *pour tenir compte des effets de structure de population. Pour le calcul des taux standardisés, la structure de population prise en référence est la population européenne (publiée par Eurostat).*

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

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

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

Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant

Dans la loi de santé publique, la valeur de référence en 1999 et l'objectif à atteindre étaient exprimés en litres d'alcool pur rapportés à l'ensemble de la population. La loi de santé publique préconise de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% (passer de 14,4 litres d'alcool pur/an/habitant en 1999 à 11,5 litres d'alcool pur/an/habitant d'ici à 2008). Suite à la concertation, organisée par la DREES et la DGS, avec les différents organismes concernés par ces questions, il a été jugé préférable de rapporter les volumes d'alcool consommés à la population des 15 ans et plus, qui est effectivement concernée par la consommation d'alcool. Le choix de cette population de référence entraîne mécaniquement une hausse du niveau de l'indicateur. Plusieurs estimations sont disponibles pour la France[1]. Il paraît donc souhaitable de préciser et d'harmoniser les modes de calcul de cet indicateur. Ce travail, effectué dans le cadre d'une commission rassemblant des membres du groupe IDA[2], de l'OFDT et de l'INSEE, a abouti à déterminer un mode de calcul commun sur les dernières années écoulées.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

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

En 2004, la consommation d'alcool sur le territoire français pouvait être estimée à 13,1 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus (environ 12,7 litres si on exclut les achats des Britanniques venus s'approvisionner en alcool dans le Pas-de-Calais). Ce volume annuel est l'équivalent d'un peu moins de 3 verres d'alcool standard[3] par jour et par habitant âgé de 15 ans et plus.

La consommation annuelle moyenne d'alcool pur des Français de 15 ans et plus a diminué de 1,3 litre entre 1999 et 2004, soit une baisse de 9% sur cinq ans. Le rythme décroissant entre 2001 et 2004 se situe sur la tendance conduisant à l'objectif de réduction adopté dans la loi de santé publique. Cette diminution s'inscrit dans une tendance de long terme à la baisse de la consommation moyenne d'alcool pur en France, provenant presque exclusivement de la réduction de la consommation de vin. Bien qu'ayant connu des fluctuations, le niveau de consommation (en équivalent alcool pur) par habitant de 15 ans et plus de bières et de spiritueux est peu différent en 2004 de celui des années 1960. La consommation de bière est cependant orientée à la baisse depuis le début des années 2000.

D'après les dernières données disponibles (2001) de l'Organisation mondiale de la santé, la France a récemment perdu sa place de premier pays consommateur d'alcool (en litre d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus). La France était en 2001 devancée par la République tchèque et l'Irlande. Compte tenu de la diminution importante de la consommation française d'alcool entre 2001 et 2004, il est probable que d'autres pays aient dépassé la France. Les méthodes de calcul des quantités d'alcool consommées n'étant pas standardisées entre pays, il faut considérer avec prudence ce classement entre pays. Il reste que les habitudes de consommation d'alcool se sont très largement rapprochées dans les pays européens au cours des quatre décennies passées. ●

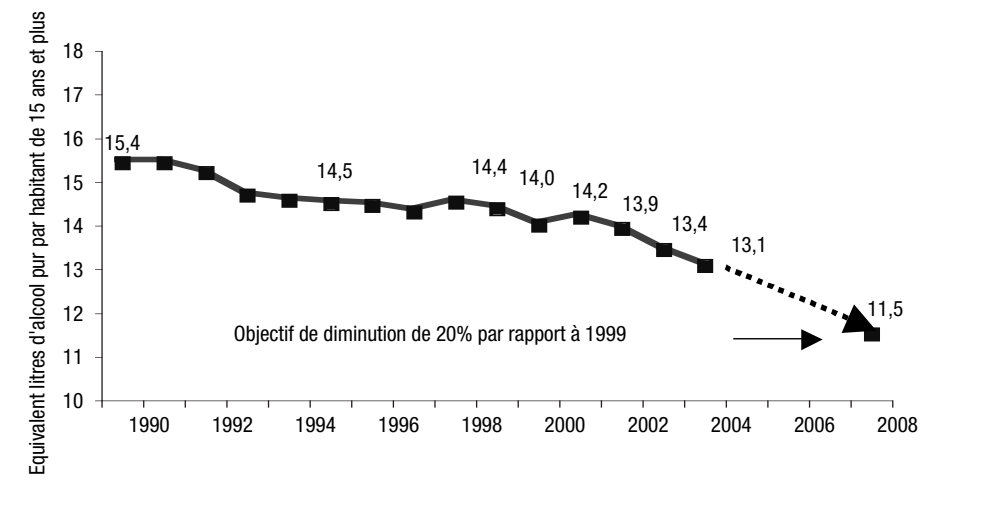
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT.

1. Cet indicateur a été calculé pour la France par l'Organisation mondiale de la santé, par l'organisme néerlandais « Commission for distilled spirits », par l'INSEE, et par le groupe IDA (Indicateurs D'Alcoolisation).
2. Le groupe IDA rassemble les principaux producteurs institutionnels de données sur les questions d'alcool (DGS, DHOS, DREES, INPES, INSERM, ANPAA, OFDT), des représentants des producteurs d'alcool, des professionnels de la santé et de la prévention ainsi que des chercheurs intéressés par la question des indicateurs. Ce groupe a été à l'origine de la publication du livre *Alcool à chiffres ouverts.*
3. Un verre d'alcool standard contient 10 grammes d'alcool pur.

synthèse

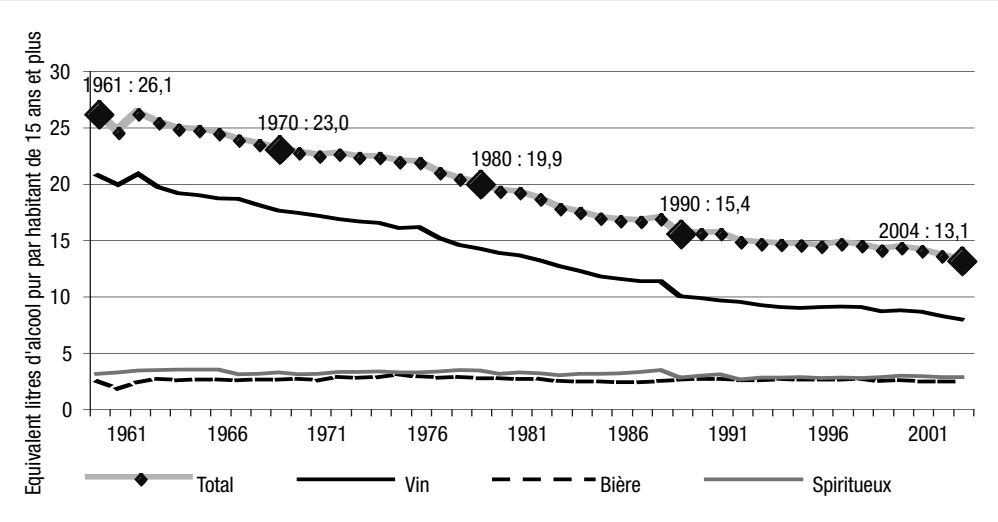
La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus a diminué de 9% entre 1999 et 2004. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. La France fait partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool mais n'est plus le pays où la consommation est la plus élevée.

Graphique 1 • Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus (1990-2004)



Sources : 1990 à 1999 : IDA ; 2000 – 2004 : IDA et INSEE.

Graphique 2 • Consommation d'alcool, de vins, de spiritueux et de bières en litre équivalent d'alcool pur, 1960-2004 (données OMS de 1960 à 1989 et données gr IDA entre 1990 et 2004)



Sources : 1961 à 1989 Organisation mondiale de la santé ; 1990 à 1999 IDA ; 2000 à 2004 : IDA et INSEE.

Tableau 1 • Consommation d'alcool dans les pays membres de l'UE en 2001, en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus

Pays	Litres/hab.	Pays	Litres/hab.
Luxembourg*	17,5	Grande-Bretagne	10,4
République Tchèque	16,2	Belgique	10,1
Irlande	14,5	Estonie	9,9
France**	13,5	Pays-Bas	9,7
Allemagne	12,9	Lettonie	9,3
Autriche	12,6	Grèce	9,3
Portugal	12,5	Italie	9,1
Slovaquie	12,4	Pologne	8,7
Lituanie	12,3	Suède	6,9
Danemark	11,9	Malte	6,7
Hongrie	11,9	Chypre	6,7
Finlande	10,4	Slovénie	6,6

Source : Organisation mondiale de la santé.
* La proportion très importante d'achat de personnes habitant dans les pays limitrophes du Luxembourg explique un chiffre particulièrement élevé de consommation d'alcool par habitant qui n'est donc pas représentatif de la consommation de la population du Luxembourg.
** Les chiffres de l'OMS ne prennent pas en compte en 2001 les estimations de quantités d'alcools auto-consommées ; le chiffre pour la France est donc inférieur au chiffre cité auparavant qui comprend une estimation de l'autoconsommation de vins et de cidres.

CHAMP • France entière, population âgée de 15 ans ou plus.

SOURCES • Statistiques démographiques (INSEE) ; ventes : statistiques fiscales sur les ventes d'alcool (DGDDI).

LIMITES ET BIAIS • Cet indicateur estime les quantités vendues ou auto-consommées en France. Il est construit à partir des statistiques fiscales, complétées par des estimations de l'autoconsommation déterminées dans le cadre du groupe IDA. L'estimation des quantités d'alcool qui échappent à la taxation s'accompagne de marges d'incertitudes non négligeables (de l'ordre de 2 à 3% des quantités totales). Par ailleurs, la quantité d'alcool soumise à taxation constitue un indicateur de consommation moyenne de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire français, y compris les touristes. Les achats de personnes de nationalité étrangère viennent gonfler les chiffres de consommation d'alcool des Français. À l'inverse les achats d'alcool des Français à l'étranger ne sont pas pris en compte. Les achats des Britanniques dans le nord de la France semblent avoir constitué un phénomène suffisamment important, surtout à la fin des années 1990, pour devoir être mentionnés.

RÉFÉRENCES •

- *Commission for distilled spirits, World drink trends 2004*, Henley on thames, WARC, 2004, 184 p.
- Expertise collective INSERM, *Alcool, Dommages sociaux, Abus et dépendance*, Partis, Les éditions INSERM, 2003, 536 p.
- Got C., Weill J. (dir.), *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Paris, Seli Arslan, 1997, 350 p.
- OFDT, *Drogues et dépendances, données essentielles*, Paris, éditions La Découverte, 2005, 202 p.
- OFDT : http://www.ofdt.fr/
- OMS : http://www3.who.int/whosis/alcohol/

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

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

■ INDICATEUR PRINCIPAL

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

Consommation excessive

En 2002, si le pourcentage d'adultes présentant une consommation excessive d'alcool dans l'année est globalement estimé à 29 % dans la population générale, un tel profil est très différent selon le sexe et le niveau de risque. En effet, quel que soit l'indicateur utilisé, le risque apparaît trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le Baromètre Santé (tableau 1) fournit des chiffres plus récents sur la tranche des 18-74 ans : 37 % de la population de cette tranche d'âge présenterait en 2005 une consommation d'alcool à risque, 28 % un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique. Ces valeurs s'avèrent supérieures à celles relevées en 2002 dans l'enquête Santé Protection Sociale (SPS), ce qui peut s'expliquer en partie par une différence de formulation des questions (*cf.* méthodologie). L'exploitation de l'enquête SPS 2004 devrait permettre de préciser cette évolution.

Alcoolisation excessive chronique

En 2002, tous âges confondus, les hommes de 18 ans et plus sont 12 % à présenter un risque d'alcoolisation excessive chronique contre 2,4 % des femmes. Parmi les hommes, le risque augmente globalement avec l'âge, même si dans le Baromètre Santé, en 2005, les jeunes adultes (18-24 ans) apparaissent plus concernés que les 25-44 ans (16 % *versus* 11 %). La prévalence culmine dans les deux enquêtes entre 55 et 75 ans (environ un homme sur cinq). Parmi les femmes, les niveaux, qui demeurent faibles, apparaissent relativement peu différenciés selon l'âge, même si dans l'enquête SPS ils semblent décliner après 64 ans (tableau 1 et graphique 1).

Alcoolisation excessive ponctuelle

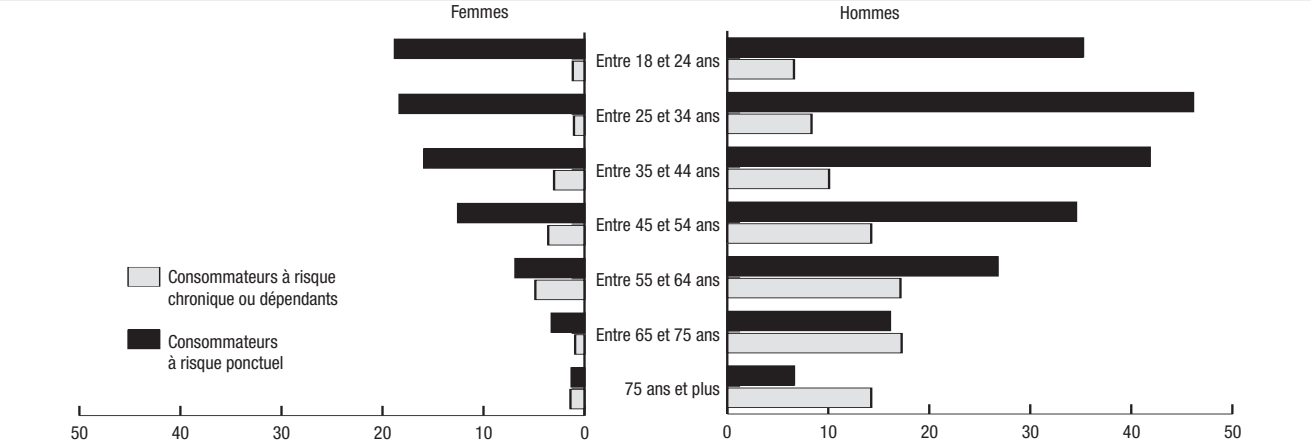
Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est bien plus élevé. Parmi les 18 ans et plus, il est estimé globalement à 33 % chez les hommes contre 12 % chez les femmes. Dans les deux enquêtes, il apparaît particulièrement élevé parmi les jeunes et décroît assez régulièrement avec l'âge.

Il existe des disparités selon la profession ou catégorie sociale (PCS) (graphique 2). Dans l'enquête SPS les cadres et professions intellectuelles apparaissent les PCS les plus concernées par le risque de consommation excessive ponctuelle. Concernant le risque chronique parmi les hommes, ce sont les agriculteurs et artisans commerçants qui sont le plus touchés, alors que le risque tant chronique que ponctuel est faible pour les femmes agricultrices. Si les ouvriers de sexe masculin sont aussi très concernés par le risque ponctuel et un peu moins que les autres par le risque chronique, ce n'est pas le cas des femmes ouvrières dont les consommations excessives chroniques et ponctuelles apparaissent peu fréquentes.

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

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

Graphique 1 • **Prévalences des profils d'alcoolisation à risque dans la population générale dans l'enquête SPS en 2002, en %**



Sources : enquête SPS 2002, IRDES.

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

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

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

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

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

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

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'estimation de la prévalence des personnes ayant des consommations d'alcool excessives ou à risque de dépendance se fait à partir du test AUDIT-C relatif aux 12 derniers mois disponible depuis 2002. Le pourcentage de buveurs excessifs est représenté ici en distinguant le risque ponctuel du risque chronique. Le pourcentage est toujours ramené au nombre de personnes ayant un questionnaire santé jugé exploitable par les médecins-chiffreurs. Cette population comporte cependant 7,4 % d'hommes et 7,9 % de femmes inclassables dans un profil d'alcoolisation (elles ont mal ou pas répondu aux questions de l'AUDIT-C). Les données 2004 ne sont pas encore disponibles.

RÉFÉRENCE •

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

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

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

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

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

RÉFÉRENCES •

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

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

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Prévalences des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 et 18 ans

À 17-18 ans, l'usage régulier d'alcool (au moins dix consommations déclarées au cours du dernier mois) concerne près de trois fois plus de garçons (21 %) que de filles (8 %) (graphique 3). Une telle consommation régulière d'alcool apparaît en augmentation : 15 % en 2003 contre 11 % en 2000. Quoi qu'il en soit, les usages quotidiens sont encore très rares à l'adolescence (seuls 1 % des 17 ans sont concernés en 2003). Par ailleurs, la proportion des ivresses alcooliques régulières s'avère stable entre 2001 et 2003 (graphique 4). Ainsi, si les déclarations d'usage d'alcool apparaissent plus nombreuses qu'en 2000 parmi les jeunes de 17 et 18 ans, les conduites d'alcoolisation aiguës ne semblent pas avoir évolué depuis. La consommation d'alcool et les ivresses diffèrent fortement selon les régions.

Concernant les buveurs réguliers, les niveaux s'échelonnent entre 8 et 20 %. La région Pays de la Loire est celle où les jeunes de 17 et 18 ans sont les plus consommateurs tandis que l'Île-de-France et surtout le Nord - Pas-de-Calais et la Picardie présentent les niveaux de consommation les plus faibles à cet âge. En matière d'ivresses régulières la Bretagne présente un profil atypique avec un niveau record à 15 % se situant à plus du double de la moyenne nationale de 7 %, la Picardie avec 4 % présentant le niveau le plus bas. Ainsi, le nord associe une faible consommation et des ivresses rares, tandis que les régions méridionales apparaissent moyennement consommatrices mais enregistrent des ivresses un peu plus fréquentes. La partie orientale du pays affiche des niveaux de consommations et d'ivresses moyens (Alsace et Franche-Comté), tandis que les régions occidentales cumulent un niveau élevé d'usage régulier et des ivresses fréquentes. En revanche, les valeurs relevées dans les DOM apparaissent toujours nettement inférieures, en particulier aux Antilles.

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

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

synthèse

Environ un tiers des individus de 18 ans et plus présentent une consommation d'alcool considérée à risque, les trois quarts d'entre eux dévoilant un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et un quart, un risque d'alcoolisation excessive chronique. Ce risque, qui concerne nettement plus les hommes, augmente globalement avec l'âge, même s'il apparaît moins important après 75 ans. Entre 18 et 44 ans, le niveau d'alcoolisation excessive ponctuelle est particulièrement important et diminue ensuite avec l'âge, tandis que le niveau d'alcoolisation excessive chronique augmente après 44 ans. Si les cadres et professions intellectuelles apparaissent plus concernés par le risque ponctuel, ce sont les agriculteurs et les hommes exerçant dans la catégorie « artisans commerçants et chefs d'entreprise » qui sont le plus touchés par le risque chronique. Si les ouvriers de sexe masculin sont aussi très concernés par le risque ponctuel et un peu moins par le risque chronique que les autres catégories professionnelles, ce n'est pas le cas des femmes ouvrières.

Définitions •

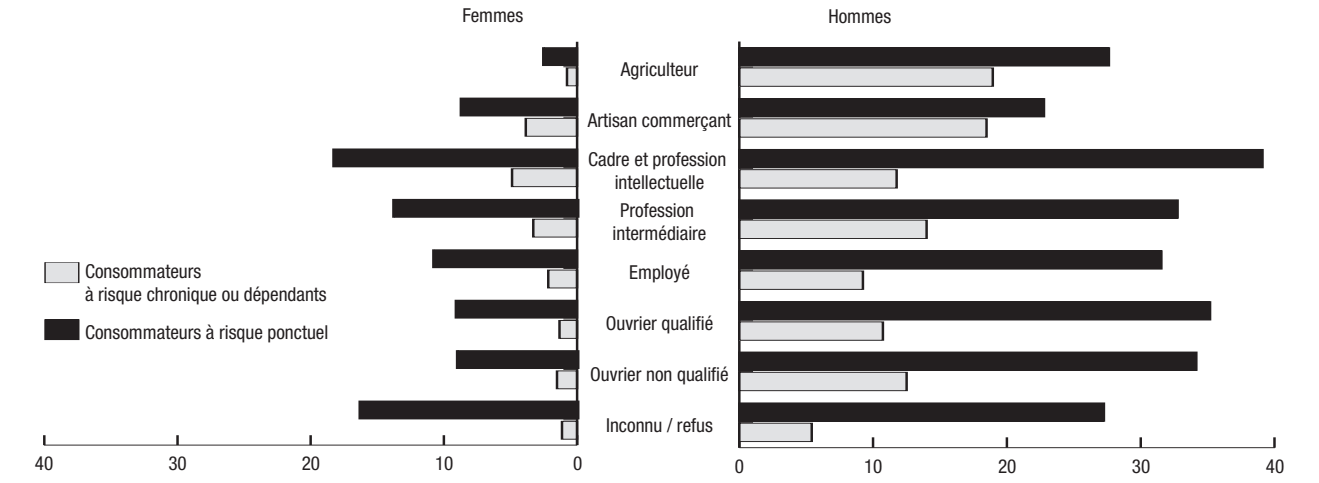
AUDIT-C : Des niveaux de risque progressifs aux conséquences plus ou moins lourdes selon le mode de consommation, occasionnel ou régulier, et la quantité d'alcool consommée, on distingue ainsi plusieurs niveaux de risque en se référant aux normes. OMS : le risque d'alcoolisation excessive reste ponctuel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

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

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

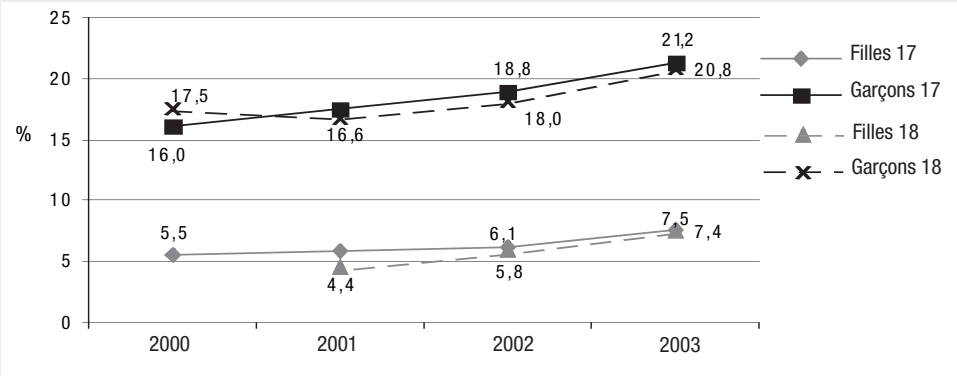
Ce test porte sur la vie entière.

Graphique 2 • Profils d'alcoolisation à risque selon la PCS et le sexe dans la population générale dans l'enquête SPS en 2002



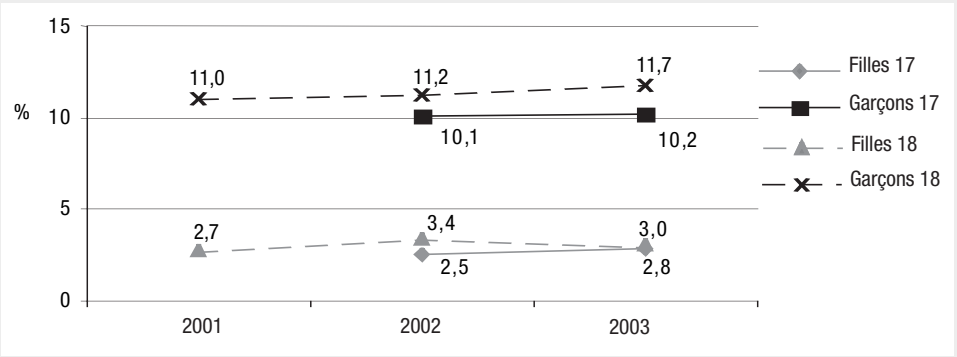
Sources : enquête SPS 2002, IRDES.

Graphique 3 • Évolution de l'usage régulier d'alcool par sexe à 17 et 18 ans depuis 2000



Source : ESCAPAD 2000 à 2003.

Graphique 4 • Évolution de l'ivresse régulière par sexe à 17 et 18 ans depuis 2001



Source : ESCAPAD 2001 à 2003.

CHAMP • Les jeunes de 17-18 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait la demande de naturalisation.

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

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête par questionnaire auto-administré est annuelle depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer deux journées au hasard et à interroger exhaustivement tous les présents ces jours. Entre 15 000 et 20 000 jeunes sont interrogés chaque année.

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

RÉFÉRENCES •

- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2004, « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003 », Rapport OFDT, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2005, *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français* : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003, Paris, Rapport OFDT, 224 p.

Prévalence du tabagisme quotidien (1)

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

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence déclarée des fumeurs quotidiens (15-75 ans)

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

En 2005, l'usage quotidien de tabac concerne en France 23 % des femmes et 30 % des hommes de 15-75 ans (tableau 1). Il est globalement en baisse depuis quelques années, mais présente une relative stabilité parmi les femmes depuis les années 1980. La diminution du tabagisme quotidien s'avère, entre 2000 et 2005, la plus forte chez les jeunes adultes. En revanche, aucune diminution n'est observée chez les 45-54 ans (cela correspond à la génération qui a eu 20 ans dans les années 1970) : de 25 % en 2000 à 26 % en 2005. Chez les femmes de 25 à 34 ans, la baisse de prévalence observée entre 2000 et 2005 apparaît forte surtout chez les femmes enceintes.

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

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

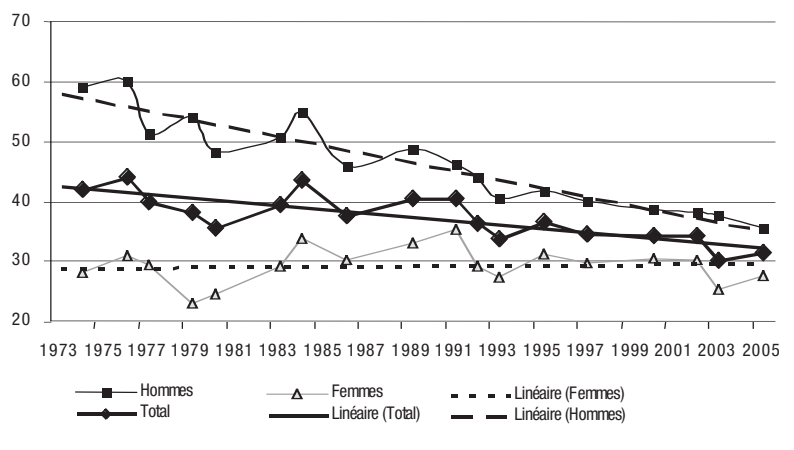
La France se situait, au début des années 2000, parmi les pays de l'Union européenne des 15 où l'usage actuel de tabac des plus de 15 ans était le plus fréquent, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouve aujourd'hui avec l'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg et les Pays-Bas, dans une position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

Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes

Parmi les adolescents, près d'un jeune de 17-18 ans sur deux (48 %) déclare avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours (48 % des filles et 47 % des garçons). Parmi l'ensemble des adolescents de 17-18 ans, 4 % se déclarent anciens fumeurs et 25 % indiquent avoir juste essayé le tabac. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 40 à 37 % entre 2000 et 2003, celui des garçons passant de 42 % en 2000 à 40 % en 2002 et 38 % en 2003 (graphique 2). En 2003, selon l'enquête européenne ESPAD, la France se situe par ailleurs dans la moyenne européenne en termes de tabagisme quotidien des adolescents de 16 ans, alors qu'à la fin des années 1990, elle se situait dans les pays de tête.

Les hausses des prix participent d'autant plus

Graphique 1 • Proportion de fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) parmi les 18-75 ans de 1974 à 2005, en %



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

CHAMP • Les personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

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

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

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

RÉFÉRENCE •

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

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

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

Source : Baromètre Santé 2005.

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

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

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

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Cet indicateur permet d'estimer le pourcentage de fumeurs « habituels » mais pas quotidien. L'enquête fournit également la quantité de cigarettes manufacturées fumées. Les rares fumeurs de pipe, cigare et cigarillos sont classés en fumeurs avec quantité de tabac inconnu.
Il existe certainement une sous-estimation du nombre de fumeurs chez les jeunes, puisque les informations étaient relevées par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire, susceptible d'être rempli avec ou par les parents.

Tableau 2 • Répartition des fumeurs réguliers selon le nombre de cigarettes fumées parmi les 15-74 ans en 2005 (n = 7 658), en %

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

Source : Baromètre Santé 2005.

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

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

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

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

RÉFÉRENCE •

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

Prévalence du tabagisme quotidien (2)

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

En termes de disparités régionales, la consommation quotidienne de tabac à ces âges s'étage entre 34 et 48 % selon les régions. Le tabagisme se révèle plus répandu dans l'ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes) et dans le Nord-Pas-de-Calais. Trois régions apparaissent significativement moins concernées, l'Alsace, l'Île-de-France et Rhône-Alpes, sans qu'il y ait de cohérence géographique particulière (carte).

Âge moyen d'entrée dans l'usage et dans le tabagisme quotidien à 18 ans[1]

La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque très importants pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance. À partir de l'enquête ESCAPAD, il est possible de mesurer qu'en 2003, en moyenne, les jeunes de 18 ans ont fumé leur première cigarette à 13,6 ans sans différence entre filles et garçons, cet âge moyen n'ayant pas évolué depuis 2000. Les âges moyens d'entrée dans le tabagisme quotidien sont de 14,9 pour les filles et 15,0 ans pour les garçons, là aussi sans différence significative entre les sexes, mais ceux-ci s'avèrent plus tardifs qu'en 2002 (respectivement 14,7 et 14,8 ans), la différence étant significative pour les deux sexes.

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

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Prévalence du tabagisme pendant la grossesse

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

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

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

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

1. Cet indicateur d'âge moyen d'entrée dans le tabagisme n'est pas prévu par le rapport de définition des indicateurs mais les producteurs de données l'ont estimé nécessaire.

synthèse

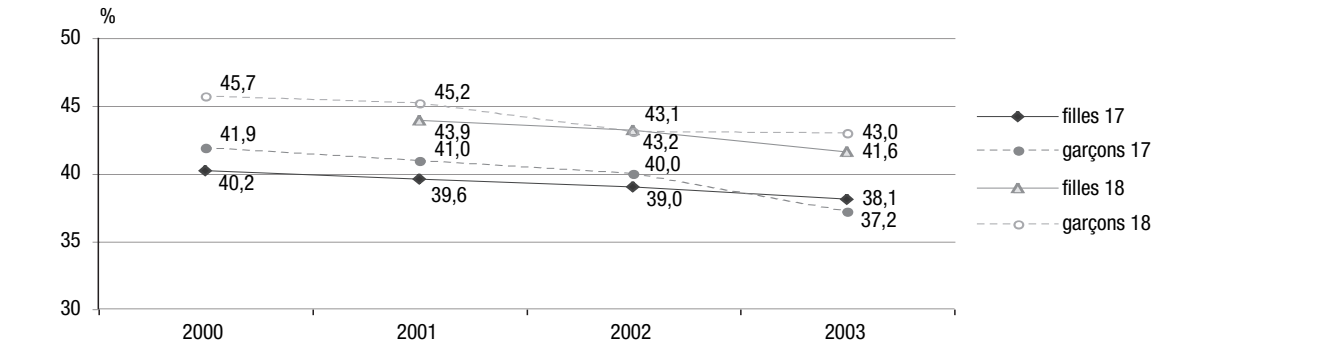
En 2005, l'usage quotidien de tabac concerne 23 % des femmes et 30 % des hommes de 15-75 ans : il est globalement en baisse depuis quelques années, mais présente une relative stabilité chez les femmes depuis les années 1980. L'arrêt du tabagisme apparaît plus fréquent chez les fumeurs consommant de petites quantités de cigarettes car ils sont aussi les moins dépendants.

À l'adolescence, le tabac est un produit pour lequel les habitudes de consommation des filles et des garçons sont très peu différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 40 à 37 % entre 2000 et 2003, celui des garçons passant de 42 % en 2000 à 38 % en 2003. La hausse des prix participe d'autant plus à la diminution de la consommation de tabac que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées.

Par ailleurs, si l'âge moyen d'expérimentation du tabac apparaît similaire depuis quelques années (13,6 ans), celui de l'entrée dans le tabagisme quotidien semble retardé (14,9 ans pour les filles et 15,0 ans pour les garçons, contre respectivement 14,7 et 14,8 ans en 2002).

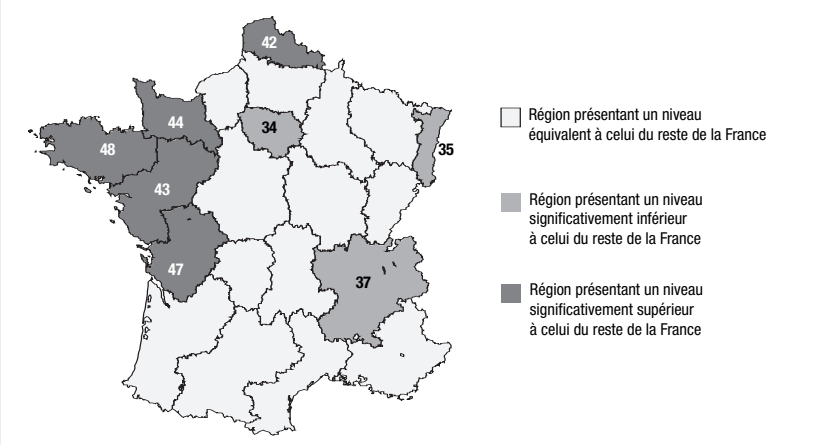
Environ 2 femmes enceintes sur 10 déclarent fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, cette part est toutefois en baisse depuis 1995. Les femmes jeunes, moins diplômées, ou encore celles qui résident en métropole apparaissent davantage concernées par ce comportement.

Graphique 2 • **Usage quotidien du tabac à l'adolescence (17-18 ans), évolution par sexe depuis 2000**



Source : ESCAPAD 2000 à 2003.

Carte • **Tabagisme quotidien à 17 ans**



Source : OFDT ESCAPAD 2002-2003, exploitation régionale.

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

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

Source : Enquête nationale périnatale 2003. France métropolitaine.

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

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

Source : Enquête nationale périnatale 2003. France métropolitaine.

CHAMP • Les jeunes de 17-18 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait la demande de naturalisation.

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

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête auto-administrée est annuelle depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer deux journées au hasard et à interroger exhaustivement tous les présents ces jours. Entre 15000 et 20000 jeunes sont interrogés chaque année.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien n'est pas forcément un événement aisément mémorisable. L'enquête 2003 a été menée juste après une série de fortes hausses des prix qui peuvent avoir un effet à court terme, à confirmer avec les données de l'enquête 2005.

RÉFÉRENCES •

- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2004, « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003 », Rapport OFDT, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2005, *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003*, Paris, Rapport OFDT, 224 p.

CHAMP • Mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français. (Calculs réalisés ici sur l'échantillon de 14482 mères vivant en métropole en 2003).

SOURCE • Enquête nationale périnatale 2003.

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

RÉFÉRENCES •

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

Tabagisme passif dans les établissements scolaires (1)

La loi du 10 janvier 1991 dite « Evin » interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs. Le décret du 29 mai 1992 précise que cette interdiction s'applique « dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail et dans les moyens de transport collectif ». En ce qui concerne les écoles, les collèges et les lycées publics et privés, ce décret s'applique « dans les lieux non couverts fréquentés par les élèves pendant la durée de cette fréquentation » (R. 3511-1). Cette interdiction ne s'applique pas dans les emplacements mis à la disposition des fumeurs, auxquels toutefois les mineurs de moins de seize ans n'ont pas accès. Le Code de la Santé publique précise qu'il est interdit de fumer dans les locaux clos et couverts affectés à l'ensemble de salariés (R. 3511-4). Il établit également que « dans les locaux commerciaux, où sont consommées sur place des denrées alimentaires et des boissons, à l'exception des voitures-bars des trains, une organisation des lieux, éventuellement modulable, peut être prévue pour mettre des espaces à disposition des usagers fumeurs » (R. 3511-13). La loi de santé publique préconise de réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.
Aujourd'hui, les données relatives à la proportion d'établissements où l'usage du tabac est interdit, ou limité à des emplacements réservés, sont partiellement disponibles. En effet, cet indicateur n'est mesuré, à l'échelle nationale, que pour certains lieux (établissements scolaires, établissements de restauration et bars) et selon des méthodes différentes. Par ailleurs, les évolutions ne pourront être connues que si ces enquêtes sont renouvelées. La situation dans les lycées fait l'objet d'une nouvelle enquête confiée à l'OFDT pour évaluer les évolutions[1]. Une autre vaste enquête visant à mesurer cet indicateur dans les établissements de santé a été lancée par la Direction générale de la Santé à la fin 2005 avec des résultats attendus pour septembre 2006.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

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

Élèves

Dans les écoles élémentaires, l'interdiction absolue de fumer est la règle générale pour les élèves. Néanmoins, 2 % des établissements étaient concernés par des infractions d'élèves, en 2002.

Dans les collèges, 7 % des chefs d'établissement interrogés en 2002 (9 % si l'on considère les réponses des personnels) déclaraient l'existence de zones fumeurs pour les élèves de plus de 16 ans. La quasi-totalité des espaces fumeurs se trouvent dans des cours de récréation, moins de 0,5 % des établissements déclarent un espace fumeur pour les élèves situé à l'intérieur des locaux.

Pour les lycées, 40 % des proviseurs signalaient l'existence de zones fumeurs pour les élèves, la quasi-totalité étant également situées en extérieur. La proportion de lycées totalement non-fumeurs était de 15 %. Mais les infractions auto-déclarées restent importantes : dans 39 % des lycées seulement il existe une majorité de jeunes fumeurs affirmant n'avoir jamais fumé en dehors des zones autorisées dans l'établissement.

Personnels

74 % des directeurs d'école affirment qu'il est totalement interdit de fumer dans leur établissement. Toutefois, dans une petite moitié des écoles élémentaires (48 %), les personnels interrogés en 2002 se sont accordés pour totalement interdire de fumer en salle des professeurs. Notons que dans au moins 8 % des établissements, la salle des professeurs est entièrement autorisée aux fumeurs.

Selon les chefs d'établissement, 18 % des collèges sont entièrement non-fumeurs, dans la mesure où il n'existe pas d'emplacements réservés aux personnels fumeurs. Dans 30 % des établissements, les personnels se sont accordés pour déclarer majoritairement qu'il est totalement interdit de fumer dans la salle des professeurs. Pour 47 % des collèges, la salle des professeurs comporte deux zones et dans 6 % des collèges, on peut fumer partout dans l'unique salle des professeurs.

Dans les lycées, 33 % des chefs d'établissement déclarent ne pas disposer d'emplacements réservés aux personnels fumeurs. Dans 30 % des lycées, comme pour les collèges, les personnels déclarent majoritairement qu'il est totalement interdit de fumer dans la salle des professeurs.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de personnes déclarant être exposées au tabac en milieu professionnel

20 % des adultes actifs occupés interrogés en 2002-2003 ont déclaré être « actuellement » exposés au tabagisme passif en milieu professionnel, les hommes plus souvent que les femmes, et les jeunes plus souvent que leurs

1. Premiers résultats disponibles en juillet 2006.

Tableau 1 • **Respect de la loi Evin dans les établissements scolaires, en %**

2002	Écoles élémentaires	Collèges	Lycée
Élèves			
Interdiction totale de fumer		89	15
Existence d'une zone fumeur pour les élèves de plus de 16 ans (dehors en général)		7	40
Enseignants : salles des professeurs			
Totalement interdit de fumer	48	30	30
Existence de zones fumeurs et non-fumeurs	3	47	35
Salle unique, on peut fumer partout	8	6	14

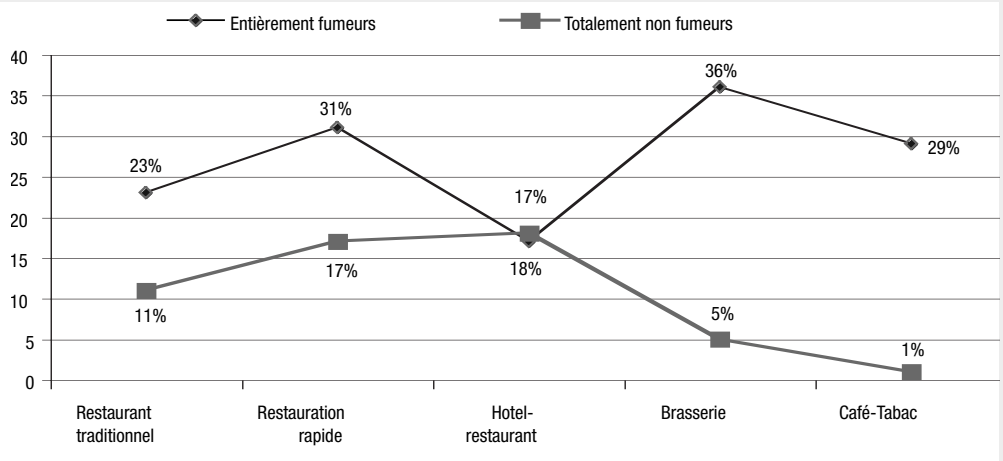
Source : Enquête nationale sur le tabagisme en milieu scolaire (OFDT), voir page suivante.

Tableau 2 • **Respect de la législation sur le tabac dans les établissements de restauration, en %**

	2004
Totalement interdit de fumer	11,0
Existence de zones fumeurs et non-fumeurs	63,0
dont extracteur d'air	*68,0*
Pas de zones non fumeurs	26,0

Source : DNF/TNS Direct, voir page suivante.

Graphique 1 • **Proportion d'établissements entièrement fumeurs**



Source : DNF/TNS Direct, voir page suivante.

CHAMP • France métropolitaine continentale – Trois populations ont été considérées : les directeurs d'école et les chefs d'établissement du premier et du second degré, les personnels du premier et du second degré et les élèves, à l'exception de ceux fréquentant les écoles élémentaires. Réalisé auprès des 600 responsables d'établissement, 1 900 membres du personnel et 10 500 collégiens et lycéens appartenant à un échantillon représentatif des établissements scolaires.

SOURCE • Enquête nationale sur le tabagisme en milieu scolaire (OFDT).

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • L'indicateur est construit, pour ce qui concerne les élèves, à partir des déclarations du responsable de l'établissement (directeur d'école ou chefs d'établissement du premier et second degré) et de la majorité des personnels pour la situation en salle des professeurs. Par ailleurs, les transgressions auto-déclarées par personnels et élèves fumeurs servent à nuancer les données fournies. Les conditions d'aération des emplacements créés ne sont pas documentées par l'enquête. Il est, en revanche, possible de connaître la localisation des emplacements (à l'intérieur ou à l'extérieur).

LIMITES ET BIAIS SOURCE • La Corse, les DOM et TOM ne sont pas représentés. Les éventuelles divergences entre les réponses des personnels au sein d'un même établissement constituent des zones d'indécision quant à la réalité questionnée, sauf à interpréter l'existence même de divergences entre observateurs comme un signe d'ambiguïté des règles et des comportements de l'établissement lui-même.

RÉFÉRENCES •

- Karsenty S., Diaz-Gomez C., 2003, *Le tabac en milieu scolaire - Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées* (2002), Paris, OFDT, 164 p.
- Costes J.-M., Diaz-Gomez C., Karsenty S., 2002, « L'application de la loi Evin en milieu scolaire : premiers résultats de l'enquête », *Tendances*, n° 21, mai, OFDT.
- OFDT : http://www.ofdt.fr/

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

Tabagisme passif dans les établissements scolaires (2)

aînés. Par ailleurs, 16 % qui ne sont pas actuellement exposés au tabac au travail ont déclaré l'avoir été dans le passé, soit au total 36 %. Près de la moitié de ces personnes exposées à un moment ou à un autre l'auraient été pendant plus de 10 ans (44,2 %) ou plus de vingt ans (13,4 %), cette proportion étant également plus élevée pour les hommes (49,3 % *versus* 36 % pour les femmes).

Pourcentage d'adolescents qui déclarent fumer dans leur établissement scolaire

En 2002, seuls 22 % des collégiens fumeurs scolarisés dans 11 % des établissements disent fumer à l'école. Ce chiffre est supérieur aux 7 % de collèges ayant une zone «fumeurs». L'écart pourrait provenir soit d'une pratique régulièrement illicite, soit d'une sous-déclaration des zones autorisées par les chefs d'établissement. Rappelons que selon l'avis des personnels, ce sont 9 % et non 7 % des collèges qui disposent officiellement d'une zone fumeurs pour les élèves.

Dans les lycées la situation est différente. Plus des trois quarts de lycéens fumeurs, scolarisés dans 85 % des lycées, déclarent fumer dans l'enceinte de l'établissement. Cette proportion est largement supérieure à celle des lycées ayant une zone «fumeurs» (40 %). L'écart s'explique probablement par les mêmes raisons que pour les collégiens. ●

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

synthèse

Établissements scolaires
Selon l'enquête de l'OFDT sur l'application de la réglementation en matière de tabac en milieu scolaire réalisée en 2002, 7 % des collèges et 40 % des lycées offraient alors des emplacements réservés aux élèves de plus de 16 ans, la quasi-totalité des espaces autorisés se trouvant dans les cours de récréation. Par ailleurs, 22 % des collégiens et 78 % des lycéens fumeurs déclaraient fumer «à l'école».

Exposition des adultes
Selon les personnels interrogés dans les écoles élémentaires, il n'y a qu'une petite moitié d'établissements dans lesquels la salle des professeurs est totalement non-fumeurs (48 %). Cette proportion est égale à 30 % pour les lycées et collèges.

Restaurants et bars
Les données du sondage réalisé à la demande de l'association Droit des Non-fumeurs (DNF) montrent qu'en 2004, 43 % des restaurants, cafés et brasseries offraient des emplacements réservés aux fumeurs et étaient équipés d'un extracteur d'air. Seuls 11 % étaient entièrement «non-fumeur».

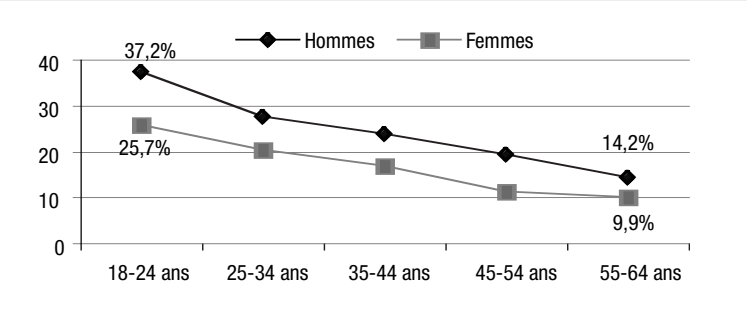
Milieu professionnel
Les données de l'enquête décennale Santé (INSEE) révèlent que 20 % des adultes ayant un emploi se déclaraient encore exposés au tabac dans leur milieu professionnel en 2002-2003.

Tableau 3 • **Exposition au tabac en milieu professionnel (actifs occupés)**

	Global	Hommes	Femmes
Exposés actuellement	20,3	23,8	16,1
Exposés dans le passé	15,6	16,0	15,1
Jamais exposés	64,1	60,2	68,8

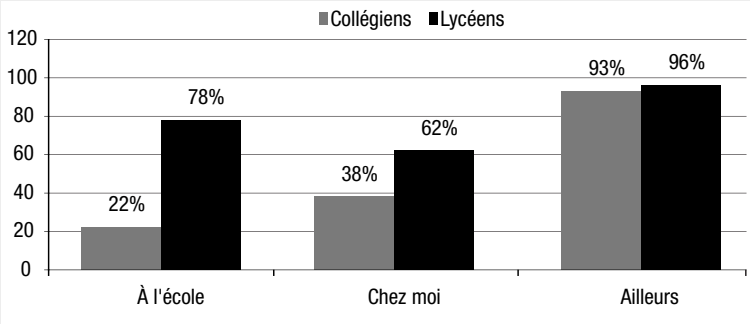
Source : INSEE, Enquête décennale Santé 2002-2003.

Graphique 2 • **Distribution de l'exposition « actuelle » au tabac selon l'âge (actifs occupés)**



Source : INSEE, Enquête décennale Santé 2002-2003.

Graphique 3 • **Proportion d'adolescents fumeurs déclarant fumer dans leur établissement scolaire**



Source : Enquête nationale sur le tabagisme en milieu scolaire (OFDT), voir page précédente.

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

SOURCES • DNF/TNS Direct : enquête par quotas auprès des 800 responsables d'établissement (quotas représentatifs du marché national par région et par nombre de salariés).

LIMITES ET BIAIS • Sondage par quotas.

RÉFÉRENCES •
- DNF/TNS Direct, Connaissance et application de la législation de protection face au tabagisme dans les restaurants, octobre 2004.
- www.dnf.asso.fr

CHAMP • France métropolitaine, adultes actifs occupés.

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

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

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

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreur d'appréciation de la durée, réponses conformes à la réponse supposée attendue.

RÉFÉRENCES • Résultats non publiés.

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

Surpoids et obésité chez l'adulte

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

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte

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

Selon le Baromètre Santé de l'INPES, la prévalence de la surcharge pondérale en population adulte (18-75 ans) s'élevait en 2005 à 35,6 % (avec une prévalence de l'obésité de 7,8 %). Dans les différents baromètres réalisés par l'INPES, lorsque les données sont redressées sur une même population de référence (recensement 1990), cette fréquence était stable depuis 1996. Dans l'enquête décennale Santé, menée par l'INSEE, en 2002-2003 la fréquence de la surcharge pondérale chez les adultes (≥18 ans) était de 41,1 % alors qu'en 1991 elle était estimée à 32,4 %. Les études menées par la SOFRES, l'Institut Roche et l'INSERM auprès de la population des 15 ans et plus (enquêtes ObEpi) confirment cette augmentation rapide, de 8,2 % en 1997 à 11,3 % en 2003. L'enquête Santé Protection Sociale (SPS) retrouve des augmentations semblables, les fréquences d'obésité ayant quasiment doublé en quinze ans. La prévalence de l'obésité des adultes vivant en France a augmenté de façon importante durant la dernière décennie. Les fréquences plus faibles observées dans le Baromètre Santé de l'INPES en 2005 ne permettent pas de conclure à un recul récent du surpoids ou de l'obésité, les fréquences décrites par les baromètres étant toujours, à année comparable, plus faibles que dans les autres études.

Des évolutions similaires sont observées dans de nombreux pays de l'Union européenne. Les données récentes d'Eurostat montrent que la plus faible prévalence de l'obésité en population adulte est observée en Italie (8,1 %) et la plus élevée au Royaume-Uni (22,7 %) et à Malte (23 %).

Dans les études les plus récentes, la prévalence de la surcharge pondérale était globalement plus élevée chez les hommes (INSEE, 2002-2003 : 47,7 % ; ObEpi, 2003 : 48,8 ; SPS, 2004 : 47,7 % ; Baromètre INPES, 2005 : 42,1 %) que chez les femmes (INSEE : 35,2 % ; ObEpi, 2003 : 35,0 % ; SPS, 2004 : 34,1 % ; INPES, 2005 : 27,2 %) du fait de la fréquence plus élevée du surpoids dans la population masculine (INSEE, 2002-2003 : 36,8 % contre 23,9 % ; ObEpi, 2003 : 37,4 % contre 23,7 % ; SPS, 2004 : 36,4 % contre 22,8 % ; INPES, 2005 : 34,3 % contre 19,9 %). En revanche, les prévalences de l'obésité étaient sensiblement identiques pour les deux sexes. Quelle que soit l'étude, ces prévalences augmentaient avec l'âge, avec toutefois un infléchissement de cette tendance à partir de 65 ans.

Selon l'enquête Santé 2003 de l'INSEE, les disparités sociales sont importantes et semblent un peu plus marquées chez les femmes. Ainsi, la prévalence de la surcharge pondérale variait de 45,0 % (cadres) à 58,6 % (artisans, commerçants, chefs d'entreprise) chez les hommes et de 20,5 % (cadres) à 49,2 % (agricultrices) chez les femmes. Parallèlement, la prévalence de l'obésité variait de 6,6 % (cadres) à 16,6 % (agriculteurs) chez les hommes, et de 5,0 % des cadres à 16,7 % des ouvrières chez les femmes.

Selon la même enquête, les disparités régionales sont également marquées. La prévalence du surpoids était élevée dans les zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) Nord et Bassin parisien (respectivement 48,4 % et 47,25 %) et celle de l'obésité, dans les ZEAT Nord, Est et Bassin parisien (respectivement 15,95 %, 14,3 % et 13,75 %). À l'inverse, c'est dans la ZEAT Méditerranée qu'elle est la plus faible (8,4 %). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).

synthèse

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

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

	Année de recueil	Hommes		Femmes	
		Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Enquête ObEpi (Sofres, Institut Roche, INSERM)	1997	35,3	8,4	22,3	7,9
	2000	36,7	9,8	22,7	9,5
	2003	37,4	11,4	23,7	11,3
Enquête décennale santé (INSEE)	1991-1992	32,5	6,1	19,8	6,8
	2002-2003	36,8	10,9	23,9	11,3
Enquête Santé Protection Sociale (IRDES)	1990	32,2	6,3	20,5	6,4
	1994	32,5	8,4	19,9	7,5
	1998	35,6	9,2	22,4	8,7
	2002	36,0	10,7	24,6	10,2
	2004	36,4	11,3	22,8	11,3
Baromètres (INPES)	1996a	32,9	7,4	19,6	5,8
	1999b	35,0	6,8	19,7	6,9
	2002a	33,0	9,7	20,1	5,6
	2005b	34,3	7,8	19,9	7,3

a : Baromètre Santé nutrition ; b : Baromètre Santé multi-thématique.

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

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclarations de taille et de poids des personnes par auto-questionnaire.

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

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

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

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

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

a : 65 à 84 ans ; b : 65 à 75 ans.

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

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées (poids, taille). L'obésité de l'adulte est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m, le surpoids par des valeurs de l'IMC comprises entre 25 et 30, l'ensemble constitue la surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m^2). Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme, taille du ménage, ZEAT ; la variable de pondération utilisée est pondvis3.

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

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

RÉFÉRENCES •

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

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

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

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclarations de taille et de poids des personnes par auto-questionnaire (mesurées par les personnes).

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

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

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

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

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • À partir des déclarations des personnes interrogées (poids, taille). L'obésité de l'adulte est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m, le surpoids par des valeurs de l'IMC comprises entre 25 et 30, l'ensemble constitue la surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m^2).

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

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

RÉFÉRENCES •

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

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

Rachitisme carentiel, carence en vitamine D

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

■ INDICATEUR PRINCIPAL

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

Le rachitisme carentiel est peu fréquent en France. En 2003, 37 personnes de moins de 25 ans ont été hospitalisées pour rachitisme évolutif dans les unités de soins de courte durée en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Il est probable que ces hospitalisations soient dues à des cas aigus qui pourraient être difficiles à éradiquer du fait de cas importés. Le nombre de ces hospitalisations a diminué entre 1997 et 2003 et le taux standardisé d'hospitalisation sur cette période a baissé de 31 %.

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

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

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

synthèse

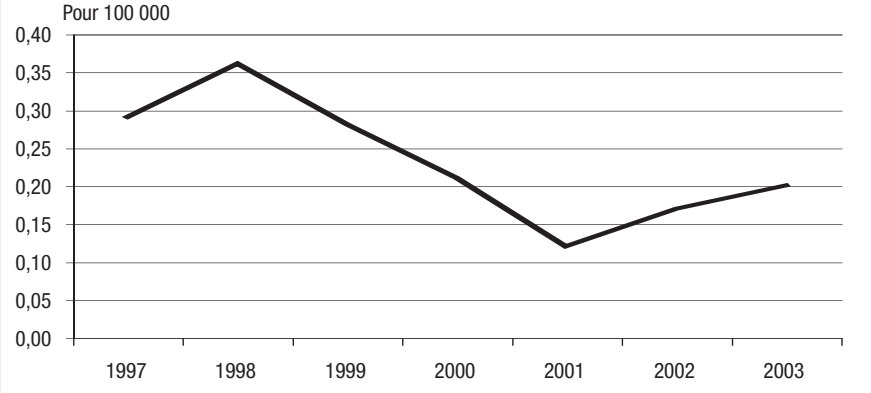
Le rachitisme carentiel est peu fréquent en France.

Le taux standardisé d'hospitalisation pour ce motif a diminué de près d'un tiers entre 1997 et 2003.

Tableau 1 • **Hospitalisations annuelles en soins de courte durée des personnes âgées de moins de 25 ans pour rachitisme évolutif (code CIM10 E55.0)**

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

Graphique 1 • **Évolution de 1997 à 2003 du taux standardisé d'hospitalisation en soins de courte durée des personnes âgées de moins de 25 ans pour rachitisme évolutif (code CIM10 E55.0)**



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

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

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; ont été retenus les séjours comportant le code CIM10 E55.0 (rachitisme évolutif) en diagnostic principal ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 92 % en 1998 à 97 % en 2003 ; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne, pour les deux sexes.

RÉFÉRENCE •

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

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

Sédentarité et inactivité physique

L'objectif de la loi de santé publique envisage de passer de 60 % chez les hommes et 40 % chez les femmes actuellement, à 75 % chez les hommes et 50 % chez les femmes d'ici à 2008. Par ailleurs, dans le cadre du PNNS « la sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant ».
L'objectif adapté du Programme National Nutrition Santé (PNNS) prévoit d'augmenter « l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour ».
La description de la sédentarité peut reposer sur des mesures physiques objectives (accélérométrie, podométrie…), mais leur coût et leurs contraintes d'utilisation amènent à utiliser des questionnaires reposant sur l'auto-déclaration des sujets.
Ces questionnaires permettent de donner une description la plus exhaustive possible des circonstances dans lesquelles une dépense physique est engagée (loisirs, activité professionnelle, tâches ménagères, etc.). L'ensemble de ces dépenses physiques traduit en équivalent métabolique, permet le classement des sujets selon l'intensité des activités physiques réalisées. En dessous de l'équivalent de 30 minutes de marche rapide au moins 5 jours par semaine les sujets sont alors considérés comme sédentaires.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de personnes qui déclarent comme activité physique, au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour parmi les personnes interrogées

Ces données sont disponibles à travers le Baromètre Santé de l'INPES qui a été réalisé en 2005 (18-65 ans) utilisant l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) ; elles seront complétées par celles de l'étude INCA-2-ENNS, qui comprend également l'utilisation de ce questionnaire chez les 15 ans et plus, et d'autres questionnaires pour les enfants.

Selon les données du Baromètre Santé de 2005, 79,3 % des sujets interrogés réalisaient l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour au moins cinq fois par semaine. Ces fréquences sont globalement comparables chez les hommes et les femmes (80,1 % pour les hommes et 78,5 % pour les femmes), mais ce n'est pas toujours vérifié avec l'âge. Il semble exister une diminution de cette proportion avec l'âge chez les hommes uniquement : elle est de 88,3 % chez les hommes de 18-24 ans contre 77,6 % chez ceux de 55-65 ans. Chez les femmes, pour les mêmes classes d'âges, ces fréquences sont respectivement de 78,7 et 78,5 %.

Des variations régionales modérées sont observées selon le Baromètre Santé. Pour les sujets des deux sexes, la proportion de personnes réalisant l'équivalent d'au minimum 30 minutes de marche par jour au moins 5 jours par semaine est de 76,7 % dans la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) Est, et de 82 % en région parisienne, des fréquences intermédiaires étant relevées dans les autres ZEAT.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion de personnes qui déclarent avoir pratiqué une activité physique la veille (marche à pied ou activité sportive) parmi les personnes interrogées

Le Baromètre Santé nutrition réalisé par l'INPES en 2002 évalue à 81 % la proportion de personnes de 12 à 75 ans ayant déclaré avoir marché la veille de l'interview. Cette fréquence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, sauf chez les plus jeunes, et diminue avec l'âge : par exemple, chez les 12-17 ans, 91 % des hommes et 94 % des femmes déclaraient avoir marché la veille, contre 77,3 % et 67,5 % chez les personnes de 60-75 ans.

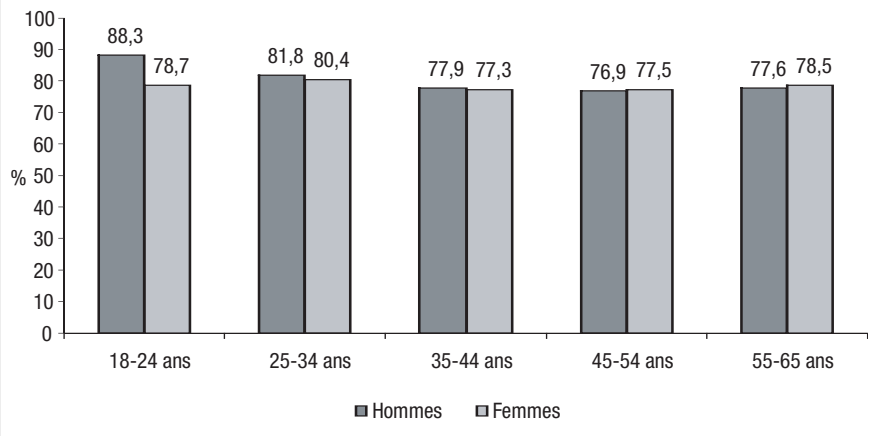
La pratique d'une activité sportive la veille de l'entretien concernait 18,3 % des personnes de 12 à 75 ans sans différence selon le sexe. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).

synthèse

D'après l'enquête Baromètre Santé 2005 réalisée par l'INPES, plus des trois quarts des personnes adultes ont une activité physique correspondant à 30 minutes de marche rapide par jour au moins cinq fois par semaine, et ce de façon assez comparable chez les hommes et les femmes. Compte tenu des problèmes méthodologiques de mesure de l'activité physique moyenne dans une population, d'autres enquêtes et études sont nécessaires et il serait prématuré de conclure que l'objectif est atteint. Les données équivalentes ne sont pas disponibles pour les enfants.

Graphique 1 • Marche rapide en population adulte (au moins 30 minutes pendant au moins cinq jours par semaine)



Source : Baromètre Santé 2005, INPES.

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 12 à 75 ans.

SOURCES • INPES Baromètre Santé 2005. Enquête téléphonique.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées sur la durée, la fréquence et l'intensité des activités physiques pratiquées dans les sept jours précédant l'interview. La version téléphonique courte du questionnaire IPAQ *(International Physical Activity Questionnaire)* a été utilisée. L'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide par jour au moins cinq fois par semaine correspond à la catégorie « modéré » du score de l'IPAQ définie par une pratique d'activité physique se rapportant à l'un des trois critères suivants : trois jours ou plus par semaine d'une activité physique intense au moins vingt minutes par jour ; OU cinq jours ou plus par semaine d'une activité physique modérée et/ou de marche pendant au moins une demi-heure par jour ; OU cinq jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 600 *Metabolic Equivalent Task* (MET)/min/semaine.

LIMITES • Le questionnaire IPAQ n'est pas validé chez les jeunes et les plus âgés. Les DOM et TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la pratique d'activités physiques, surestimation des résultats de l'IPAQ soupçonnée dans d'autres enquêtes.

RÉFÉRENCE •

- Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, mars 2006.

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

Consommation de fruits et légumes

L'accroissement de la consommation de fruits et légumes est l'un des 9 objectifs nutritionnels prioritaires de la loi de santé publique et du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005, qui prévoit la « réduction du nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 % ». Dans le PNNS, « un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue) ». La prévalence des petits consommateurs selon cette définition n'a pas été évaluée depuis 2000 mais le sera pour 2006 grâce aux enquêtes alimentaires actuellement en cours. L'estimation de la part de la population consommant moins de 5 fruits ou légumes par jour a été retenue comme indicateur complémentaire car il s'agit du repère de consommation du PNNS. Un indicateur complémentaire issu de la comptabilité nationale permet de chiffrer l'évolution des volumes de ventes de fruits et légumes par personne.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion de personnes déclarant avoir consommé moins de 5 et moins de 3 portions de fruits ou légumes la veille

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

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

Achats de fruits et légumes par personne et par an

Les données de la comptabilité nationale estiment à 62,1 kg la quantité totale de fruits « consommés » [il s'agit des achats] par personne en 2003, contre 62 kg en 2000. Ces valeurs comprennent les fruits frais, qui représentent 90,7 % des volumes en 2003, ainsi que les fruits secs, les compotes et les fruits en sirop (jus de fruits et confitures sont exclus). Les consommations apparentes de jus de fruits frais ont quant à elles augmenté de 12,2 kg à 13,8 kg par personne entre 2000 et 2003, et les confitures, de 2,4 kg à 2,7 kg. Il faut noter que ces valeurs n'incluent pas les pertes liées à la préparation notamment.

Les consommations apparentes de légumes sont également restées stables durant cette période : 190,8 kg par personne en 2000 et 190 kg en 2003. On relève une légère diminution pour les légumes frais : 86,3 kg en 2003 contre 90,2 kg en 2000, alors qu'on observe une augmentation des achats de pommes de terre (66,1 kg en 2000 ; 69 kg en 2003).

Les comparaisons avec les données européennes sont sujettes à discussion car ces dernières ne prennent pas en compte les volumes moyens mais la part de dépenses des ménages consacrées aux fruits. On peut toutefois remarquer que ce ratio est particulièrement élevé dans les pays méditerranéens (Espagne, Portugal, Grèce, Italie). Il s'élevait ainsi en 2003 à 97,2 pour 10 000 du PIB en Espagne, contre 41,5 pour 10 000 en France. ●

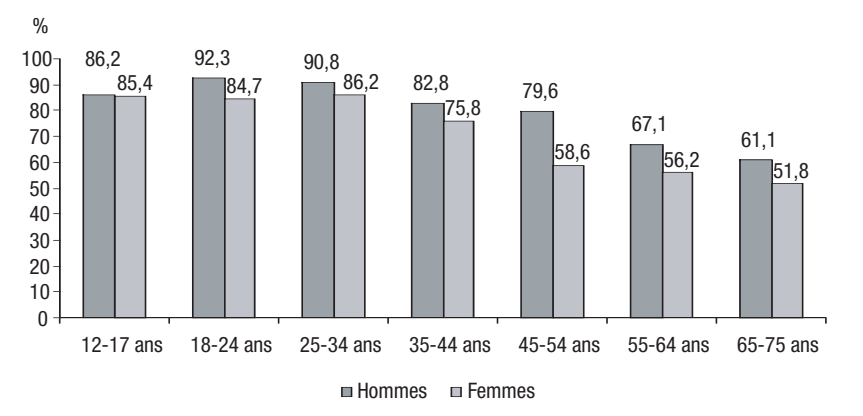
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).

1. Mais elles ne sont pas disponibles pour cette étude pour le moment.

synthèse

En 2002, 81 % des hommes et 71 % des femmes ont une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour alors que le repère de consommation du PNNS est de 5 fois par jour. Cette « faible consommation », au regard du repère du PNNS, concerne l'ensemble de la population mais tout particulièrement les hommes et les jeunes. Des variations régionales sont aussi observées, avec des fréquences plus élevées dans le nord de la France.
Les données de consommations apparentes (achats) de fruits par personne n'ont pratiquement pas évolué entre 2000 et 2003. Durant cette période, les achats de jus de fruits ont toutefois augmenté de 13,3 %, augmentation qui s'inscrit dans une tendance plus ancienne, puisque ces achats ont doublé entre 1990 et 2003. De même, les achats de légumes sont restés stables entre 2000 et 2003.

Graphique 1 • **Proportion de personnes ayant une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à 3 fois par jour**



Source : Baromètre Santé nutrition 2002.

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

SOURCES • INPES Baromètre Santé nutrition 2002. Enquête téléphonique.

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

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

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

RÉFÉRENCE •

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

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

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

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

Source : Baromètre Santé nutrition 2002.

Sel dans l'alimentation

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

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

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

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

Par ailleurs l'étude « Association Sucre-Produits Sucrés Communication Consommation » (ASPCC) réalisée en 1994 avec une méthodologie voisine (carnet de consommation de 7 jours) révélait une augmentation des apports de 6,9 g/j à 7,9 g/j pour les adultes hommes et femmes qui était liée à l'évolution des consommations alimentaires (tartes et biscuits salés, viennoiseries, pâtisseries). On peut ajouter à ces 8 g environ de sel provenant des aliments les achats de sel utilisés à domicile estimés en 2002 par le panel SÉCODIP à en moyenne 2,2 g/j.

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

D'autres études régionales basées sur la natriurèse de 24 heures pour une population de consultation hospitalière en région parisienne[2] et une population de volontaires en Languedoc Roussillon[3] ont montré respectivement que 12 % des sujets consommaient plus de 12 g/j (en région parisienne) et que 40 % des hommes et 20 % des femmes dépassaient 10 g/j (en Languedoc-Roussillon) avec une moyenne de 9,7 g/j chez les hommes et 7,4 g/j chez les femmes (en Languedoc-Roussillon). L'étude internationale INTERSALT en 1988 montrait des variations d'apports moyens mesurés par natriurèse de 24 heures entre 8,6 g/j et 14 g/j chez les hommes selon les villes et pays participants et entre 6,9 et 9,8 g/j chez les femmes, la France n'ayant pas participé à cette étude. L'étude INCA2-ENNS réalisée en 2006 par l'InVS et l'AFSSA auprès d'un échantillon représentatif de 11 500 sujets âgés de 3 ans et plus permettra de quantifier les apports totaux en sel. Une surveillance de la teneur en sel d'un échantillon de 400 aliments vecteurs principaux de sel en 2003, 2005 et 2007 est menée en parallèle par l'Institut National de la Consommation (INC) et l'AFSSA pour actualiser les tables de composition en sel des aliments. ●

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

1. 15 ans et plus, représentatifs de la population métropolitaine.
2. Étude du Pr Ménard 1998-2000.
3. Étude du Pr Mimran.

synthèse

Selon plusieurs études convergentes, la consommation moyenne de sel en France était de 9 à 10 g/j autour de l'an 2000. L'objectif d'un niveau moyen de consommation de 8 g/j sera vérifié au moyen de l'étude de consommation alimentaire INCA2-ENNS réalisée en 2006 par l'InVS et l'AFSSA. Cette étude couplée à de nouvelles données sur la teneur en sel de 400 des principaux aliments vecteurs sera également mesurée par l'Institut national de la consommation et l'AFSSA en 2003, 2005 et 2007.

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

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

Source : INCA1.

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

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

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

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

Source : SU.VI.MAX.

CHAMP • **INCA1** France entière, population de 15 ans et plus ;
SU. VI. MAX : volontaires sains, femmes de 35 à 60 ans et hommes de 45 à 60 ans.

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

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

RÉFÉRENCE •

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

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA).

Surpoids et obésité chez l'enfant

L'interruption de la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant est l'un des 9 objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé lancé en 2001, qui prévoyait « d'interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants » auquel a été ajouté le surpoids. Des études régionales françaises ont en effet observé au cours des deux dernières décennies, une évolution forte et continue de l'obésité et du surpoids chez les enfants.
L'indicateur de référence pour la description de la corpulence, est l'Indice de Masse Corporelle [IMC : poids/taille^2 (kg/m^2)]. Compte tenu de l'évolution physiologique de la corpulence au cours de la croissance, et ce de façon différente chez les garçons et les filles, des valeurs de référence de l'IMC sont adaptées à chaque âge et sexe afin d'identifier les enfants en surcharge pondérale. Les courbes de corpulence de l'*International Obesity Task Force (IOTF)* ont été retenues pour la description de cet indicateur, car elles permettent de distinguer surpoids et obésité au sein de la surcharge pondérale.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

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

Dans l'enquête réalisée en milieu scolaire en 1999-2000 auprès des enfants de grande section de maternelle (5-6 ans), 10 % des enfants examinés étaient en surpoids et 4 % obèses. À ces âges, les filles étaient plus fréquemment en surpoids ou obèses que les garçons (obésité : 4,3 % *versus* 3,6 % ; surpoids : 12,2 *versus* 8,7, respectivement). Les enquêtes réalisées en CM2 en 2001-2002 et en classe de troisième en 2000-2001 montraient qu'un enfant de 10-11 ans sur cinq, et 16 % des adolescents de 14-15 ans présentaient une surcharge pondérale. L'obésité concernait respectivement 4 % des élèves de CM2 et 3 % des adolescents. À l'adolescence, il n'a pas été relevé de différence significative selon le sexe (tableau 1). Compte tenu des dates successives de recueil, il n'est pas possible à partir de ces données, de conclure sur la variation de la fréquence de la surcharge pondérale en fonction de l'âge, ou sur l'évolution de la situation ; la répétition de ces enquêtes permettra de telles interprétations.

Dans toutes ces enquêtes, les proportions d'enfants en surpoids ou obèses étaient plus élevées chez les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres. Ces résultats reflètent les disparités sociales marquées illustrées, par exemple, par des prévalences de l'obésité toujours plus importantes parmi les enfants dont le père est ouvrier que parmi ceux dont le père est cadre. Ce gradient social est moins marqué pour le surpoids, notamment chez les adolescents. Des variations géographiques sont observées, avec des prévalences élevées pour toutes les classes d'âges dans les zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) du Nord et de l'Est, plus spécifiquement pour les grandes sections de maternelle dans les ZEAT de la région parisienne et de la Méditerranée, et pour les CM2 et élèves de 3e dans celles des DOM-TOM (tableau 3).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en CE1 et CE2

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

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

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM).

synthèse

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

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

		Années de recueil		Surcharge pondérale (%)	Surpoids (%)	Obésité (%)
Grande section de maternelle	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	**1999-2000**		**14,4**	**10,5**	**3,9**
(5-6 ans)			Garçons	12,3	8,7	3,6
			Filles	16,5	12,2	4,3
Classes de CE1 et CE2	Enquête Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans en 2000	**2000**		**18,1**	**14,3**	**3,8**
(7-9 ans)			Garçons	17,9	14,0	3,9
			Filles	18,3	14,7	3,6
Classes de CM2	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	**2001-2002**		**19,9**	**15,8**	**4,1**
(10-11 ans)			Garçons	19,5	15,5	4,0
			Filles	20,3	16,1	4,2
Classes de troisième	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	**2000-2001**		**15,7**	**12,4**	**3,3**
(14-15 ans)			Garçons	16,3	12,8	3,5
			Filles	15,3	12,1	3,2

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

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

	Enquête Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans en 2000		Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire			
	Classes de CE1 et CE2 (2000)		**Classes de CM2** (2001-2002)		**Classes de 3e** (2000-2001)	
	Surpoids	**Obésité**	**Surpoids**	**Obésité**	**Surpoids**	**Obésité**
Cadres[a]	10,0	0,4	11,5	1,3	10,1	0,7
Professions intermédiaires	13,8	0,7	13,8	2,3	13,0	2,6
Agriculteurs	16,1	3,2	19,7	4,7	13,9	2,6
Artisans[b]	17,9	2,7	15,3	2,8	12,7	1,4
Employés	19,9	4,5	15,6	3,9	12,3	3,5
Ouvriers	20,3	6,2	18,2	5,1	12,3	5,0

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

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

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

Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire.
* En 1967, l'INSEE en relation avec le Commissariat général au plan et la DATAR (Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale) a créé un découpage du territoire en huit grandes zones d'études et d'aménagement : les ZEAT. RÉGION PARISIENNE - Île de France ; BASSIN PARISIEN - Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie, Picardie ; NORD - Nord Pas-de-Calais ; EST - Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; OUEST - Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; SUD-OUEST - Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; CENTRE-EST - Auvergne, Rhône-Alpes ; MÉDITERRANÉE - Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.
Au niveau européen, le découpage en ZEAT correspond au niveau 1 de la nomenclature des unités territoriales statistiques (NUTS 1).

CHAMP • France entière.

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille^2, mesures anthropométriques réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation nationale) ; classification des enfants en surcharge pondérale, surpoids ou obèses selon les références de l'IOTF. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante.

LIMITES • Matériel de mesure non standardisé ni étalonné.

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

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

CHAMP • France métropolitaine (11 académies).

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille^2, mesures anthropométriques réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation nationale) ; classification des enfants en surcharge pondérale, surpoids ou obèses selon les références de l'IOTF. Données standardisées sur le sexe et l'âge selon le recensement de 1999.

LIMITES • Matériel de mesure non standardisé, ni étalonné.

BIAIS • Volontariat des académies participant.

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

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

Accidents routiers mortels liés au travail

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

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

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

En 2003, on dénombrait 1 239 accidents mortels liés au travail reconnus par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ou la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) : 742 sont des accidents du travail à proprement parler et 497 des accidents de trajet.

709 décès, soit 57,2 %, sont dus à des accidents routiers liés au travail (664 pour la CNAMTS et 45 pour la CCMSA). Trois fois sur dix (212 soit 29,9 %) il s'agit d'accidents de mission, survenant sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur, et dans sept cas sur dix, d'accidents routiers de trajets (497 soit 70,1 %). Le taux global d'accidents routiers mortels liés au travail pour ces deux régimes d'assurance maladie est de 3,76 pour 100 000 salariés en 2003.

En corrélation avec la nature des activités, l'étude des données par branches professionnelles (tableau 2) montre que le taux d'accidents routiers mortels liés au travail est particulièrement élevé dans la branche « transports, eau-gaz-électricité, livre, communication », dont le taux se porte à 6,82 pour 100 000 en 2003 et qui comprend une majorité d'accidents de mission (62,7 %). Le taux d'accidents routiers mortels liés au travail est également élevé pour la branche « bâtiment et travaux publics » (6,05 pour 100 000), et ce pour les deux catégories d'accidents.

La baisse du nombre des accidents routiers de mission mortels observée entre 2000 et 2003 s'élève à 25,35 %. Ces évolutions sont très similaires à la diminution de la mortalité enregistrée par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) pour l'ensemble des accidents de la route (qui en termes de mortalité à 30 jours ont également diminué de 25 % entre 2000 et 2003). ●

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

synthèse

En 2003, 709 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : sept fois sur dix, il s'agissait d'accidents de trajet (70,1 %) et dans 29,9 % d'accidents de travail à proprement parler (survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur).
La diminution relative des décès par accidents routiers de mission relevée entre 2000 et 2003 est de même amplitude que celle de l'ensemble des décès routiers comptabilisés par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière.

Tableau 1 • Accidents routiers mortels liés au travail

CNAMTS : évolutions 1990-2003					
CNAMTS	**1990**	**1995**	**2000**	**2002**	**2003**
Salariés	14 413 533	14 494 713	16 868 914	17 673 670	17 632 798
Total des accidents de travail mortels	1 213	712	730	686	661
dont accidents de travail mortels dus à des véhicules (mission)	516	311	271	254	201
Accidents de trajet mortels dus à des véhicules	*781*	*586*	*641*	549	463
Accidents routiers mortels liés au travail (mission + trajet)					
Nombre total	**1 297**	**897**	**912**	**803**	**664**
Taux pour 100 000 salariés	**9,00**	**6,19**	**5,41**	**4,54**	**3,77**

Champ : France entière sauf 1990 et 1995 (France métropolitaine).
Source : CNAMTS.
Légende : Cellules en grisé : tous accidents de trajets mortels (dus à des véhicules et autres causes).

CCMSA : évolutions 1990-2003					
CCMSA	**1990**	**1995**	**2000**	**2002**	**2003**
Salariés	946 249	1 022 262	1 127 887	1 178 292	1 201 885
Total des accidents de travail mortels	72	93	89	64	81
dont accidents de travail mortels dus à des véhicules (mission)	6	3	13	5	11
Accidents de trajet mortels impliquant un véhicule	42	39	42	38	34
Accidents routiers mortels liés au travail (mission + trajet)					
Nombre total	**48**	**42**	**55**	**43**	**45**
Taux pour 100 000 salariés	**5,07**	**4,11**	**4,88**	**3,65**	**3,74**

Champ : France métropolitaine (hors Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle).
Source : MSA.

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

SOURCES • Statistiques technologiques des accidents du travail de la CNAMTS et enquête accidents mortels pour la CCMSA.

CONSTRUCTION DU TAUX • Le nombre total d'accidents mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet) est rapporté à l'effectif salarié correspondant (nombre trimestriel moyen de travailleurs pour la CCMSA).

LIMITES • Salariés des 9 branches professionnelles pour la CNAMTS (330 000 salariés hors branches en 2003). L'année prise en compte est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de l'accident a été reconnu. Les données de la CCMSA n'incluent pas les données d'Alsace et de Lorraine qui sont soumis à un régime particulier. Par ailleurs, le régime des indépendants ne couvre pas les accidents du travail.

BIAIS • Sous-estimation probable puisque ces données comptabilisent les accidents reconnus comme accidents de travail (trajet, mission) par l'assurance maladie.

RÉFÉRENCES •

- Direction des risques professionnels, 2005, « Statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles - année 2003 », Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- Direction de la Santé, Sous-direction Santé Sécurité au travail, Observatoire des Risques Professionnels et du Machinisme Agricole, « Enquête annuelle accidents mortels-années 2000 à 2004 », Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.

Tableau 2 • Accidents routiers mortels par branches professionnelles (pour la CNAMTS uniquement) en 2003

Année 2003	**Total (CNAMTS et MSA)**	Métallurgie	BTP	Transports, EGE, livre, communication	Alimentation	Chimie caoutchouc, plasturgie	Bois, ameublement, papier, textiles, vêtements, cuirs et peaux, PTF	Commerce	Activités de services I	Activités de service II et travail temporaire	MSA
Salariés	18 834 683	2 049 023	1 306 410	2 082 451	2 244 554	510 470	681 046	2 272 957	3 625 801	2 860 086	1 201 885
Total des accidents de travail mortels	742	57	181	146	51	20	26	54	35	91	81
dont accidents de travail mortels dus à des véhicules (mission)	212	13	27	89	17	4	5	23	11	12	11
Accidents de trajet mortels dus à des véhicules	497	72	52	53	75	15	14	42	41	90	34
Accidents routiers mortels liés au travail (mission + trajet)											
Nombre total	**709**	**85**	**79**	**142**	**92**	**19**	**19**	**65**	**52**	**102**	**45**
Taux pour 100 000 personnes	**3,76**	**4,15**	**6,05**	**6,82**	**4,10**	**3,72**	**2,79**	**2,86**	**1,43**	**3,57**	**3,74**

Champ : France entière pour la CNAMTS, France métropolitaine moins l'Alsace et la Moselle pour la MSA.
Source : CNAMTS.

Exposition des travailleurs soumis à des contraintes articulaires

C'est pratiquement l'ensemble de la pathologie somatique et psychique qui est potentiellement concernée par des facteurs de risque d'origine professionnelle. Par ailleurs, les conditions de travail et les expositions professionnelles sont sources majeures des inégalités sociales particulièrement importantes dans notre pays. Des données fiables sont disponibles en France sur les conditions de travail mais leurs conséquences sur la santé sont toujours en discussion. Les troubles musculo-squelettiques constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées et de journées de travail perdues du fait d'arrêts de travail. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine. L'enquête SUMER 2003 permet de connaître le nombre de personnes soumises à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » et parmi elles, à la répétition « de cycle de moins d'une minute ». L'enquête sur les Conditions de travail de 1998 permettait, quant à elle, de repérer les salariés exposés actuellement à « des postures pénibles ou fatigantes durant leur travail » (debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air…).

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine

En 2003, selon l'enquête SUMER, 1,2 million de salariés étaient soumis à «la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée», plus de 20 heures par semaine, soit 6,6 % d'entre eux. Pour 3,8 % des salariés, cette contrainte s'exerce en plus avec un temps de cycle de moins d'une minute des gestes répétitifs. Les femmes sont plus exposées que les hommes à cette contrainte ainsi que les jeunes (9 % des moins de 25 ans, tableaux 1 et 2).

Le secteur industriel est de loin celui qui affiche les plus fortes prévalences, en particulier ceux de l'industrie automobile, de l'agroalimentaire (16 % chacun) et de l'industrie des biens de consommation (graphique 1).

La catégorie sociale des ouvriers est la plus soumise aux contraintes articulaires (14 %) (tableau 2).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail

En 1998, selon l'enquête Conditions de travail, 37 % des salariés déclarent devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue pendant leur travail, ce qui représente un peu plus de 7 millions de personnes. Cette contrainte a fortement progressé au cours des vingt dernières années, puisqu'elle s'élevait seulement à 16 % en 1984. Les jeunes de moins de 25 ans sont plus fortement touchés (47 %) par cette pénibilité que les salariés plus âgés (tableau 3).

Les ouvriers (57 %) et les salariés des métiers de la santé (54 %) sont particulièrement concernés, ainsi que les employés de commerce (46 %) et des services aux particuliers (44 %).

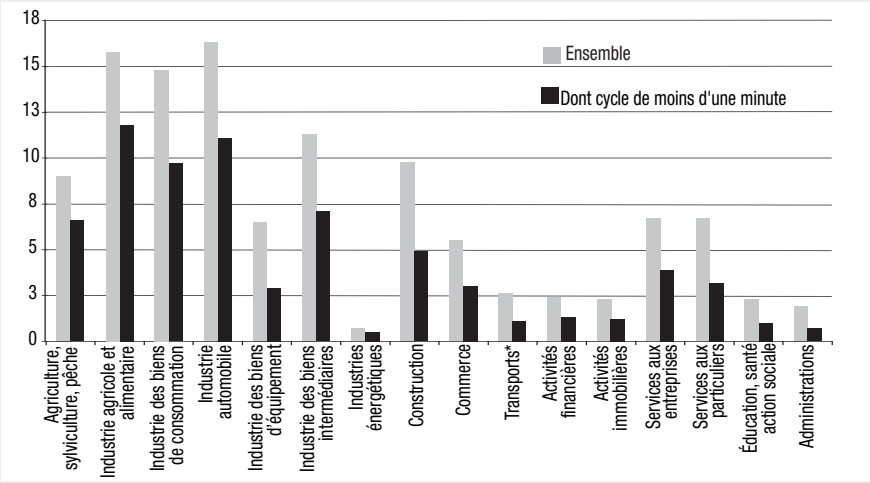
Ce sont les secteurs de l'agriculture (66 %) et de la construction (64 %) qui exposent le plus leurs salariés à ce type d'effort (graphique 2). ●

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

synthèse

Les contraintes articulaires mesurées à partir du «la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée» de plus de 20 heures par semaine concernent dans l'enquête SUMER, en 2003, 1,2 million de salariés, soit 6,6% d'entre eux. Dans l'enquête Conditions de travail de 1998, 37% soit un peu plus de 7 millions de salariés déclarent devoir «rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue» pendant leur travail. Ces indicateurs de pénibilité au travail sont d'autant plus souvent déclarés que les personnes sont jeunes. Ils sont plus fréquents chez les ouvriers et sont très différents selon les secteurs d'activité.

Graphique 1 • Proportion de salariés soumis à des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon le secteur d'activité en 2003**



* Secteurs incomplets (voir limites et biais de l'enquête SUMER). **Nomenclature d'activité française (NAF16).
Lecture : 15,8 % des salariés de l'industrie agricole et alimentaire sont exposés à un travail répétitif.
Source : Enquête SUMER.

Tableau 1 • Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon l'âge et la profession en 2003 (%)

Type de contrainte	Hommes	Femmes	Ensemble
Travail répétitif de plus de 20 heures	6,0	7,4	6,6
dont cycle de moins d'une minute	*3,3*	*4,5*	*3,8*

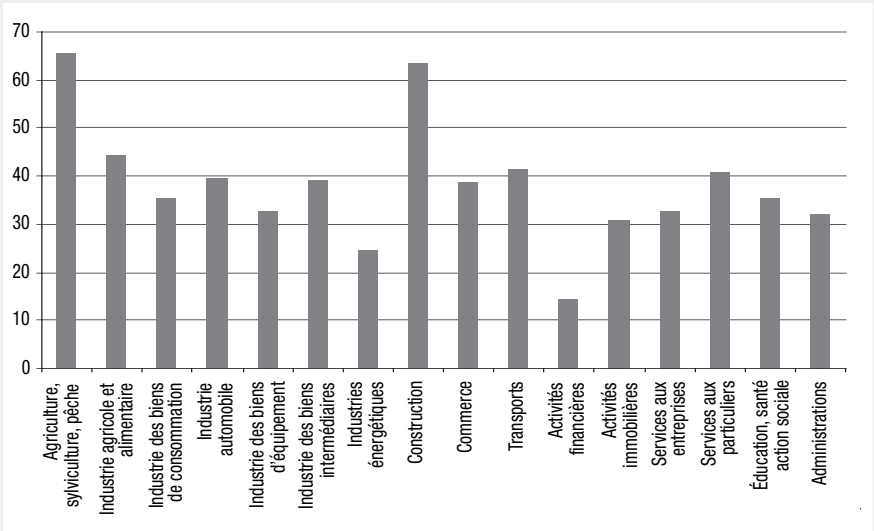
Source : Enquête SUMER.

Tableau 2 • Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon l'âge et la profession en 2003 (%)

Âge	Travail répétitif	dont cycle de moins d'une minute
Moins de 25 ans	8,7	4,9
25-29 ans	7,1	4,1
30-39 ans	6,3	3,7
40-49 ans	6,5	3,8
50 ans et +	5,7	3,1
Ensemble	6,6	3,8
Catégorie socioprofessionnelle		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,0	0,6
Professions intermédiaires	1,7	0,8
Employés	5,0	2,5
Ouvriers	13,5	8,2
Ensemble	6,6	3,8

Source : Enquête SUMER.

Graphique 2 • Proportion de salariés déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante pendant leur travail selon le secteur d'activité* en 1998



*Nomenclature d'activité française (NAF16).
Source : Enquête Conditions de travail.

Tableau 3 • Proportion de salariés déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante pendant leur travail en 1998

Sexe	%	Âge	%	Catégorie socioprofessionnelle	%
Homme	39,2	Moins de 25 ans	46,8	Cadres et professions intellectuelles supérieures	12,9
Femme	35,1	25-29 ans	36,1	Professions intermédiaires	25,7
		30-39 ans	36,7	Employés	37,4
		40-49 ans	36,3	Ouvriers	57,0
		50 ans et +	37,3		
Ensemble	**37,3**		**37,3**		**37,3**

Source : Enquête Conditions de travail.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCES • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 copilotée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), et Direction des relations au travail (DRT), Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et réalisée par la médecine du travail. 56 314 salariés tirés au sort dont 49 984 ont répondu.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.
En sont exclus les salariés :
- de la pêche,
- des mines,
- des transports urbains et maritimes,
- des administrations nationales et territoriales.

RÉFÉRENCE •
- http://www.travail.gouv.fr/publications/publications_f.html

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

CHAMP • France métropolitaine, population salariée. Le champ est celui de l'enquête Emploi. Il inclut l'ensemble des ménages ordinaires de la France métropolitaine, et une partie de la population des communautés, dans la mesure où leurs membres ont des liens familiaux avec des ménages ordinaires. Restent toutefois exclus certains ouvriers des chantiers temporaires, des jeunes et des étrangers hébergés en foyers, ainsi que des personnes des établissements hospitaliers, scolaires et hôteliers vivant en collectivité.

SOURCES • Enquête Conditions de travail 1998, complémentaire à l'enquête Emploi de l'INSEE (échantillon de 22 000 personnes). Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage. Enquête copilotée et exploitée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), et Direction des relations au travail (DRT), et Inspection médicale du travail (DRT-IMT), ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement.

LIMITES • Celles des enquêtes déclaratives, notamment il peut être difficile d'apprécier en évolution la part des changements de perception et des modifications effectives des conditions de travail.

RÉFÉRENCE •
- http://www.travail.gouv.fr/publications/publications_f.html

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

Exposition des travailleurs au bruit

L'exposition au bruit est un problème important en termes de conditions de travail et d'expositions professionnelles dans notre pays. La loi de santé publique préconise de réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB A plus de 20 heures par semaine sans protection auditive. L'enquête SUMER 2003 permet de connaître le nombre de travailleurs subissant un bruit de ce niveau d'exposition sonore, la durée de cette exposition et la mise à disposition ou non d'une protection auditive. L'enquête Conditions de travail de 1998 permettait quant à elle de repérer le nombre de salariés qui, dans leur travail, ne peuvent pas entendre une personne qui, placée à deux ou trois mètres d'elles, leur adresse la parole.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de travailleurs exposés à un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 dB A plus de 20 heures par semaine sans disposer de protections auditives

En 2003, 1,03 million de salariés du champ de l'enquête SUMER (17,5 millions de salariés sur un total de 21,5 millions, soit 80 %) étaient soumis à un niveau de bruit de 85 dB A plus de 20 heures par semaine, soit 5,9 % de ces salariés. 275 000 soit 26,7 % de ces salariés, n'avaient pas de protection auditive mise à leur disposition (L'enquête SUMER ne permet pas de savoir si les salariés utilisaient ou non les protections mises à leur disposition). Cette enquête révèle que les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes à cette contrainte (917 000 contre 115 000), soit un taux d'exposition de 9,2 % contre 1,5 %. En revanche, les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protection auditive mise à leur disposition. En effet 39 % des femmes soumises à un tel bruit n'en ont pas (soit 45 000) contre 25 % pour les hommes (soit 230 000) (tableau 1). Il n'y a pas de différence notable d'exposition à cette contrainte selon les âges (tableau 2).

Cette nuisance se rencontre surtout dans l'industrie, notamment dans les industries de biens intermédiaires, l'industrie automobile et les industries agricoles et alimentaires. Elle touche aussi, dans une moindre mesure, l'agriculture-sylviculture et la construction (tableau 3). Alors que cette nuisance est beaucoup moins répandue dans le tertiaire, c'est là que les personnes exposées ont le moins souvent une protection auditive mise à leur disposition, notamment dans le secteur « commerce, réparation automobile et d'articles domestiques ». Les ouvriers sont de loin la catégorie de travailleurs la plus soumise à ce type de bruit. Viennent ensuite les professions intermédiaires (tableau 2).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel

En 1998 lors de l'enquête Conditions de travail, 683 000 salariés déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres lorsqu'elle leur adresse la parole, soit 3,5 % des salariés de métropole. Il n'y avait pas de différence notable d'exposition à cette contrainte selon les âges. Par contre, les hommes étaient beaucoup plus exposés (5 %) que les femmes (1,8 %) (tableau 4) y compris dans les catégories socioprofessionnelles et les secteurs les plus concernés.

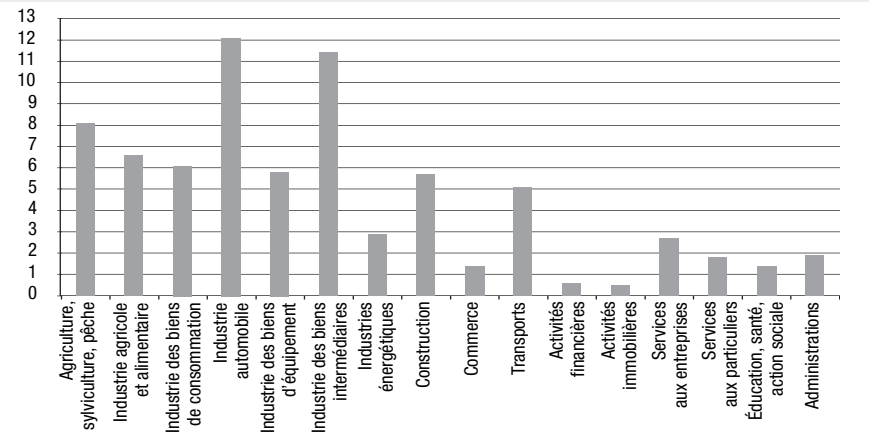
C'est dans le secteur industriel que l'on rencontre les plus fortes proportions de salariés exposés à cette contrainte, et notamment dans les industries automobiles et des biens intermédiaires (plus de 10 %) (graphique). Les ouvriers sont les plus touchés par cette nuisance au travail (8 % contre moins de 2 % pour les autres catégories socioprofessionnelles). ●

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

synthèse

En 2003 selon l'enquête SUMER, 275 000 salariés, soit 26,7% des salariés soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB A pendant plus de 20 heures par semaine, n'avaient pas à leur disposition de protection auditive. D'après l'enquête Conditions de travail de 1998, 683 000 salariés soit 3,5% des salariés déclaraient ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole. Les hommes sont plus exposés que les femmes à des niveaux de bruit importants mais les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protections auditives. Les différentes catégories professionnelles ne sont pas toutes concernées de la même façon, les ouvriers étant la catégorie la plus touchée. C'est le secteur industriel qui expose le plus ses salariés aux nuisances sonores intenses.

Graphique • Proportion de salariés déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres selon le secteur d'activité* en 1998 (%)



* Nomenclature d'activité française (NAF16).
Lecture : 6,6 % des salariés de l'industrie agricole et alimentaire sont exposés à un bruit intense.
Source : Enquête Conditions de travail 1998.

Tableau 1 • Taux d'exposition à un bruit de niveau sonore supérieur à 85 décibels A pendant plus de 20 heures par semaine (%)

Type de bruit	Hommes	Femmes	Ensemble
Bruit supérieur à 85 dB A pendant plus de 20 h par semaine	9,2	1,5	5,9
dont sans protection auditive mise à disposition	*25,1*	*38,9*	*26,7*

Source : Enquête SUMER 2003.

Tableau 2 • Taux d'exposition à un bruit de niveau sonore supérieur à 85 décibels A pendant plus de 20 heures par semaine selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle (%)

Âge	Bruit supérieur à 85 dB A pendant plus de 20 heures par semaine	Dont sans protection auditive mise à disposition
Moins de 25 ans	6,3	27,8
25-29 ans	6,2	23,7
30-39 ans	6,0	24,3
40-49 ans	5,8	28,3
50 ans et +	5,5	29,6
Ensemble	5,9	26,7
Catégorie socioprofessionnelle		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,5	-
Professions intermédiaires	2,4	29,2
Employés	0,3	-
Ouvriers	15,0	25,3
Ensemble	**5,9**	**26,7**

Source : Enquête SUMER 2003.

Tableau 3 • Taux d'exposition à un bruit de niveau sonore supérieur à 85 décibels A pendant plus de 20 heures par semaine selon le secteur d'activité (%)

Secteur d'activité**	Bruit supérieur à 85 dB A pendant plus de 20 h par semaine	Dont sans protection auditive mise à disposition
Agriculture, sylviculture, pêche *	12,4	29,6
Industrie agroalimentaire	16,6	21,0
Industrie des biens de consommation	9,6	22,9
Industrie automobile	17,4	10,4
Industrie des biens d'équipement	13,3	20,7
Industrie des biens intermédiaires	21,6	19,3
Industries énergétiques *	1,6	-
Construction	10,5	29,6
Commerce	2,3	42,7
Transports *	2,6	61,2
Activités financières	0,3	-
Activités immobilières	0,5	-
Services aux entreprises	3,8	34,7
Services aux particuliers	1,2	-
Éducation, santé, action sociale*	0,8	-
Administrations *	0,3	-
Ensemble	**5,9**	**26,7**

* Secteurs incomplets (voir limites et biais de l'enquête SUMER).
** Nomenclature d'activité française (NAF16).
Source : Enquête SUMER 2003.

Tableau 4 • Proportion de salariés déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 1998

Sexe	%	Âge	%	Catégorie socioprofessionnelle	%
Homme	39,2	Moins de 25 ans	46,8	Cadres et professions intellectuelles supérieures	12,9
Femme	35,1	25-29 ans	36,1	Professions intermédiaires	25,7
		30-39 ans	36,7	Employés	37,4
		40-49 ans	36,3	Ouvriers	57,0
		50 ans et +	37,3		
Ensemble	**37,3**		**37,3**		**37,3**

* Secteurs incomplets (voir limites et biais de l'enquête SUMER).
** Nomenclature d'activité française (NAF16).
Source : Enquête Conditions de travail 1998.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCE • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 réalisée par la médecine du travail.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.
En sont exclus les salariés :
- de la pêche ;
- des mines ;
- des transports urbains et maritimes ;
- des administrations nationales et territoriales.

RÉFÉRENCE •
-http://www.travail.gouv.fr/publications/publications_f. html
Dr Magaud-Camus I. *et al.,* 2005,« Le bruit au travail en 2003 », *Premières Synthèses,* n° 25.3, juin, DARES.

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

CHAMP • France métropolitaine, population salariée. Le champ est celui de l'enquête Emploi. Il inclut l'ensemble des ménages ordinaires de la France métropolitaine, et une partie de la population des communautés, dans la mesure où leurs membres ont des liens familiaux avec des ménages ordinaires. Restent toutefois exclus certains ouvriers des chantiers temporaires, des jeunes et des étrangers hébergés en foyers, ainsi que des personnes des établissements hospitaliers, scolaires et hôteliers vivant en collectivité.

SOURCE • Enquête Conditions de travail 1998, complémentaire à l'enquête Emploi de l'INSEE (échantillon de 22 000 personnes). Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage. Enquête organisée et exploitée par la DARES.

LIMITES • Celles des enquêtes déclaratives, notamment il peut être difficile d'apprécier en évolution la part des changements de perception et des modifications effectives des conditions de travail.

RÉFÉRENCES •
- http://www.travail.gouv.fr/publications/publications_f. html
- Rougerie C., Vinck L.,1999, « Efforts, risques et charge mentale au travail », *Les Dossiers de la DARES,* La Documentation française.

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

Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel

L'exposition à des cancérogènes professionnels concerne une fraction imposante de la population des travailleurs, estimée à 9 % en 1994, même si la grande majorité était exposée à des niveaux considérés comme faibles.
La loi de santé publique s'est fixé comme objectif de réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (catégories 1 et 2[1]) par diminution des niveaux d'exposition. Les études portant sur les expositions aux risques sont des études transversales qui apportent des informations extrêmement utiles pour la connaissance du niveau d'exposition au risque mais qui ne permettent pas l'analyse de relations entre expositions et santé. Trois objectifs préalables ont donc été fixés : 1. évaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer ; 2. systématisation de la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur les lieux de travail ; 3. développement de la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de personnes exposées aux agents cancérogènes (catégories 1 et 2) par secteur d'activité et par type de substance pour les 7 principales substances cancérogènes

En 2003, 1,1 million de salariés étaient exposés à au moins un des produits cancérogènes appartenant aux catégories 1 ou 2[1] de la liste de l'Union européenne, soit 6,3 % des salariés du champ de l'enquête SUMER (secteur marchand et hôpitaux publics). Parmi eux, 930 000 étaient exposés à un des sept produits les plus fréquents, soit dans l'ordre d'importance les poussières de bois, le trichloréthylène, les goudrons de houille, le chrome et dérivés, l'amiante, les hydrocarbures halogénés et/ou nitrés et les fibres céramiques (tableau).

Les secteurs où les expositions sont les plus fréquentes sont la construction et les secteurs des biens intermédiaires et des biens de consommation. Les poussières de bois, agents cancérogènes les plus répandus parmi ceux reconnus par l'UE, concernent de nombreux secteurs, la construction (12 % des salariés) les industries de biens de consommation (6 %), l'agriculture (6 %) et les industries des biens intermédiaires (4 %).

Pour tous ces produits, ce sont les ouvriers qui sont les plus exposés, en général deux fois plus que la moyenne des salariés. Les employés sont les moins exposés. Les professions intermédiaires de production subissent une exposition identique à la moyenne des salariés.

Pour une proportion importante des salariés ainsi exposés, aucune protection collective ou individuelle n'est mise à disposition : 46 % des salariés exposés au trichloréthylène sont dans ce cas, pour 41 % des salariés exposés aux poussières de bois ou aux fibres céramiques, 39 % des salariés exposés à l'amiante, 32 % des salariés exposés au chrome ou aux hydrocarbures halogénés, et 30 % aux goudrons de houille.

Les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes du fait de leur prédominance parmi les ouvriers.

L'âge des salariés ne semble pas jouer un rôle important à l'exception du cas des poussières de bois pour lesquelles les moins de 25 ans sont plus exposés, et les quinquagénaires moins exposés que la moyenne. ●

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

Catégorie 1 : substances que l'on sait être cancérogènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition de l'homme à de telles substances et l'apparition d'un cancer.
Catégorie 2 : substances devant être assimilées à des substances cancérogènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances peut provoquer un cancer. Cette présomption est généralement fondée sur : des études appropriées à long terme sur l'animal, d'autres informations appropriées.

synthèse

En 2003, 1,1 million de salariés étaient exposés à des produits cancérogènes classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne. Plus de 930 000 salariés étaient exposés aux sept produits les plus fréquents qui constituaient 85 % des produit cancérogènes. Ce sont des produits répandus principalement dans l'industrie et la construction qui touchent surtout les hommes ouvriers. De 30 à 46 % d'entre eux ne bénéficiaient alors d'aucune protection ni collective, ni individuelle.

Tableau • Pourcentage de salariés exposés aux sept produits cancérogènes les plus fréquents (classification de l'Union européenne)

Sexe	Poussières de bois	Trichlor-éthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Hommes	3,6	1,3	1,1	0,9	1,0	0,9	1,0
Femmes	0,3	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0
Ensemble	**2,2**	**0,9**	**0,7**	**0,6**	**0,6**	**0,6**	**0,6**

Tranche d'âge	Poussières de bois	Trichlor-éthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Moins de 25 ans	3,4	0,7	0,8	0,7	0,6	0,5	1,0
25 à 29 ans	2,1	0,9	0,6	0,8	0,7	0,8	0,6
30 à 39 ans	2,3	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
40 à 49 ans	2,1	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5
50 ans et plus	1,5	1,0	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5
Ensemble	**2,2**	**0,9**	**0,7**	**0,6**	**0,6**	**0,6**	**0,6**

Secteur d'activité économique**	Poussières de bois	Trichloréthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Agriculture, sylviculture, pêche*	6,2	0,1	0,4	0	0,3	0,1	0,1
Ind. agricoles et alimentaires	0,2	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ind. biens de consommation	6,4	2,6	0,2	0,5	0,4	1,4	0,2
Ind. automobiles	0,7	0,3	0,2	0,7	0	0,9	0,8
Ind. biens d'équipement	1,3	1,6	0,2	3,4	0,5	0,6	1,0
Ind. biens intermédiaires	3,6	2,3	0,6	2,5	0,3	1,7	1,3
Ind. énergétiques*	0,3	0,1	2,2	0,7	5,1	0,6	1,9
Construction	11,8	1,9	5,5	0,6	2,7	0,9	1,2
Commerce, réparation auto articles domestiques	1,2	1,0	0,2	0,3	1,0	0,5	1,3
Transports*	1,0	0,3	0,7	0,2	0,6	0,8	0,8
Activités financières	0,2	0,1	0,1	0	0,1	0	0
Activités immobilières	0,6	0,4	0	0	0,5	0	0,2
Services aux entreprises	1,1	0,6	0,5	0,5	0,3	0,5	0,2
Services aux particuliers	0,5	0,6	0,1	0,2	0	0,2	0
Éducation, santé action sociale*	1,0	0,3	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1
Administrations*	0,8	0,1	0	0	0,1	0,2	0,1
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

*Secteurs incomplets.
**Nomenclature d'activité française (NAF16).

Catégorie socioprofessionnelle	Poussières de bois	Trichloréthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés et/ou nitrés	Fibres céramiques
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1
Professions intermédiaires	1,0	0,8	0,5	0,7	0,5	0,8	0,5
Employés	0,4	0,1	0	0,1	0	0	0
Ouvriers	5,2	1,7	1,5	1,1	1,3	1,0	1,4
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCES • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 réalisée par la médecine du travail.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.
En sont exclus les salariés :
- de la pêche,
- des mines,
- des transports urbains et maritimes,
- des administrations nationales et territoriales.

Cette identification repose, comme le prévoit la loi relative à la politique de santé publique, sur l'appartenance aux catégories 1 ou 2 de la classification européenne des produits cancérogènes. La publication de référence de la DARES (voir ci-dessous) fait surtout référence aux catégories 1 ou 2A du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Les produits certainement cancérogènes pour l'homme sont dans les catégories 1 du CIRC et de l'annexe de la directive européenne. Les produits probablement cancérogènes pour l'homme sont les catégories 2A du CIRC et 2 de la liste européenne.

La définition du CIRC donne une vision plus large des situations d'exposition à des produits cancérogènes que la définition de l'Union européenne. Les classements ne sont pas identiques dans les deux listes pour certains produits : par exemple les gaz d'échappement diesel sont en 2A pour le CIRC et ne sont pas classés dans la liste européenne, le perchloréthylène est classé 2A par le CIRC et 3 par l'Union européenne. A contrario, les fibres céramiques sont en catégorie 2 pour l'Union européenne et 2B pour le CIRC. Enfin les huiles minérales ne sont pas classées par l'union européenne, mais apparaissent dans le tableau 36bis des maladies professionnelles dans le cas d'utilisation à très haute température et sont classées 1 par le CIRC.

Selon que l'on se réfère à l'une ou l'autre liste, le nombre de situations d'expositions, c'est-à-dire de produits auxquels les salariés sont exposés, varie. Si on se réfère aux catégories 1 et 2 de l'Union européenne, SUMER recense 1,4 million de situations d'exposition concernant 6,3% salariés. Si on se réfère aux catégories 1 et 2A du CIRC, le nombre de situations d'expositions est de 3,4 millions touchant 13,3% salariés. Enfin, si l'on prend en compte l'ensemble des catégories citées des deux listes, ce qui est le choix opéré dans le document de référence évoqué ci-dessus, SUMER repère 3,6 millions situations d'expositions concernant 13,4% des salariés.

RÉFÉRENCES •
- Guignon N., Sandret N., 2005, « Les expositions aux produits cancérogènes », *Premières synthèses* DARES. 07-n°28.1.
- http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_h. html
- INRS, 2006, « Produits chimiques cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction ». http://www.inrs.fr

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

Exposition des enfants au plomb

L'intoxication par ingestion ou inhalation de plomb, appelée saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main/bouche). La loi de santé publique fixe ainsi pour objectif de réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/L ; de passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008. L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la limitation puis de la suppression de l'usage du plomb tétraéthyle dans les essences (1er janvier 2000). La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse présente dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. Les autres sources d'exposition sont les sites pollués par des activités industrielles, les canalisations d'eau potable en plomb, les plats en céramique d'origine artisanale, les cosmétiques traditionnels, les activités professionnelles ou de loisir des parents : récupération de métaux non ferreux, bricolage… Les symptômes de l'intoxication par le plomb sont peu spécifiques et passent souvent inaperçus ; le dépistage doit s'appuyer sur une recherche active des facteurs de risque d'exposition, surtout chez les enfants de moins de 3 ans.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie ≥ 100 µg/L en population générale

L'enquête de prévalence menée en 1995 par l'INSERM et le Réseau national de santé publique (RNSP) a conduit à estimer à 2 % la proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant un niveau de plombémie correspondant à la définition du cas de saturnisme, soit 85 000 enfants. Une nouvelle enquête de prévalence sera réalisée par l'InVS en 2007-2008.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme

L'activité de dépistage du saturnisme de l'enfant, relativement stable de 1995 à 2000, a nettement augmenté à partir de l'année 2001. Selon les données du système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE), le nombre annuel d'enfants de moins de 18 ans pour lesquels un test de plombémie a été réalisé a doublé entre 1995 et 2003, passant de 3 422 à 7 092. Le nombre total de tests de plombémies réalisés chez des enfants (primodépistage et suivi) a progressé de 60 % (tableau 1 ; graphique 1).

L'activité de dépistage est toutefois répartie très inégalement sur le territoire national : en 2003, la région Île-de-France représentait à elle seule les deux tiers de l'activité de dépistage (tableau 2).

Le nombre de cas incidents a diminué entre 1995 (923 cas) et 1998 (570 cas) puis est resté relativement stable. Il était de 564 cas en 2003 selon les données du SNSPE. Selon une enquête réalisée par la Direction générale de la santé, le nombre de cas signalés aux DDASS en 2003 était de 459. Le nombre de cas incidents est très faible au regard des estimations de prévalence faites en 1996, ce qui peut s'expliquer à la fois par une diminution de la prévalence du saturnisme et par une activité de dépistage encore modeste : la probabilité pour un enfant d'avoir au moins un test de plombémie avant l'âge de 7 ans était en moyenne en France de 0,6 % (calcul fait sur la période 1995-2002). Les données de même nature ne sont pas disponibles dans des pays équivalents.

Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L parmi ceux qui ont été dépistés

La proportion d'enfants de moins de 18 ans ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L parmi ceux qui ont été dépistés décroît régulièrement. Entre 1995 et 2003, le rendement du primodépistage est passé de 24,5 % à 6,8 %. ●

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

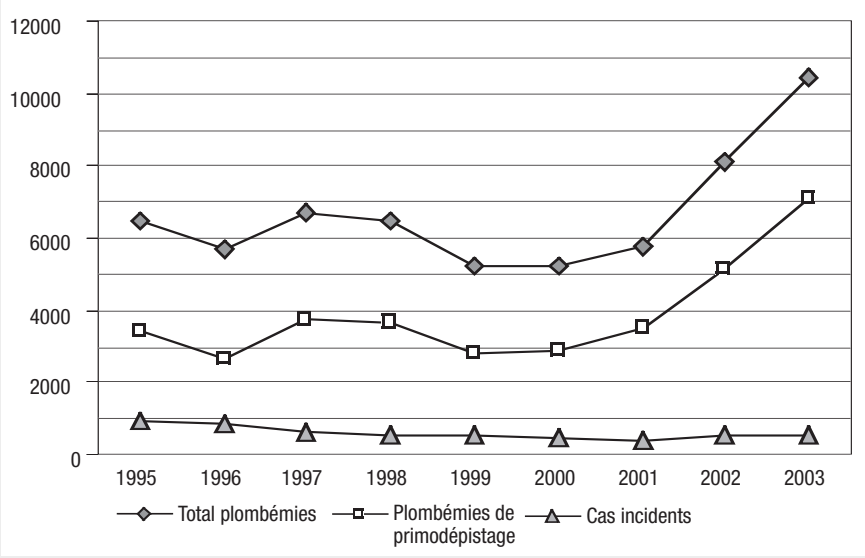
synthèse

Le cas de saturnisme de l'enfant est défini par « la constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang » (arrêté du 5 février 2004).
L'activité de dépistage s'adresse à des populations ciblées en fonction de facteurs de risque. Le taux de couverture du dépistage dans une population ciblée est variable ; la récupération des données n'est pas toujours exhaustive ; par ailleurs, la prescription d'une plombémie à un enfant est souvent décidée par le médecin à partir de facteurs de risque individuels. C'est pourquoi, il est rarement possible, sur une zone géographique donnée, de connaître la prévalence de l'imprégnation par le plomb à partir de données de dépistage.
Il est toutefois intéressant de noter la diminution du rendement des actions de dépistage du saturnisme, qui témoigne probablement d'une imprégnation moindre de la population, consécutive aux mesures de prévention environnementales.

Tableau 1 • Évolution dans le temps de l'activité de dépistage, du rendement du dépistage et du nombre de cas incidents de saturnisme en France

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre total de plombémies (primodépistage et suivi)	6432	5692	6719	6479	5208	5258	5776	8069	10406
Nombre de plombémies de primodépistage	3422	2620	3714	3660	2808	2887	3494	5148	7092
Nombre ≥ 100 µg/L au primodépistage	837	699	586	487	421	372	339	439	483
% ≥ 100 µg/L au primodépistage	24,5%	26,7%	15,8%	13,3%	15,0%	12,9%	9,7%	8,5%	6,8%
Nombre de cas incidents de saturnisme	923	821	661	570	513	466	413	560	564

Graphique 1 • Évolution dans le temps de l'activité de dépistage, du rendement du dépistage et du nombre de cas incidents de saturnisme en France



NB : les plombémies totales comportent les plombémies de primodépistage (première plombémie réalisée chez un enfant) et les plombémies d'enfants déjà testés les années antérieures. Les cas incidents sont les enfants dont la plombémie est devenue supérieure ou égale à 100 µg/L pour la première fois au cours de l'année ; il peut s'agir d'enfants primodépistés ou d'enfants dont la plombémie était inférieure à 100 µg/L lors de tests réalisés les années antérieures.

Tableau 2 • Part des régions dans l'activité de dépistage du saturnisme en 2003 (%)

Île-de-France	70,0
Nord-Pas-de-Calais	8,3
Franche-Comté	6,2
Aquitaine	4,6
Rhône-Alpes	3,9
PACA	1,7
Midi-Pyrénées	1,5
Autres régions	4,0
Total*	**100,0**

* Ensemble des plombémies réalisées en 2003 chez des personnes mineures.

CHAMP • France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

SOURCE • Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) mis en œuvre par les prescripteurs, les laboratoires, les centres antipoison et l'Institut de veille sanitaire - décembre 2005.

LIMITES ET BIAIS • Ces données ne sont pas exhaustives ; l'exhaustivité du système de surveillance a été estimée par une enquête auprès des laboratoires à 69% en 2000, 70% en 2001 et 82% en 2002.

RÉFÉRENCE •
- http://www.invs.sante.fr/surveillance/saturnisme.htm

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

Exposition au radon dans les bâtiments publics

Les études épidémiologiques apportent des résultats fortement en faveur de l'existence d'une relation causale entre l'exposition domestique au radon à des niveaux moyens de quelques centaines de Bq/m³ (> 150 Bq/m³) et l'augmentation du risque de cancer du poumon. Dans ce contexte, la loi de santé publique se fixe comme objectif d'ici à 2008 de diminuer l'exposition au radon dans les établissements d'enseignement et les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m³.
La valeur guide proposée par l'Union européenne (90/143/Euratom). La circulaire n° 99-46 du 27 janvier 1999 définissait, en France, les départements considérés comme prioritaires pour la réalisation de dépistages exhaustifs du radon dans les établissements accueillant du public, avec en premier lieu les établissements d'enseignement.
De nombreux départements ont lancé les mesures demandées. Les résultats stockés seront synthétisés automatiquement et restitués sous forme de rapport dans la base de données SISE Habitat gérée par la Direction générale de la santé.
Cette base de données devrait être fonctionnelle en juin 2007.
Les trois indicateurs ci-dessous y sont clairement définis.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage d'établissements scolaires et autres (sanitaires et sociaux) ayant des taux de radon supérieurs à 400 Bq/m³ parmi ceux des 31 départements considérés comme prioritaires

Un bilan effectué en novembre 2000 montre que sur les 31 départements déclarés comme prioritaires (carte), 17 avaient initié des campagnes ; il en est de même pour 4 départements parmi ceux jugés non prioritaires.

Au total sur les 4 509 établissements contrôlés, 514 ont des mesures supérieures à 400 Bq/m³ soit 11,4 % ; 162 dépassent 1 000 Bq/m³ soit 3,6 % (tableau). Ces résultats ne sont cependant pas représentatifs de la distribution des niveaux annuels de radon rencontrés dans l'ensemble de ces établissements. En effet, d'une part, les méthodes de mesures n'étaient pas standardisées et, d'autre part, des corrections auraient été nécessaires pour prendre en compte la saisonalité des concentrations de radon et le défaut d'exaustivité des données.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de couverture du programme de détection : pourcentage d'établissements où les mesures de radon ont été faites dans un programme de détection parmi les établissements du département

En 2000, seule la Haute-Vienne avait fait un bilan exhaustif des niveaux de radon dans les établissements scolaires.

Actuellement d'autres départements ont lancé des campagnes de mesure. Elles semblent exhaustives pour les établissements publics d'enseignement (région Bretagne), et pour tous les établissements d'enseignement (Rhône, Territoire de Belfort, Doubs, Haute-Saône…). Par ailleurs des campagnes de mesure de radon ont été lancées dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux de plusieurs départements. L'ensemble de ces résultats n'est pas encore disponible. Ils devraient être synthétisés d'ici fin 2007. Les données des mesures réalisées dans les pays de la Loire ont été saisies ce printemps 2006.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Impact du traitement sur les établissements : pourcentage d'établissements dont les taux de radon sont descendus au-dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil

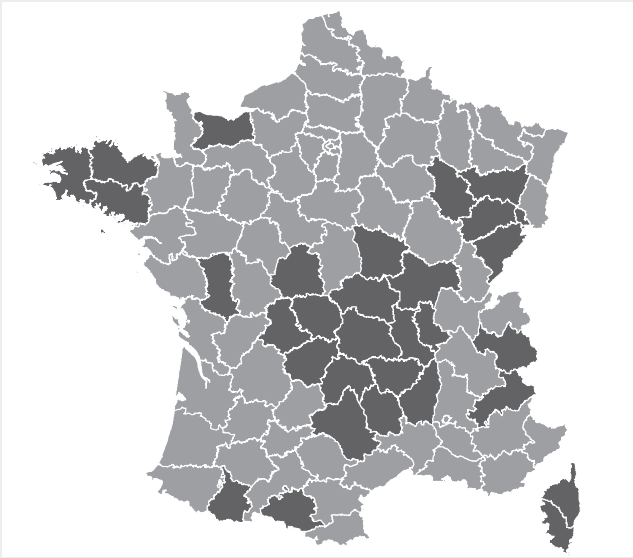
Cet indicateur n'est pas encore disponible. Il pourra être renseigné grâce à la base de données SISE Habitat qui produira un rapport de synthèse prévu en 2007. ●

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

synthèse

En 1999 et 2000 on relevait dans 11,4 % des 4 500 établissements accueillant du public des taux de radon supérieur à 400 Bq/m³. Les établissements contrôlés, situés pour la plupart dans des zones où l'exposition naturelle au radon est élevée, n'étaient pas, de ce fait, représentatifs de l'échantillon.
Des données valides, représentatives, centralisées et informatisées (base SISE Habitat) devraient permettre de renseigner les indicateurs énoncés en 2007.

Carte des 31 départements prioritaires* pour la réalisation des campagnes de dépistage du radon dans les établissements recevant du public.



*Pour ces départements une campagne de dépistage exhaustive est demandée. Pour les autres départements, il est demandé d'effectuer une étude géologique au préalable pour lancer ensuite des campagnes de dépistage ciblées géographiquement.

Source : DGS circulaire DGS n° 2001/303 du 2 juillet 2001.

Tableau 1 • **Résultats de mesure du radon dans des établissements accueillants du public lors des campagnes de mesure réalisées en 1999 et 2000 (bilan de campagne de novembre 2000)**

Départements prioritaires					
Départements	**Nombre d'établissements contrôlés**	**Nombre d'établissements dont les taux de radon mesurés ont été :**			**Observations**
		< 400 Bq/m³	**entre 400 et 1 000 Bq/m³**	**> 1 000 Bq/m³**	
Hautes-Alpes (05)	64	56	6	2	
		87,5 %	9,4 %	3,1 %	
Aveyron (12)	52	47	5	0	
		90,4 %	9,6 %	0,0 %	
Corrèze (19)	225	209	13	3	
		92,9 %	5,8 %	1,3 %	
Corse (2A et 2B)	321	251	59	11	Primaires, collèges et lycées et exhaustif
		78,2 %	18,4 %	3,4 %	
Côtes d'Armor (22)	589	518	57	14	
		87,9 %	9,7 %	2,4 %	
Creuse (23)	173	113	44	16	
		65,3 %	25,4 %	9,2 %	
Doubs (25)	358	329	24	5	
		91,9 %	6,7 %	1,4 %	
Finistère (29)	818	610	152	56	
		74,6 %	18,6 %	6,8 %	
Haute-Loire (43)	92	87	5	0	Autres établissements que scolaires
		94,6 %	5,4 %	0,0 %	
Morbihan (56)	400	364	25	11	
		91,0 %	6,3 %	2,8 %	
Rhône (69)	15	15	0	0	
		100 %	0,0 %	0,0 %	
Savoie (73)	74	73	1	0	
		98,6 %	1,4 %	0,0 %	
Deux-Sèvres (79)	419	354	42	23	
		84,5 %	10,0 %	5,5 %	
Haute-Vienne (87)	322	273	39	10	
		84,8 %	12,1 %	3,1 %	
Vosges (88)	95	81	12	2	
		85,3 %	12,6 %	2,1 %	
Territoire de Belfort (90)	148	134	10	4	Écoles maternelles, primaires, haltes-garderies, crèches et hors ville de Belfort
		90,5 %	6,8 %	2,7 %	
Total	4 165	3 514	494	157	
Pourcentage	100 %	84,4 %	11,9 %	3,8 %	

Départements non prioritaires					
Départements	**Nombre d'établissements contrôlés**	**Nombre d'établissements dont les taux de radon mesurés ont été :**			**Observations**
		< 400 Bq/m³	**entre 400 et 1 000 Bq/m³**	**> 1 000 Bq/m³**	
Meurthe-et-Moselle (54)	60	57	3	0	
		95,0 %	5,0 %	0,0 %	
Orne (61)	21	20	1	0	Seulement 4,6 % des résultats sur 261 communes sollicitées
		95,2 %	4,8 %	0,0 %	
Tarn (81)	38	33	3	2	
		86,8 %	7,9 %	5,3 %	
Vienne (86)	225	209	13	3	
		92,9 %	5,8 %	1,3 %	
Total	344	319	20	5	
Pourcentage	100 %	92,7 %	5,8 %	1,5 %	

CHAMP • Départements français, établissements recevant du public : enseignement et médico-sociaux

SOURCE • Données campagnes radon (DGSNR puis DGS SISE Habitat). Enregistrements permanents prévus à terme, mesures liées aux campagnes de dépistage. Renseignements sur établissements d'enseignement et les établissements sociaux et médico-sociaux apportés par INSEE.

LIMITES ET BIAIS • Mesures issues de campagnes non exhaustives pour la plupart des départements. Ceci devrait s'améliorer pour les prochains résultats.

RÉFÉRENCE •
- Source DGS2000 : « Campagne 1999-2000 de mesure du radon dans les établissements recevant du public : bilan intermédiaire novembre 2000 », ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DGSNR (2000) DGS-InVS (SISE Habitat).

Exposition de la population aux polluants atmosphériques (1)

L'objectif proposé par la loi de santé publique (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) a été repris et précisé dans le Plan national santé-environnement :
1°) réduire de 30 % les concentrations urbaines moyennes en particules PM10, PM2,5 (particules de moins de 10 et de 2,5 mm de diamètre) et ultrafines et de dioxyde d'azote, par rapport aux niveaux mesurés en 2002 ;
2°) réduire de 20 % les concentrations urbaines moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone, dioxyde de soufre).
Les concentrations en PM10 sont mesurées par toutes les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air. Les particules PM2.5 ne sont actuellement mesurées que par certaines d'entre elles. Les concentrations en particules PM2.5 dans l'air sont en voie d'être réglementées au plan européen. Les indicateurs décrivent la moyenne annuelle (et le nombre de dépassements réglementaires) des concentrations en particules PM10, dioxyde d'azote (NO2), ozone (O3) et dioxyde de soufre (SO2) et l'impact sanitaire attribuable à la pollution atmosphérique urbaine.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Concentrations moyennes annuelles en particules PM10, Nox, SO2, O3 dans l'air ambiant

Les données étaient exprimées en µg/m³ pour les années 1998 à 2004. Il s'agissait des moyennes de concentrations annuelles calculées sur 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Pour SO2, NO2 et PM10, les concentrations avaient diminué régulièrement pendant cette période, avec toutefois une légère augmentation en 2003. Le niveau d'O3 en 2004 était supérieur à celui de 1998 avec une décroissance des concentrations entre 1998 et 2000 puis une augmentation entre 2000 et 2003 suivie d'une nouvelle décroissance en 2004. Les niveaux de SO2, polluant lié à l'industrie et au chauffage urbain, sont actuellement, à de rares exceptions près, extrêmement faibles. On observe également une augmentation des niveaux de fond d'ozone, car dans nos régions la réduction des émissions de précurseurs n'a sans doute pas encore atteint des valeurs suffisantes, compte tenu de la non-linéarité des processus photochimiques impliqués, pour se répercuter par des baisses importantes d'ozone en sites de fond. Les niveaux d'ozone les plus élevés s'observent en été dans les zones périurbaines et rurales et les seuils réglementaires sont souvent dépassés tous les ans, tant en France qu'en Europe (notamment les régions ensoleillées), et ce polluant a atteint des valeurs particulièrement élevées lors de la canicule de l'été 2003.

Les concentrations en PM10 dans les villes françaises sont parmi les plus basses quand on les compare aux autres grandes villes européennes, leurs moyennes annuelles étant assez contrastées d'une ville à l'autre (tableau 1).

Les agglomérations enregistrent des moyennes annuelles en baisse depuis 1999 et les niveaux les plus élevés en PM10 s'observent en hiver et souvent près des grands axes de circulation. Certains sites en milieu urbain et en sites de proximité « trafic » risquent également de ne pouvoir atteindre les objectifs en matière de niveaux PM10 fixés pour 2010 par la directive 1999/30/EC (des tendances semblables s'observent dans d'autres pays européens).

Fréquence de dépassement des seuils légaux (1 mesure par polluant)

En 2005, le nombre de déclenchements de procédures[1] liés aux dépassements de seuil d'information, était disponible en France : 337 dépassements pour l'ozone étaient dénombrés du 1er janvier au 14 décembre (tableau 2). La fréquence de dépassement des seuils de la France par rapport aux autres pays européens n'était pas renseignée.

1. Les seuil d'information et d'alerte correspondent à deux niveaux de recommandation, le premier s'adressant aux populations ou aux sujets sensibles, le second à l'ensemble de la population.

Tableau 1 • Moyennes annuelles des 4 polluants calculées sur 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants et pour les années 1998 à 2004 (en µg/m³)

	SO2	NO2	PM10	O3
Moyenne des moyennes annuelles	6	28	21	47
Minimum des moyennes annuelles*	1	11	13	30
Maximum des moyennes annuelles*	17	47	30	60

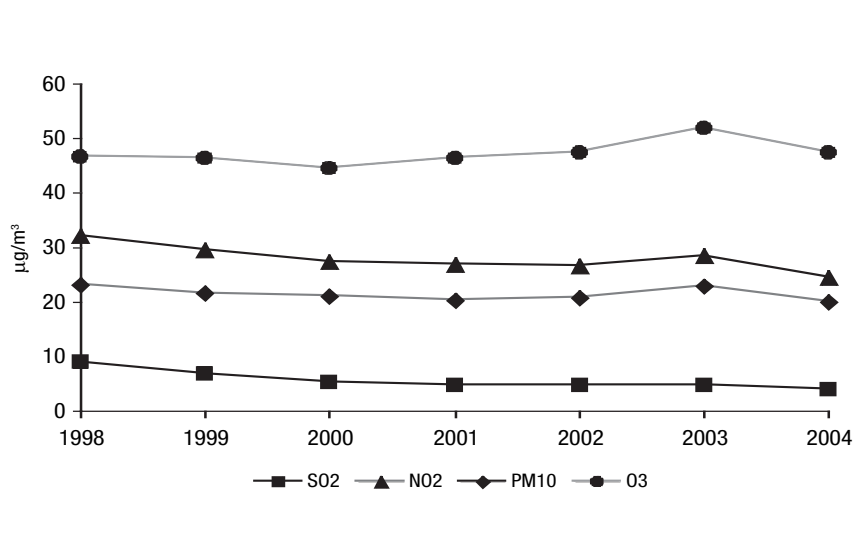
* Valeur minimale ou maximale parmi l'ensemble des moyennes annuelles enregistrées dans les 60 agglomérations considérées entre 1998 et 2004.
Source : ADEME - BDQA/Fédération ATMO.

Tableau 2 • Nombre de déclenchements de procédures en 2005 en France

Polluant	Nombre de déclenchements du seuil de procédure d'information (1er janvier au 14 décembre 2005)	Nombre de déclenchements du seuil de procédure d'alerte (1er janvier au 14 décembre 2005)
Dioxyde d'azote	6	0
Ozone	337	3
Dioxyde de soufre	55	6

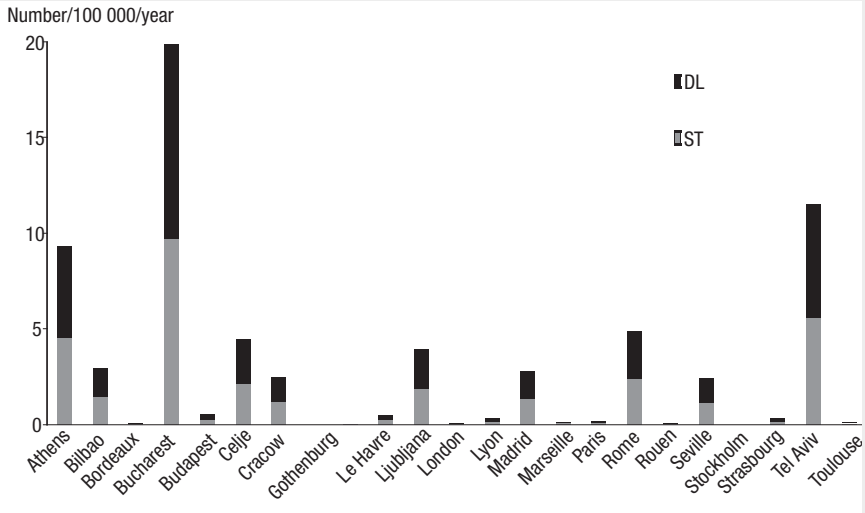
Source : Déclaration des AASQA au MEDD *via* un système de saisie mis en place par l'ADEME au cours de l'année 2004.

Graphique 1 • **Évolution des niveaux de polluants en France de 1998 à 2004 pour 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants**



Source : ADEME - BDQA/Fédération ATMO.

Graphique 2 • **Estimation d'impact sanitaire court terme (ST, soit 1 à 2 jours) et court terme cumulatif (DL, soit 40 jours) sur la mortalité toutes causes dans des grandes villes européennes. Diminution de la concentration de PM10 à 50 µg/m³. Nombre de décès anticipés pour 100 000 habitants**



Lecture : À Rome, au cours d'une année, une diminution de la concentration de PM10 à 50 µg/m³ aurait permis une baisse de la mortalité de 2,5 décès pour 100 000 habitants liés à l'effet à court terme (1 à 2 jours) et de 5 décès pour 100 000 habitants liés à l'effet à moyen terme (40 jours).
Source : Apheis Third-year report.

Tableau 3 • **Taux (IC 95 %) pour 100 000 habitants et par an de décès anticipés (toutes causes) potentiellement évitables par une réduction à 10 µg/m³, de 50 %, 10 % de la pollution atmosphérique dans les neuf zones d'étude (effet court terme). Étude Psas-9 (1990-1997)**

	Réduction à 10 µg/m³	Réduction de 50 %,	Réduction de 10 %
Bordeaux	3,8 (2,9 - 4,8)	1,2 (0,2 - 2,2)	0,9 (0,7 -1,1)
Le Havre	24,1 (11,1 - 36,6)	5,6 (2,3 - 8,9)	3,2 (1,5 - 4,9)
Lille	9,3 (4,1 - 13,2)	5,2 (2,1 -8,2)	2,7 (0,4 – 3,5)
Lyon	28,2 (20,2 - 36,0)	7,6 (3,1 - 12,1)	3,6 (2,5 - 4,6)
Marseille	24,4 (13,1 - 35,4)	7,7 (2,5 - 13,1)	2,9 (2,1 - 3,8)
Paris	30,6 (22,0 - 38,9)	6,8 (2,8 - 10,9)	3,8 (2,7 - 4,9)
Rouen	17,7 (9,3 - 25,4)	4,6 (1,9 - 7,4)	2,5 (1,8 - 3,2)
Strasbourg	24,8 (17,8 - 31,6)	7,0 (2,9 - 11,2)	3,2 (2,2 - 4,1)
Toulouse	14,3 (7,6 -20,7)	4,5 (1,5 - 7,7)	1,8 (1,2 - 2,3)

Exposition de la population aux polluants atmosphériques (2)

Nombre de personnes exposées à des dépassements de seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO2 et ozone)

Cet indicateur est encore du domaine de la recherche. L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) a lancé une étude sur ce sujet en collaboration avec l'Institut français de l'environnement (IFEN). Les résultats devraient être disponibles à brève échéance. Airparif a mené une étude en région parisienne dans le cadre du programme européen LIFE-resolution sur le nombre de Franciliens concernés par des dépassements des objectifs pour le NO2 et le benzène. Leurs résultats peuvent être consultés sur le site : http://www.airparif.asso.fr/airparif/pdf/3LIFE1.pdf.

Évaluation de l'impact sanitaire à court terme dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés

Dans le cadre du programme Air & santé de l'InVS (Psas-9) l'impact sanitaire a été évalué dans 9 villes françaises de 1990 à 1997 pour la mortalité et de 1995 à 1999 pour les hospitalisations. Si les indicateurs de pollution étaient ramenés à 10 µg/m³ sur l'ensemble des neuf villes, le nombre annuel de décès évitables, liés à l'effet à court terme de la pollution atmosphérique (exposition d'1 ou 2 jours), serait estimé à 2 786 pour la mortalité totale, 1 097 pour la mortalité cardio-vasculaire et 316 pour la mortalité respiratoire. Si les niveaux moyens de l'ensemble des polluants étaient réduits de 50 % dans chacune des villes, le nombre annuel de décès anticipés pourrait être estimé à 1 834 pour la mortalité totale, 705 pour la mortalité cardio-vasculaire et 209 pour la mortalité respiratoire. Si le niveau moyen de l'ensemble des polluants était réduit de 10 % dans les neuf villes, ces chiffres seraient de 367 pour la mortalité totale, 141 pour la mortalité cardio-vasculaire et 42 pour la mortalité respiratoire. Quant aux indicateurs de pollution, s'ils étaient ramenés à 10 µg/m³, 748 admissions hospitalières auraient pu être évitées, chez les moins de 15 ans, dans huit des neuf villes du Psas-9. Enfin, si dans chaque ville, les niveaux moyens de pollution étaient réduits de 50 %, 531 admissions hospitalières chez les moins de 15 ans auraient été évitées (106 admissions pour un scénario de réduction des niveaux moyen de pollution de 10 %). Les résultats sont toutefois contrastés selon la ville pour la mortalité (tableaux 3 et 4). La désagrégation par âge n'est pas encore connue pour la mortalité en France. Toutefois la France est relativement bien placée en Europe pour les évaluations d'impact sanitaire (EIS) (graphique 2). ●

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

synthèse

Au cours de la période 1998-2004, les niveaux de SO2, NO2 et des particules PM10 avaient diminué. L'évolution des concentrations d'O3 était moins régulière. En 2005, le seuil d'information pour l'ozone a été dépassé 337 fois.
S'agissant de l'évaluation de l'impact sanitaire, si le niveau moyen de pollution avait été réduit de 10 % dans les neuf villes du programme Air & santé de l'InVS, les nombres d'événements évitables auraient été annuellement de 367 pour la mortalité totale, 141 pour la mortalité cardio-vasculaire et 42 pour la mortalité respiratoire. Cette étude concernait environ 11,3 millions d'habitants, mais il ne s'agissait pas d'un échantillon représentatif de la population nationale.

Tableau 4 • **Nombre annuel de décès toutes causes attribuables à la pollution atmosphérique (court terme) pour plusieurs agglomérations**

Ville	Période d'étude (année des données de pollution)	Décès toutes causes
Aix-en-Provence	1998	11
Caen	1997-1998	11
La Rochelle	2000-2001	15
Le Mans	1998-1999	13
Limoges	1998-1999	14
Martigues	1995-1998	7
Nancy	1997-1999	11
Nantes	1996-1998	14
Orléans	1998-1999	11
Pau	1999-2000	12
Tours	2000-2001	13
Reims	1995-1996	9
Rennes	1997-1998	12
Albi	1999-2000	16
Angoulême	2001-2002	13
Caen	1998-2002	10
Montpellier	1999-2002	12
Niort	2001-2002	12
Poitiers	2001-2002	10
Tarbes	1999-2000	12
Toulon	1999	31
Valenciennes	1999-2001	29

CHAMP • Agglomérations de plus de 100 000 habitants, population tous âges.

SOURCES • Niveaux des polluants et nombre de dépassements : ADEME ; Évaluations d'impact sanitaire : InVS pour la France et Programme Apheis pour les villes européennes.

LIMITES ET BIAIS • Causes de décès renseignées de façon imprécise par les praticiens, données d'hospitalisation extraites de la base PMSI des hôpitaux qui renseigne la pathologie ayant mobilisé le plus de ressources et non le diagnostic d'admission.

RÉFÉRENCES •
- ADEME : http://www.ademe.fr
- Psas-9 :
http://www.invs.sante.fr/surveillance/psas9/default.htm
- Apheis : http://www.apheis.net

Qualité de l'eau

La directive européenne n° 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé des limites de qualité pour une trentaine de paramètres. Pour les paramètres microbiologiques et pesticides les limites de qualité étaient les suivantes :
– les germes indicateurs de contamination fécale Escherichia coli et entérocoques doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau prélevée ;
– les substances individualisées de pesticides ne doivent pas être présentes à une concentration supérieure à 0,1 µg/L.
L'objectif de la loi de santé publique est de diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.
Ce sont ces valeurs qui figurent dans le code de la santé publique. Le suivi des indicateurs microbiologiques est justifié par le fait qu'une bonne qualité microbiologique des eaux d'alimentation est essentielle afin de limiter l'apparition de pathologies telles que les gastro-entérites (risque à court terme). La présence de pesticides dans l'eau potable donne, quant à elle, des indicateurs pertinents de la dégradation des ressources en eau. De plus, ces substances, même à faible dose d'exposition, sont susceptibles d'engendrer des effets sur la santé principalement dans le champ des cancers, des troubles neurologiques et de la reproduction.
La défaillance ou l'absence de système de désinfection des eaux sont généralement à l'origine des situations de non-conformité microbiologique recensées. L'instauration de périmètres de protection autour de l'ensemble des points de captage d'eau souterraine et superficielle, qui constitue un des objectifs du plan national santé-environnement à l'échéance de 2010, contribuera à améliorer la qualité microbiologique des eaux distribuées à la population.
Les ministres en charge de la santé, de l'agriculture, de l'écologie et de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes ont décidé, en juin 2006, de mettre en œuvre un nouveau plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides. Celui-ci vise à réduire leur utilisation et les risques qu'ils engendrent sur le plan sanitaire pour les utilisateurs de produits et les consommateurs de denrées, ainsi que leurs effets potentiels sur les différents compartiments de l'environnement (eau, air, sol) et la biodiversité.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques estimée par le rapport de la population ayant été alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire

Au cours de l'année 2005, 4,4 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques. La diminution de la population concernée, observée depuis 2000, se poursuit.

Les zones géographiques où la qualité de l'eau ne respectait pas le plus souvent les limites de qualité microbiologiques correspondaient à celles où les réseaux d'adduction étaient les plus nombreux et morcelés, notamment les zones de montagne et zones rurales. Ainsi, 99,8 % des prélèvements étaient conformes pour les unités de distribution (UDI) de plus de 50 000 habitants contre 87,1 % pour les UDI de moins de 500 habitants.

Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides estimée à partir des informations fournies par les DDASS

Au cours de l'année 2005, 6,2 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres pesticides.

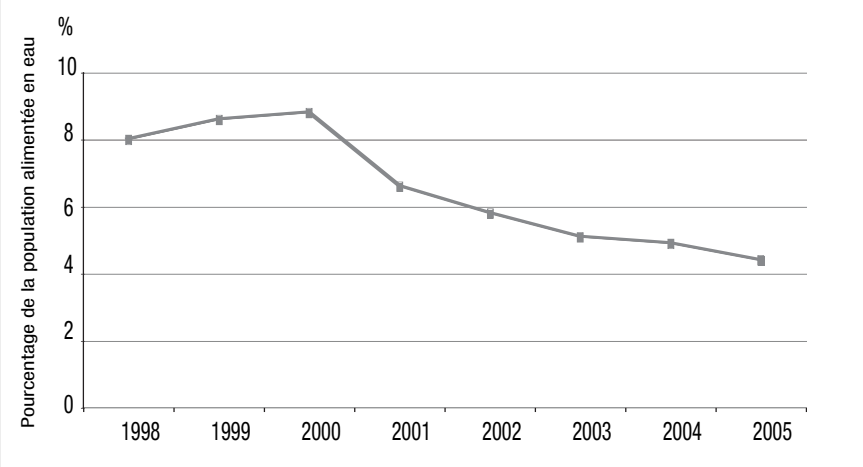
Les concentrations élevées et durables en pesticides dans les eaux ont nécessité de restreindre les usages alimentaires de l'eau de la distribution publique pour 113 000 personnes (0,19 % de la population française) au cours de l'année 2005. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DGS SD7.

synthèse

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 3,9 % entre 2000 (8,8 %) et 2005 (4,4 %).
Cette tendance semble durable et traduit les efforts faits par les responsables de la distribution d'eau et les services de l'État pour améliorer la qualité de l'eau de la distribution publique.
La proportion de la population qui a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les pesticides au cours de l'année 2005 était de 6,2 %, soit une diminution de 27 % depuis 2003.

Graphique 1 • Proportion de la population desservie par une eau non conforme pour les paramètres microbiologiques



Source : Ministère chargé de la santé – DDASS - SISE-Eaux.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Données du contrôle sanitaire des eaux contenues dans la base de données SISE-Eaux (Système d'Information en Santé-Environnement sur les Eaux) et informations recueillies auprès des DDASS.

LIMITES ET BIAIS • Indicateur relatif aux paramètres microbiologiques : compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, la conformité des eaux pour ces paramètres se fonde sur le respect des limites de qualité microbiologiques (Escherichia coli et entérocoques) pour 95 % des prélèvements réalisés annuellement. Indicateur relatif aux pesticides : des informations ne sont pas disponibles pour 1,7 % de la population.

RÉFÉRENCES •

- Les pesticides dans l'eau potable en France 2001-2003. Publication du ministère de la Santé et des Solidarités. Septembre 2005.
- L'eau potable en France 2002-2004. Publication du ministère de la Santé et des Solidarités. Septembre 2005.

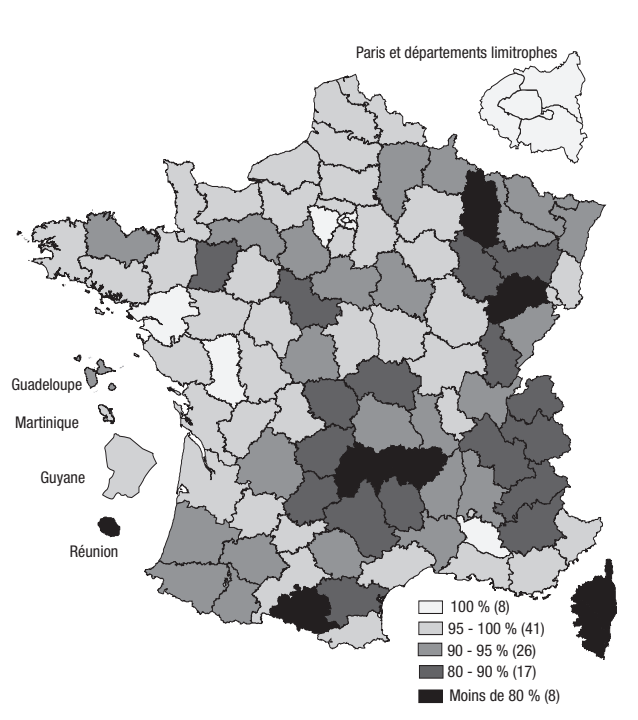
Ces rapports sont disponibles sur le site Internet du ministère chargé de la santé (www.sante.gouv.fr), dossier : eaux d'alimentation.

Tableau 1 • Proportion de la population desservie par une eau non conforme pour les paramètres pesticides

Année	Proportion de la population desservie par une eau non conforme pour les paramètres pesticides
2003	9,0 %
2004	6,8 %
2005	6,2 %

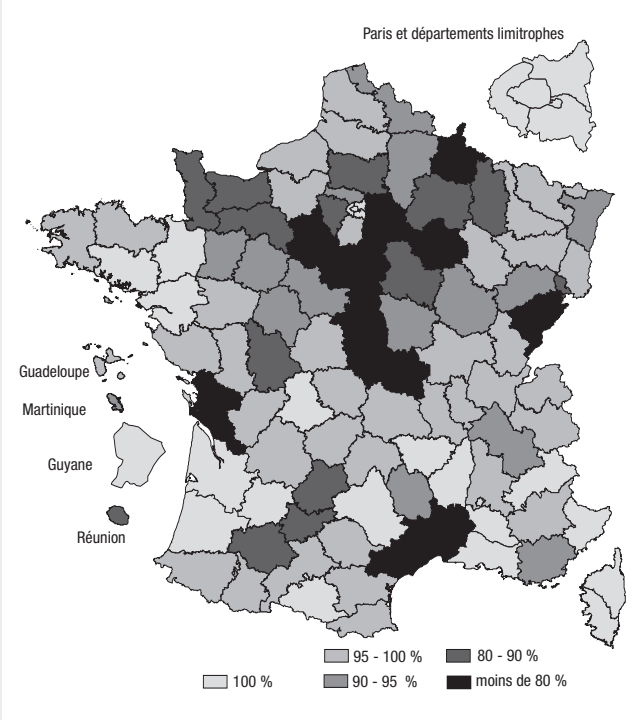
Source : Ministère chargé de la santé - DDASS - SISE-Eaux.

Carte 1 • Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres microbiologiques en 2005 par département



Source : Ministère chargé de la santé – DDASS - SISE-Eaux.

Carte 2 • Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres pesticides en 2005 par département



Source : Ministère chargé de la santé – DDASS - SISE-Eaux.

Intoxication au monoxyde de carbone

L'un des objectifs du plan national santé environnement 2004-2008 vise essentiellement la réduction du risque accidentel lié à l'utilisation d'appareils, d'installations ou de moteurs thermiques produisant du CO. Cet objectif, qui figure également dans la loi relative à la santé publique, préconise de réduire de 30% d'ici à 2008 le risque de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (150 à 300 décès actuellement). La mortalité par intoxication au CO exclut à cet égard les décès liés à une intoxication volontaire (suicide) ou aux fumées d'incendie. Parmi les causes de décès, sont comptabilisées les intoxications au CO accidentelles survenues dans l'habitat, dans des locaux à usage collectif, en milieu professionnel, ou encore celles, plus rares, liées à l'usage de véhicules à moteur en mouvement[1]. On différencie la mortalité par intoxication au CO « certaine » correspondant aux décès pour lesquels le CO est clairement identifié, de la mortalité « possible » qui adjoint des décès pour lesquels on ne peut affirmer que le gaz en cause est bien le CO. Les fourchettes de chiffres (décès certains - décès possible) sont présentées, la mortalité n'étant qu'un indicateur partiel du problème de santé publique posé par l'intoxication au CO qui provoque aussi plusieurs milliers d'hospitalisation chaque année, dont certaines suivies de séquelles irréversibles.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)

Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendie et suicide) a régulièrement diminué en France métropolitaine depuis la fin des années 1970 : le nombre annuel moyen de décès était passé de 260/280 sur la période 1979-1984 (décès certains/décès probables), à 174/183 sur la période 1990-1994 puis à 91/112 dans les années 2000 à 2002 (tableau). En 2002, on dénombrait 77 décès par intoxication au CO de cause certaine (hors incendie et suicide). Le nombre de décès possibles était de 102 si l'on considérait les intoxications pour lesquelles il n'était pas spécifié que la cause de décès était bien le CO.

Ces taux annuels bruts et standardisés de mortalité ont connu une décroissance linéaire au cours du temps. En 2002, le taux brut de mortalité par intoxication au CO certaine était de 0,13/100 000 et le taux standardisé de 0,11/100 000, ce qui représentait une diminution de plus de 75% par rapport à 1979. Sur la période 1990-2002, la décroissance annuelle moyenne du taux brut de mortalité atteignait 5,4%, après standardisation sur l'âge, la décroissance était plus marquée avec 6,6% en moyenne (graphique).

Depuis 1990, les décès hors suicides et incendies représentaient chaque année 38 à 47% de l'ensemble des décès qui mettaient en cause de façon certaine le CO.

Les taux de mortalité annuels par intoxication au CO (hors incendie et suicide) sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et cela quelles que soient la classe d'âge et la période considérées. Cependant les taux de mortalité par intoxication au CO augmentent avec la classe d'âge. En revanche la diminution de la mortalité décrite sur l'ensemble de la population française depuis les années 1980 s'observe dans les deux sexes et les différentes catégories d'âge.

Pour la période 2000 à 2002, le taux de mortalité annuel moyen était plus élevé (risque relatif : 1,79 ; intervalle de confiance [1,40-2,28]) chez les hommes que chez les femmes (respectivement 0,19 et 0,11 décès/100 000). Il atteignait respectivement 0,45 et 0,31 décès/100 000 chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus (tableau).

Sur la période 2000 à 2002, la Corse était la seule région de France métropolitaine à ne pas avoir enregistré de décès par intoxication au CO parmi ses habitants. Dans les autres régions, le nombre moyen annuel de décès par intoxication au CO de cause certaine allait de 1 dans le Limousin à 13 en Île-de-France. Les régions ayant les plus forts taux de décès par intoxication au CO de cause certaine durant cette période étaient le Nord - Pas-de-Calais et la Bourgogne (0,29/100 000 habitants) tandis que les taux bruts les plus bas étaient enregistrés pour les habitants de Corse (0 décès), Bretagne et Basse-Normandie (0,09/100 000 habitants). Il n'était pas identifié de gradient géographique particulier.

La situation de la France par rapport aux autres pays européens n'avait pu être évaluée en l'absence de données internationales comparables. ●

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

1. L'estimation indiquée dans le libellé de l'objectif (150 à 300 décès annuels) se référait à des publications prenant en compte une définition large des cas (toutes intoxications y compris suicides et incendies).

synthèse

Les décès par intoxication au CO accidentelle, hors incendie et suicide, représentent chaque année 38 à 47% de l'ensemble des décès identifiés comme liés au CO.
Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) est passé de près de 300 cas à la fin des années 1970 à une centaine de cas entre 2000 et 2002, correspondant à une diminution des taux de mortalité annuels bruts et standardisés sur l'âge de plus de 75% en 20 ans. Le taux de mortalité standardisé sur l'âge a ainsi diminué de 6,6% en moyenne annuelle sur la période 1990 à 2002. En 2002, dernière année disponible, les taux de mortalité bruts et standardisés étaient respectivement de 0,13 et 0,11 décès/100 000 habitants en France métropolitaine. La mortalité par intoxication au CO était 1,8 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmentait également avec la classe d'âge.

Graphique 1 • **Taux annuels de mortalité par intoxication au CO (hors incendies et suicides), standardisés sur l'âge entre 1979 et 2002**

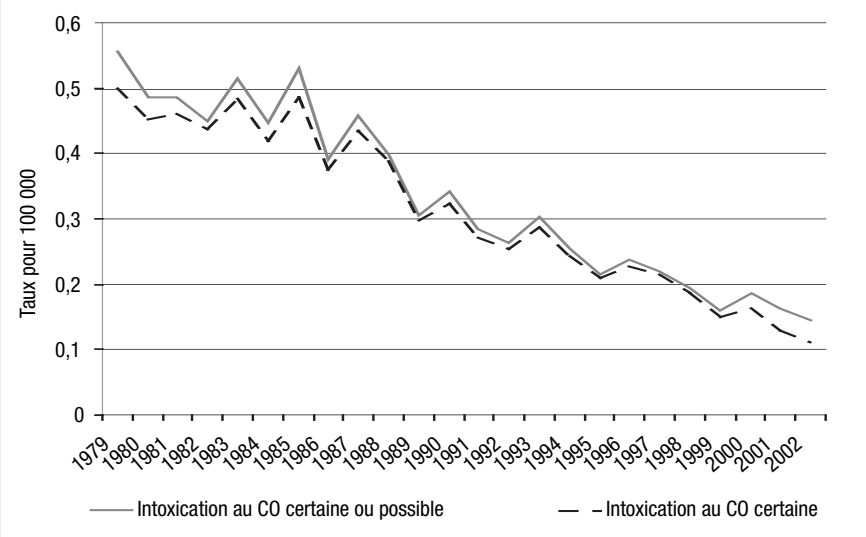


Tableau 1 • **Nombre annuel moyen de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) et taux annuel moyen selon le sexe et la classe d'âge. Années 1979-1984, 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999 et 2000-2002.**

	1979-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2002	
	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000	n*	Taux* /100 000
Femmes										
< 25 ans	28 (+1)	0,28 (+0,01)	21 (+1)	0,20 (+0,02)	10 (+0)	0,10 (+0,00)	8 (+0)	0,08 (+0,00)	6 (+0)	0,06 (+0,00)
25-44 ans	14 (+1)	0,19 (+0,01)	15 (+0)	0,18 (+0,00)	12 (+0)	0,14 (+0,00)	7 (+0)	0,08 (+0,00)	4 (+2)	0,05 (+0,02)
45-64 ans	13 (+1)	0,22 (+0,01)	13 (+0)	0,20 (+0,01)	16 (+1)	0,24 (+0,01)	9 (+0)	0,13 (+0,00)	6 (+1)	0,09 (+0,01)
≥ 65 ans	48 (+3)	1,07 (+0,06)	33 (+2)	0,65 (+0,03)	32 (+2)	0,70 (+0,03)	26 (+1)	0,49 (+0,01)	18 (+5)	0,31 (+0,08)
Total	*103 (+6)*	*0,37 (+0,02)*	*81 (+3)*	*0,27 (+0,02)*	*69 (+3)*	*0,23 (+0,01)*	*50 (+1)*	*0,17 (+0,00)*	*34 (+7)*	*0,11 (+0,03)*
Hommes										
< 2 5 ans	35 (+3)	0,34 (+0,02)	31 (+2)	0,30 (+0,02)	17 (+1)	0,17 (+0,01)	11 (+1)	0,12 (+0,00)	8 (+1)	0,08 (+0,01)
25-44 ans	50 (+3)	0,66 (+0,04)	50 (+2)	0,61 (+0,03)	33 (+1)	0,38 (+0,01)	23 (+1)	0,27 (+0,01)	15 (+4)	0,17 (+0,05)
45-64 ans	36 (+4)	0,64 (+0,06)	38 (+2)	0,62 (+0,04)	29 (+2)	0,47 (+0,02)	23 (+0)	0,35 (+0,01)	17 (+5)	0,25 (+0,07)
≥ 65 ans	*38 (+3)*	*1,33 (+0,10)*	*40 (+1)*	*1,13 (+0,04)*	*26 (+2)*	*0,90 (+0,07)*	*23 (+1)*	*0,64 (+0,03)*	*18 (+4)*	*0,45 (+0,11)*
Total	159 (+13)	0,60 (+0,05)	159 (+7)	0,56 (+0,03)	105 (+6)	0,38 (+0,02)	80 (+4)	0,28 (+0,02)	57 (+14)	0,20 (+0,05)

* Décès « certains » par intoxication au CO (+ nombre de décès supplémentaires possibles correspondant aux codes « mélangeant » gaz CO et autres gaz et, à partir de 2000, pour lesquels le gaz CO n'est pas mentionné dans le certificat de décès).

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCE • Causes médicales des décès (INSERM-CépiDc).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Tous décès dus au CO hors incendies et suicides : CO certain (= gaz CO identifié) : - CIM 9 (années < 2000) : code 986 en cause immédiate associé à un code d'intoxication accidentelle ou indéterminée quant à l'intention en cause principale ou E868.3/.8/.9 ou E982.1 en cause principale - CIM 10 (années 2000-2002) : T58 en diagnostic associé + intoxication accidentelle ou indéterminée quant à l'intention en cause initiale ou associée, ou V93, X47, Y17 et identification en clair du gaz CO dans le certificat de décès. CO possible (= gaz CO parmi d'autres gaz possibles) : - CIM 9 : E825, E844, E867, E868.0/.1/.2 , E981.0/.1/.8, E982.0 en cause principale (et absence de N986) – CIM 10 : V93, X 47, Y17 en cause initiale ou associée (et absence d'individualisation en clair du gaz CO). Population de référence pour la standardisation : Eurostat, population Europe, IARC 1976.

LIMITES ET BIAIS • De nombreux codes font suspecter une intoxication au CO sans pouvoir l'affirmer, car ils mélangent les décès liés au CO et ceux liés à d'autres gaz. À partir des années 2000, aucun code sélectionné en diagnostic principal n'individualisait l'intoxication au CO et le code T58 « effets toxiques du CO » n'était pas systématiquement porté en diagnostic associé lorsque l'intoxication au CO était certifiée (code T58 présent pour seulement 17 % des décès dont le certificat mentionne l'intoxication accidentelle au CO [années 2000 à 2002]). La prise en compte des causes de décès inscrites en clair dans le certificat a permis de redresser le nombre de décès « certains » par intoxication au CO de 2000 à 2003. Cette démarche a mis en évidence l'inadéquation du codage CIM 10 pour quantifier la mortalité par intoxication au CO diagnostiquée et la nécessité de recourir aux informations certifiées pour cet indicateur.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS, CépiDc.

Incidence de la légionellose

La légionellose, maladie bactérienne transmise par voie respiratoire, n'est connue que depuis 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 légionellose se caractérise par des symptômes respiratoires aigus avec une mortalité non négligeable pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, éthyliques diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques…). L'incidence observée en France métropolitaine (2,5 cas pour 100 000 habitants en 2005), en apparence élevée (incidence moyenne européenne de 1,1 pour 100 000 habitants en 2004) peut être mise au compte d'une bonne performance du système de déclaration. Le renforcement de la réglementation nationale et européen devrait aussi favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés. L'objectif de la loi de santé publique est de réduire de 50 % l'incidence des légionelloses d'ici à 2008.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de nouveaux cas de légionelloses ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

En 2005, 1 527 cas de légionellose étaient notifiés en France, soit une incidence de 2,5 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

L'incidence de la légionellose en France augmente depuis 1997 suite au renforcement de la surveillance et la mise à disposition de nouveaux outils diagnostic (graphique 1). Aussi, l'évolution des cas déclarés entre 1997 et 2005, semblait plus refléter l'amélioration des pratiques diagnostiques et de la déclaration obligatoire que l'évolution réelle de l'incidence. Il est cependant difficile de préciser dans quelle mesure l'augmentation est due à une meilleure sensibilité du système de surveillance (amélioration des pratiques de diagnostic, et du signalement systématique des cas), ou à une augmentation réelle des cas de légionelloses, ou à une combinaison des deux. Par ailleurs, l'incidence nationale prend en compte des cas sporadiques ainsi que des épidémies pour lesquelles une source unique d'exposition peut être à l'origine d'un nombre de cas relativement important.

La complexité des processus et systèmes de production, d'acheminement et de distribution de l'eau doit être considérée dans son ensemble. Ainsi, l'incidence des légionelloses ne peut pas être retenue en soi comme indicateur de qualité de l'eau.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre de décès et taux de mortalité par légionellose

Le nombre de décès par légionellose était peu élevé et s'élevait à 63 décès en 2000, 87 en 2001 et 65 en 2002. Les taux de mortalité sont restés stables sur ces trois ans.

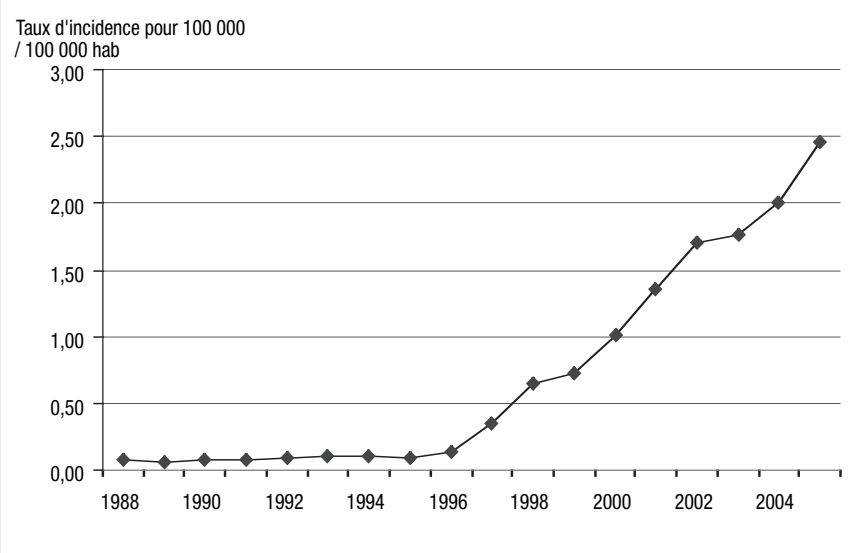
Le nombre et les taux de décès augmentent avec l'âge. Ils sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (graphique 2 et tableau 1). ●

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

synthèse

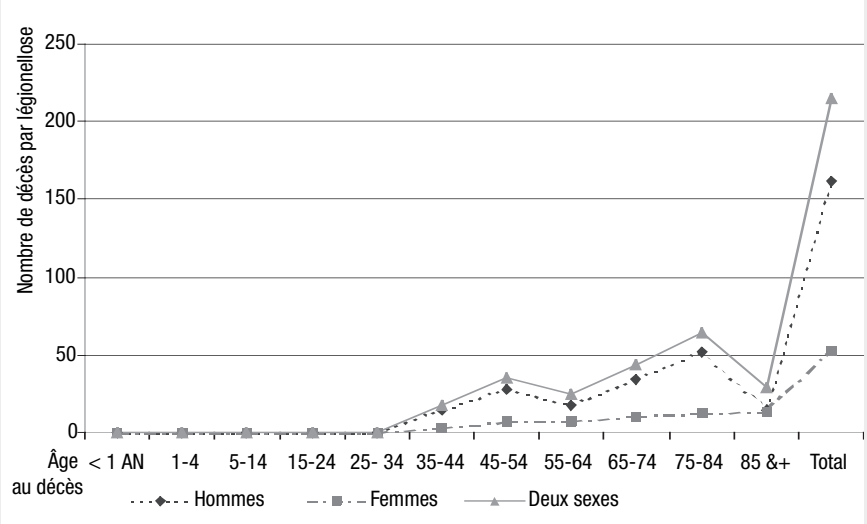
Le nombre de cas de légionellose enregistré depuis 1997 est en augmentation. Il n'est à l'heure actuelle pas possible de déterminer clairement les raisons de cette augmentation.
Elle peut en effet être due à l'amélioration de la surveillance et/ou du diagnostic, à une augmentation réelle des expositions aux légionelles, ou à une combinaison des deux.
Les taux de mortalité par légionellose sont restés stables entre 2000 et 2002.

Graphique 1 • Évolution du taux d'incidence de la légionellose en France, 1988-2005 (taux pour 100 000)



Source : InVS.

Graphique 2 • Nombre de décès par légionellose sur trois ans (2000-2002) par sexe et âge



Source : INSERM-CépiDc.

Tableau 1 • Évolution sur trois ans des taux de mortalité par légionellose

	Taux Bruts* de décès			Taux Standardisés **		
	Total	**< 65 Ans**	**> 65 Ans**	**Total**	**< 65 Ans**	**> 65 Ans**
2000	0,11	0,05	0,41	**0,08**	**0,05**	**0,56**
2001	0,15	0,06	0,57	**0,11**	**0,06**	**0,78**
2002	0,11	0,04	0,44	**0,08**	**0,04**	**0,48**

* Pour 100 000 habitants de la population moyenne de l'année en cours.
** Population type européenne - Pop Réf. : IARC 1976.
Source : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Statistiques démographiques (INSEE) ; Déclaration obligatoire (InVS).

LIMITES ET BIAIS • Fortes disparités régionales quant à l'exhaustivité de la déclaration obligatoire. L'exhaustivité de la déclaration obligatoire s'améliore : estimée à 10 % en 1995, à 33 % en 1998, et à 48 % sur les cas confirmés en 2001 (mais dernière estimation fortement biaisée du fait de dépendances fortes entre les différentes sources de données).

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

CHAMP • France métropolitaine, années 2000, 2001, 2002.

SOURCE • INSERM-CépiDc.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Code CIM 10 A48.

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

Séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène

L'objectif de réduction retenu par la loi de santé publique concerne les événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention survenant en cours d'hospitalisation. Il s'agit de réduire le pourcentage de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % d'ici à 2008. La fréquence de 10 % repose sur une estimation relativement imprécise, faute de données disponibles au moment de la rédaction du projet de loi. L'objectif fait référence au taux d'incidence annuel au cours des séjours hospitaliers. On peut aussi apprécier le risque en termes de densité d'incidence en le rapportant au nombre de journées d'hospitalisation. Il faut enfin noter que les évolutions des technologies médicales d'une part, et des caractéristiques démographiques de la population d'autre part, peuvent entraîner une augmentation globale de la fréquence des événements iatrogènes, les nouvelles technologies permettant des interventions sur des sujets de plus en plus âgés et fragiles.

INDICATEUR APPROCHÉ

Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé

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

La densité d'incidence augmente avec l'âge, de 5,0 pour 1 000 journées d'hospitalisation pour les moins de 25 ans à 8,8 pour 1 000 pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

La densité d'incidence est égale 6,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation en médecine et à 7 pour 1 000 en chirurgie (cf. objectif 28 pour la question de l'évitabilité).

Près des deux tiers des EIG détectés en cours d'hospitalisation sont liés à un acte invasif (4,4 pour 1 000 journées), un peu plus du quart à des produits de santé (1,8 pour 1 000, médicaments). Enfin, la densité s'élève à 1,6 pour 1 000 pour les infections liées aux soins.

L'appréciation de la part liée aux soins et à l'état de santé dans la survenue de l'EIG est toutefois difficile, dans la mesure où il y a presque toujours intrication entre l'état de santé et les soins dans la survenue d'un événement. Ainsi, pour 41 % des EIG, des éléments permettaient de penser que l'événement clinique était attendu, compte tenu de l'évolution prévisible de la maladie ou de l'état du malade. La présomption du caractère indésirable lié aux soins est « assez probable » pour un peu moins du tiers des événements (32 %), « très probable » pour 34 % et « certaine » pour la même proportion.

La survenue d'EIG se traduit le plus souvent par une prolongation d'hospitalisation (76,6 % des EIG) éventuellement associée à d'autres complications : menace du pronostic vital (38,8 %) et/ou incapacité (24,5 %). Dans 8,4 % des cas, l'EIG était associé à un décès.

Les résultats des études publiées à l'étranger ne sont pas directement comparables dans la mesure où la plupart se fondent uniquement sur l'analyse rétrospective des dossiers des patients (séjours complets), alors que l'enquête ENEIS est fondée sur l'interrogation de l'équipe de soins. On y observe cependant une proportion comparable d'EIG liés à une intervention (entre 40 et 50 % de l'ensemble), de même que pour les EIG liés aux médicaments (entre 19 et 29 %). ●

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

synthèse

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

Tableau 1 • Densité d'incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation

	Total	Intervalle de confiance à 95 %
Médecine	6,2	[4,9 ; 7,5]
Chirurgie	7,0	[5,8 ; 8,3]
Total	6,6	[5,7 ; 7,5]

Tableau 2 • Densité d'incidence selon l'âge [IC]

Densité d'incidence	< 25 ans	25 - 64 ans	65 -84 ans	85 ans ou +
	pour 1 000 J.	pour 1 000 J.	pour 1 000 J.	pour 1 000 J.
Ensemble des séjours	4,98 [2,4 - 7,5]	6,13 [4,7 - 7,5]	6,94 [5,5 - 8,4]	8,83 [5,3 - 12,3]

Tableau 3 • Mécanismes et exposition

Densité d'incidence	Pour 1 000 J.
Acte invasif	4,36
dont intervention chirurgicales	*3,23*
Produits de santé	1,77
dont médicaments	*1,29*
Infections liées aux soins	1,59

Note : la sommes des densités est supérieurs à la densité totale car un EIG peut relever de plusieurs expositions ou mécanismes.

Tableau 4 • Gravité des événements identifiés

Distribution	%
Prolongation*	76,6
dont prolongation seule	*41,0*
Pronostic vital*	38,8
Incapacité*	24,5
Décès	8,4

* Associé ou non à un autre critère de gravité.

CHAMP • France métropolitaine : services de médecine et chirurgie de court séjour.

SOURCE • Enquête ENEIS 2004.

LIMITES ET BIAIS • Cette étude ne couvre que les unités de court séjour, hors obstétrique ; le taux de participation des établissements sous OQN est sensiblement plus faible que pour ceux sous dotation globale.

RÉFÉRENCES •

- Michel P. *et al.*, 2005, « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », n° 398, mai, DREES.
- Michel P., Quenon J.-L., Djihoud A., Tricaud-Vialle S., De Sarasqueta A.-M., 2005, « Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) », *Rapport final à la DREES*.

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

Événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation

L'objectif retenu par la loi de santé publique concerne la réduction de la iatrogénie médicamenteuse survenant en ambulatoire. La responsabilité de ces événements dans l'hospitalisation des patients est utilisée comme critère de gravité. Il s'agit de réduire la fréquence de ces événements de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008. Les valeurs citées dans l'objectif sont issues de l'estimation faite par l'AFSSAPS dans l'étude réalisée par les centres régionaux de pharmacovigilance et porte sur un échantillon d'hôpitaux publics en 1998.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Fréquence et proportion des admissions hospitalières causées par des effets indésirables graves médicamenteux

Le nombre d'hospitalisations pour événements iatrogènes médicamenteux n'est pas une donnée produite en routine. Les premières données nationales disponibles sont issues de l'enquête menée par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) en 1998 : « Les hospitalisations dues à un effet indésirable médicamenteux : enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif des services de spécialités médicales des hôpitaux publics français ». L'objectif principal de cette enquête était d'estimer la fréquence des hospitalisations motivées par la survenue d'un effet indésirable médicamenteux. Le recueil et l'expertise ont été réalisés par des experts des 31 CRPV dans un échantillon représentatif des services de spécialités médicales (court séjour) : sur 3 137 malades hospitalisés au cours de la période d'enquête dans les services participant à cette étude, 100 l'avaient été pour un effet médicamenteux indésirable, soit 3,2 % des admissions[1] [2,37 % - 4,01 %].

L'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) réalisée en 2004 a été menée sur l'ensemble des événements indésirables dont ceux liés aux médicaments (effets indésirables des médicaments et erreurs de pratique dans leur utilisation) ; cette étude inclut tous les services de médecine et de chirurgie des établissements publics et privés. La proportion de l'ensemble des admissions en médecine et en chirurgie causées par des événements indésirables graves a été estimée à 3,9 % [3,3 % - 4,6 %], les deux tiers faisant suite à une prise en charge extra-hospitalière. Des médicaments étaient spécifiquement en cause pour 1,6 % des admissions [1,2 % - 2 %] (2,5 % en médecine et 0,8 % en chirurgie). 53 % étaient liés à des effets indésirables survenus dans des conditions normales d'emploi et 47 % ont été imputés aux pratiques de prescription ou d'observance. Si on limite l'analyse aux admissions dans les services de médecine des établissements publics, les événements indésirables graves médicamenteux observés par ENEIS y représentent 2,75 % des causes d'hospitalisation. ●

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

1. Pouyanne P., Haramburu F., Imbs J.-L., Begaud B., French pharmacovigilance centres, 2000 « Admissions to hospital caused by adverse drug reactions : a cross-sectional incidence study », *BMJ*; 320 : 1 036.

synthèse

L'étude réalisée en 1998 par les CRPV (centres régionaux de pharmacovigilance) a permis d'estimer à 3,2 % la proportion des séjours hospitaliers motivés pour effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des établissements publics. L'enquête nationale ENEIS réalisée en 2003 sur l'ensemble des établissements de santé et selon un protocole différent évaluait à 2,75 % la proportion de séjours motivés par des événements indésirables graves médicamenteux dans ces services et à 1,6 % la proportion globale pour l'ensemble des services de médecine et chirurgie publics et privés.

Tableau 1 • **Proportion de séjours hospitaliers motivés par un événement indésirable lié aux médicaments (en %)**

	Total	IC à 95 %	< 25 ans	25 - 64 ans	65 -84 ans	85 ans ou +
Médecine	2,5	[1,7 ; 3,2]	1,4 [0,0 - 2,8]	1,5 [0,6 - 2,4]	2,8 [1,4 - 4,1]	7,8 [3,2 - 12,3]
Chirurgie	0,8	[0,4 ; 1,2]	0	0,8 [0,2 - 1,3]	0,95 [0,3 - 1,6]	2,4 [0,0 - 5,65]
Total	1,56	[1,16 ; 1,97]	0,5 [0,0 - 1,1]	1,0 [0,55 - 1,5]	1,8 [1,1 - 2,5]	5,4 [2,5 - 8,35]

Tableau 2 • **Proportion de séjours hospitaliers motivés par un effet indésirable médicamenteux dans les services de spécialités médicales des établissements publics (en %)**

	1998 CRPV	2004 ENEIS*
Services de spécialités médicales		
(CHU, CH)	3,19	2,75

* Dans l'enquête ENEIS, il s'agit d'événements et non d'effets indésirables.

CHAMP • Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) : spécialités médicales CH et CHU. ENEIS : France métropolitaine : services de médecine et chirurgie de court séjour.

SOURCES • Enquêtes CRPV 1998 et ENEIS 2004.

LIMITES ET BIAIS • L'étude CRPV ne couvre que les services de spécialités médicales. L'étude ENEIS ne couvre que les unités de court séjour, hors obstétrique ; le taux de participation des établissements sous OQN (objectif quantifié national) est sensiblement plus faible que pour ceux sous dotation globale*.

RÉFÉRENCES •

- Pouyanne P., Haramburu F., Imbs J.-L., Begaud B., 2000, French Pharmacovigilance Centres, « Admissions To Hospital Caused By Adverse Drug Reactions : A Cross-Sectional Incidence Study », *BMJ.*, ; 320 : 1 036.
- Michel P. *et al.,* 2005, « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », n° 398, mai, DREES.
- Michel P., Quenon J.-L., Djihoud A., Tricaud-Vialle S., De Sarasqueta A.-M., 2005, « Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (Eneis) », *Rapport DREES.*

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CRPV : AFSSAPS ; ENEIS : DREES-CCECQA.

* Établissements publics et privés participant au service public.

Événements iatrogènes « évitables »

L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire d'un tiers la part « évitable » des événements indésirables graves liés aux soins (EIG)[1]. L'appréciation de l'« évitabilité » est basée sur l'analyse des conditions de survenue d'un événement indésirable au regard de l'état des connaissances disponibles. Ainsi, dans l'étude ENEIS, le caractère évitable des EIG a été retenu pour les événements « qui ne seraient pas survenus si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de leur survenue ». L'évolution des pratiques peut à cet égard modifier dans le temps l'appréciation du caractère évitable de l'événement.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) évitables en cours d'hospitalisation

L'enquête ENEIS réalisée en 2004 dans les unités de court séjour (à l'exception des services d'obstétrique) a estimé à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation la densité d'incidence des EIG identifiés en cours d'hospitalisation (tableau 1). Celle-ci tend à augmenter avec l'âge passant de 5 jours chez les moins de 25 ans à 8,8 jours chez les plus de 85 ans (tableau 2).

Le caractère évitable était exprimé sur une échelle de présomption à 6 degrés (caractère évitable : exclu, très peu probable, peu probable, assez probable, très probable, certain). Seuls les trois derniers étaient retenus comme des événements évitables. La densité imputée à des EIG évitables est ainsi estimée à 2,3 pour 1 000 journées d'hospitalisation et leur nombre total annuel, dans une fourchette comprise entre 120 000 et 190 000. Les densités sont similaires dans les services de médecine et de chirurgie, respectivement 2,4 et 2,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation (tableau 1).

La densité d'incidence des EIG évitables faisant suite à un acte invasif est de 1,4 pour 1 000 journées d'hospitalisation, contre 0,5 pour 1 000 journées pour les médicaments. La densité correspondant aux infections liées aux soins est estimée à 0,4 pour 1 000 journées d'hospitalisation (tableau 3).

Comme pour l'ensemble des EIG, la survenue d'EIG évitables se traduit le plus souvent par une prolongation d'hospitalisation (1,7 pour 1 000 jours d'hospitalisation) éventuellement associée à d'autres complications : menace du pronostic vital et/ou incapacité (tableau 4). Les organes les plus concernés par les EIG évitables sont le système cardio-pulmonaire (avec notamment les infections broncho-pulmonaires consécutives à des fausses routes, des pneumothorax liés à la pose de cathéters) et l'appareil digestif (complications à la suite d'intervention chirurgicale ou d'une endoscopie).

Proportion d'événements évitables parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation

Au total, parmi les EIG identifiés pendant la période d'hospitalisation, pour lesquels le degré d'évitabilité est renseigné, 35,9 % ont été considérés comme évitables. Toutefois, le degré de présomption n'est pas identique pour tous les événements évitables : le caractère évitable a été estimé certain pour 8,3 % des EIG, très probable pour 6,6 % et assez probable pour 21 % d'entre eux.

La proportion d'événements évitables parmi l'ensemble des EIG varie avec les mécanismes et expositions considérés. Ainsi, 32 % des EIG liés à un acte invasif, 37 % des EIG liés à un médicament et 25,5 % des EIG liés à une infection ont été jugés évitables. La gravité et la complexité de la situation clinique des patients ayant eu un EIG évitable étaient fréquentes (relevées dans respectivement 70,6 et 57,8 % des cas).

Cependant, dans 72,3 % des cas, les médecins ou professionnels de santé auraient certainement pris en charge le patient de la même manière dans un contexte identique.

Proportion d'hospitalisations causées par un EIG évitable parmi les hospitalisations causées par un EIG

Cette seconde catégorie d'EIG concerne les événements survenus lors de soins ambulatoires qui sont à l'origine d'hospitalisations. La proportion d'hospitalisations causées par un événement indésirable lié aux soins est estimée à 3,9 % (tableau 5). Près de la moitié d'entre eux ont été jugés évitables (46,4 % de ceux pour lesquels le degré d'évitabilité est renseigné), soit 1,9 % des hospitalisations (2,3 % en médecine et 1,5 % en chirurgie) ; leur nombre total annuel se situe dans une fourchette comprise entre 125 000 et 205 000. L'évitabilité a été estimée certaine pour 6 % des EIG à l'origine d'hospitalisation, très probable pour 14,1 % et assez probable pour 26,3 %.

La part des hospitalisations causées par des EIG évitables faisant suite à un acte invasif est estimée à 0,7 % et pour les produits de santé à 0,9 %. La proportion correspondant aux infections liées aux soins a été estimée à 0,4 % des hospitalisations. Les EIG liés à l'administration de produits de santé (en particulier, de médicaments) ont été plus souvent jugés évitables que les autres EIG à l'origine d'une hospitalisation et c'est le cas d'environ la moitié d'entre eux (47 %) contre moins de 30 % de ceux liés, par exemple, à un acte invasif.

Comme les EIG survenant au cours de l'hospitalisation, les EIG qui ont été identifiés comme des causes d'hospitalisation ont tendance à être plus fréquents avec l'âge (tableau 6). Selon les études réalisées à l'étranger, la plupart à partir de revues de dossiers, la part de la iatrogénie globale évitable est estimée entre 27 et 51 % des événements indésirables. Les résultats de l'étude ENEIS se situent dans cet intervalle, plutôt à la limite supérieure pour les EIG causes d'hospitalisation. La méthode utilisée dans ENEIS tend à identifier une plus grande proportion d'événements évitables que les revues de dossiers. ●

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

1. Un événement indésirable lié aux soins peut être défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation.

synthèse

La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (EIG) a été réalisée en 2004 dans les unités de court séjour de médecine et de chirurgie, à l'exception des services d'obstétrique.
Elle a permis d'estimer à 2,3 pour 1 000 journées d'hospitalisation le nombre d'événements indésirables graves évitables liés aux soins (EIG) survenus en cours d'hospitalisation. La part des EIG évitables représentait 36 % de l'ensemble des EIG survenus au cours de l'hospitalisation.
Parallèlement, la part des séjours dont le motif était lié à un EIG considéré comme évitable a été estimée à 1,9 %. La part des EIG évitables parmi les EIG « cause d'hospitalisation » était estimée quant à elle à 46 % de l'ensemble des séjours causés par un EIG.

Événements indésirables graves évitables liés aux processus de soins en cours d'hospitalisation (tableaux 1 à 4)

Tableau 1 • Densité d'incidence (pour 1 000 jours d'hospitalisation)

	EIG		EIG évitables	
	Pour 1 000 J	IC 95 %	Pour 1 000 J	IC 95 %
Médecine	6,2	[4,9 ; 7,5]	2,4	[1,7 ; 3,2]
Chirurgie	7,0	[5,8 ; 8,3]	2,2	[1,5 ; 3,0]
Total	6,6	[5,7 ; 7,5]	2,3	[1,8 ; 2,9]

Tableau 2 • Densité d'incidence selon l'âge (pour 1 000 jours d'hospitalisation)

Densité d'incidence	< 25 ans	25 – 64 ans	65 – 84 ans	85 ans et +
Total	5,0 [2,4 – 7,5]	6,1 [4,7 – 7,5]	6,9 [5,5 – 8,4]	8,8 [5,3 – 12,3]
Dont évitables	2,4 [0,6 – 4,1]	2,3 [1,5 – 3,2]	2,0 [1,2 – 2,7]	4,2 [1,7 – 6,6]

Tableau 3 • Mécanismes et exposition

	EIG évitables	
	pour 1 000 J	IC 95 %
Acte invasif	1,4	[1,0 ; 1,8]
dont lié à une intervention chirurgicale	*1*	*[0,6 ; 1,4]*
Produits de santé	0,7	[0,4 ; 1,0]
dont médicaments	*0,5*	*[0,3 ; 0,7]*
Infections liées aux soins	0,4	[0,2 ; 0,6]
dont infections du site opératoire	*0,02*	*[0,0 ; 0,4]*

Un EIG peut être lié à plusieurs expositions ou mécanismes différents, donc la somme des densités est supérieure à la densité totale.

Tableau 4 • Gravité des événements identifiés

	EIG évitables	
	pour 1 000 J	IC 95 %
Prolongation d'hospitalisation*	1,7	[1,3 ; 2,2]
dont prolongation seule	0,9	[0,7 ; 1,4]
Pronostic vital*	0,9	[0,6 ; 1,2]
Incapacité*	0,5	[0,3 ; 0,8]
Décès**	0,2	[0,04 ; 0,3]

* Associé ou non à un autre critère de gravité,
** Le fait que le décès soit associé à un EIG ne signifie pas forcément qu'il en soit directement la cause.

EIG évitables « causes d'hospitalisation » (tableaux 5 et 6)

Tableau 5 • Proportion d'EIG évitables à l'origine d'hospitalisations (pour 100 hospitalisations)

	EIG		EIG évitables	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Médecine	4,6	[3,5 ; 5,6]	2,3	[1,6 ; 3,1]
Chirurgie	3,5	[2,8 ; 4,3]	1,5	[1,0 ; 2,1]
Total	3,9	[3,3 ; 4,6]	1,9	[1,4 ; 2,3]

Tableau 6 • Proportion selon l'âge (pour 100 hospitalisations)

Densité d'incidence	**< 25 ans**	**25 – 64 ans**	**65 – 84 ans**	**85 ans et +**
Total	2,8 [1,3 – 4,3]	3,1 [2,3 – 4,0]	4,8 [3,6 – 5,9]	7,6 [4,1 – 11,0]
Dont évitables	*1,7 [0,5 – 2,8]*	*1,2 [0,7 – 1,6]*	*2,2 [1,4 – 3,0]*	*5,0 [2,1 – 7,8]*

CHAMP • France métropolitaine, services de médecine et chirurgie de court séjour.

SOURCE • Enquête ENEIS 2004.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Densité d'incidence (fréquence de survenue des événements indésirables graves prenant en compte la durée d'exposition) et proportion d'événements indésirables graves.
Un événement indésirable lié aux soins est défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation. Les événements indésirables identifiés pendant la période d'observation ont été considérés comme graves à partir du moment où ils étaient susceptibles d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour, s'ils pouvaient être à l'origine d'un handicap ou d'une incapacité à la fin de l'hospitalisation ou s'ils étaient associés à une menace vitale ou à un décès. Tous les événements indésirables qui étaient à l'origine d'une hospitalisation étaient considérés comme graves. Le caractère évitable de chaque événement indésirable faisait l'objet d'une étude particulière. Un événement indésirable était considéré comme évitable si l'on pouvait estimer qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de cet événement.

LIMITES ET BIAIS • Cette étude ne couvre que les unités de court séjour, hors obstétrique ; le taux de participation des établissements sous objectif quantifié national est sensiblement plus faible que ceux sous dotation globale (établissements publics et privés participants au service public).

RÉFÉRENCES •

- (1) Michel P. *et al.,* 2006, « Étude nationale sur les événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) », *Série études*, n° 60, juin, DREES.
- (2) Michel P. *et al.,* 2005, « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », *Études et Résultats*, n° 398, mai, DREES.
- (3) Michel P., Quenon J.-L. *et al.*, 2003, « L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France », *Études et Résultats*, n° 219, février, DREES.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES – CCECQA.

Résistance aux antibiotiques (1)

L'apparition de bactéries pathogènes résistant aux antibiotiques et leur diffusion dans les populations humaines constituent un problème majeur en infectiologie. Tandis que les perspectives de découverte de nouvelles classes d'antibiotiques sont réduites, ce phénomène préoccupe les pouvoirs publics qui engagent différentes mesures de prévention, donnant pour objectif à la loi de santé publique de maîtriser la progression de ces résistances. Parmi les objectifs du plan 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales figure également la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé.
Bactéries fréquemment isolées respectivement d'infections nosocomiales et d'infections communautaires, les staphylocoques dorés et les pneumocoques illustrent les problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. L'impact des résistances en termes de santé publique et l'évolution de la résistance bactérienne pour ces germes ont donc été retenus comme indicateurs de maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Les objectifs quantifiés sont premièrement, pour les pneumocoques responsables d'infections graves (méningites et bactériémies), de réduire, d'ici à 2008, à moins de 30 % le taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline et à l'érythromycine et une absence de progression de la résistance aux fluoroquinolones (< 0,5 %) ; deuxièmement, pour les staphylocoques dorés, de réduire le taux de souches hospitalières résistant à la méticilline à 25 %.
Par ailleurs, la diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est la principale voie de maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme troisième groupe d'indicateurs de maîtrise de la résistance aux antibiotiques dans la loi de santé publique. Leur suivi dans le temps permet de mesurer l'évolution de l'exposition collective aux antibiotiques des populations, d'adapter les politiques de prescription individuelle et d'améliorer la qualité des traitements des patients en ville comme à l'hôpital.

Résistance des pneumocoques aux antibiotiques

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Incidence des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline

Les résultats présentés portent sur les souches isolées du liquide céphalo-rachidien (LCR) pour lesquelles il est demandé aux laboratoires d'envoyer systématiquement les souches au centre national de référence (CNR) chez l'enfant (<16 ans) et chez l'adulte.

L'incidence des méningites à pneumocoques est estimée à près de 10 par million d'habitants, en tenant compte de la sensibilité du recueil et de la couverture du réseau de surveillance. Elle est 2 fois plus élevée chez les enfants que chez les adultes (tableaux 1 et 2). Environ 40 % des pneumocoques isolés sont de sensibilité diminuée à la pénicilline, chez l'enfant comme chez l'adulte.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportions de souches de pneumocoque isolées d'infections invasives en fonction de leur sensibilité à différents antibiotiques

L'envoi au CNR est recommandé aux laboratoires pour toutes les souches invasives (méningites et bactériémies) isolées chez l'enfant et pour celles isolées de LCR (méningites) chez l'adulte.

➜ à sensibilité diminuée à la pénicilline G : la proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) de sensibilité diminuée à la pénicilline était de 43 % en 2003. Par rapport à 2001 une diminution relative de 9 % est observée (p = 0,03), chez les adultes (-9 %) comme chez les enfants (-10 %). La diminution la plus importante concerne les souches isolées de méningites chez l'enfant où la proportion de souches à sensibilité diminuée à la pénicilline était de 42 % (58/138) en 2003 contre 61 % (77/126) en 2001 (p = 0,002).

➜ intermédiaires ou résistant à l'érythromycine : la proportion de souches intermédiaires ou résistant à l'érythromycine a augmenté faiblement de + 2,9 % en 2003 par rapport à 2001.

➜ intermédiaires ou résistant aux fluoroquinolones : la proportion de souches intermédiaires ou résistant aux fluoroquinolones est passée de 1 % en 2001 à 1,7 % en 2003. Les souches résistant aux fluoroquinolones restent peu fréquentes en 2003 représentant 0,2 % des souches de pneumocoques (tableau 4).

Tableau 1 • **Incidence des méningites à pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline, France métropolitaine 2003**

	Nombre de cas estimés*	Taux*/ 1 000 000 habitants
0-15 ans	92	7,8
16 ans et plus	173	3,6
Tous âges	265	4,5

* Estimation redressée en tenant compte d'une représentation de 63 % au niveau national.
Source : CNR des pneumocoques.

Tableau 2 • **Incidence des méningites à pneumocoque sensible à la pénicilline, France métropolitaine 2003**

	Nombre de cas estimés*	Taux*/ 1 000 000 habitants
0-15 ans	127	10,8
16 ans et plus	237	5,0
Tous âges	364	6,1

* Estimation redressée en tenant compte d'une représentation de 63 % au niveau national.
Source : CNR des pneumocoques.

Tableau 3 • **Proportion de souches de pneumocoques intermédiaires (I) ou résistantes (R) isolées de bactériémie ou de méningites, France 2001-2003**

	2001			2002			2003		
	I + R	Total	%	I + R	Total	%	I + R	Total	%
Tous âges									
Pénicilline G	693	1 473	47,0	574	1 198	47,9	597	1 390	42,9
Erythromycine	409	888	46,1	632	1 184	53,4	624	1 316	47,4
Fluoroquinolones	14	1 347	1,0	18	1 198	1,5	22	1 324	1,7
Enfants (<16 ans)									
Pénicilline G	212	421	50,4	155	298	52,0	225	498	45,2
Erythromycine	125	256	48,8	168	297	56,6	255	474	53,8
Fluoroquinolones	1	391	0,3	2	298	0,7	3	470	0,6
Adultes (>= 16)									
Pénicilline G	481	1 052	45,7	419	900	46,6	372	892	41,7
Erythromycine	284	632	44,9	464	887	52,3	369	842	43,8
Fluoroquinolones	13	956	1,4	16	900	1,8	19	854	2,2

Source : CNR des pneumocoques.

Tableau 4 • **Proportion de souches de pneumocoques résistantes (R) aux Fluoroquinolones isolées d'hémocultures ou de LCR, France 2001-2003**

	2001			2002			2003		
	R	Total	%	R	Total	%	R	Total	%
Tous âges	4	1 347	0,3	3	1 198	0,3	3	1 324	0,2
Enfants (< 16 ans)	0	391	0,0	0	298	0,0	0	470	0,0
Adultes (> = 16)	4	956	0,4	3	900	0,3	3	854	0,4

Source : CNR des pneumocoques.

CHAMP • Patients chez lesquels un pneumocoque a été isolé (dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien). France métropolitaine.

SOURCE • Numérateur : Centre national de référence des pneumocoques (CNR). Dénominateur : INSEE population de l'année 2003.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Estimation du nombre de cas : Les établissements participant au réseau de laboratoires CNR-observatoires régionaux du pneumocoque (ORP) totalisaient 63 % de l'ensemble des entrées hospitalières en médecine en 2003. L'incidence des méningites à PSDP a été estimée en tenant compte de la couverture de ce réseau. Par ailleurs une étude capture-recapture sur les cas de méningites chez l'enfant de moins de 16 ans a estimé à 64 % la proportion de cas recensés par le réseau CNR-ORP en 2001. L'essentiel des méningites à pneumocoques est diagnostiqué et pris en charge en milieu hospitalier, ainsi à travers ce réseau il est possible de mesurer l'évolution de la sensibilité des pneumocoques aux antibiotiques.

LIMITES ET BIAIS • Participation des laboratoires basés sur le volontariat. Sur-représentation des souches d'hémocultures isolées chez l'enfant pour la résistance des pneumocoques. Estimation de l'incidence des infections communautaires graves.

RÉFÉRENCE •
- Rapport CNR des pneumocoques 2004
http://www.invs.sante.fr/surveillance/cnr/rapport_cnr_pneumo_2004.pdf

Résistance aux antibiotiques (2)

Trois indicateurs sont retenus pour quantifier la résistance du *Staphylococcus aureus* à la méticilline (SARM), l'objectif de la loi de santé publique étant de réduire le taux de SARM de 34 % à 25 % d'ici à 2008 :
• la densité d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation, couramment utilisée pour refléter l'ampleur de l'épidémie des infections à SARM dans les établissements de santé ;
• la proportion de résistance au sein de l'espèce, très parlant pour les non spécialistes et utilisé par les cliniciens pour guider leurs prescriptions ;
• la prévalence des infections nosocomiales à SARM un jour donné dans les établissements de santé français.

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux d'incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation

En 2003, la densité d'incidence des SARM exprimée pour 1 000 jours d'hospitalisation était de 0,68 tous types de séjours hospitaliers confondus. Elle était de 0,80 en court séjour (2,34 en réanimation) et de 0,40 en Soins de suite et de réadaptation et Soins de longue durée (SSR-SLD). L'impact de l'épidémie de SARM en réanimation s'explique principalement par la fragilité des patients et une charge en soins élevée dans ces services. Les densités d'incidence étaient plus faibles (0,54 à 0,84) dans les inter-régions Est, Ouest et Sud-Est où la proportion de journées d'hospitalisation en réanimation était la plus faible (1,9 à 2,6 %). Dans les inter-régions Nord et Sud-Ouest, elles variaient de 0,78 à 0,87 où les proportions de journées d'hospitalisation en réanimation étaient plus élevées (de 3,5 à 6 %).

En 2002, la densité d'incidence des SARM était de 0,63 pour 1 000 journées d'hospitalisation, tous types de séjours hospitaliers confondus. Elle était de 0,79 en court séjour (2,52 en réanimation) et de 0,38 en Soins de suite et de réadaptation et Soins longue durée (SSR-SLD).

En court séjour, le taux d'incidence des SARM pour 100 admissions était de 0,51/100 patients.

Il n'est pas encore possible de tirer de conclusions sur l'évolution du taux d'incidence des SARM car les données ne concernent que deux années et ne portent pas sur les mêmes établissements (tableau 5).

Le suivi d'une cohorte d'établissements de santé participant plusieurs années successives à la surveillance des bactéries multirésistantes – Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (BMR-Raisin) est un objectif de cette surveillance pour la période 2005-2008.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de souches hospitalières de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline

Le rapport 2003 du réseau européen EARSS situe la France (28,9 %) (tableau 6) parmi les pays où la proportion de résistance des *Staphylococcus aureus* à la méticilline dans les bactériémies est la plus élevée (Grande-Bretagne 43 %, Irlande 42 % et de 51 à 24 % dans les pays du Sud) alors que des pays du Nord (Hollande, Danemark, Finlande ou Suède) ont des proportions inférieures à 5 %. Depuis 2001, cette proportion tend à diminuer (33,3 % *versus* 28,9 % en 2003, p = 0,005). Les résultats préliminaires 2004, confirment cette tendance (28,7 %, p = 0,007).

En 2003, les réseaux hospitaliers de surveillance des BMR coordonnés par les CCLIN rapportaient que la proportion de SARM était en moyenne de 35,2 % tous prélèvements confondus, variant de 30,9 à 40,4 % selon l'inter-région. En court séjour, la résistance des staphylocoques dorés au sein de l'espèce variait de 26,6 à 36,5 % (moyenne = 31,4 %). Elle était presque deux fois plus élevée en soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée où elle variait de 51,2 à 66,1 % (moyenne = 60,1 %). Ces moyennes étaient en baisse par rapport à 2002 (tableau 7).

Prévalence des infections hospitalières à SARM

En 2001, lors de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, 2 344 infections nosocomiales documentées à SARM ont été identifiées chez les 305 656 patients enquêtés soit un taux de prévalence de 0,8 pour 100 patients. La prévalence des infections à SARM était plus élevée dans les établissements privés participant au service public hospitalier (1,0 %) que dans les établissements publics (0,8 %) ou privés (0,4 %). Elle était également plus élevée chez les patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation (1,5 %) que chez ceux hospitalisés en long séjour (0,8 %), en court séjour (0,7 %) ou en psychiatrie (0,1 %).

Lors de l'enquête précédente en 1996, le taux de prévalence des infections à SARM était de 0,6 %. Comme en 2001, la prévalence était plus élevée dans les services de réanimation (3.0 %) et de soins de suite et réadaptation (0,8 %).

La prévalence des infections à SARM a donc significativement augmenté entre 1996 et 2001 dans les établissements de santé français (p < 10-4). Seule la prévalence observée dans les services de réanimation tendait à diminuer au cours de cette période (3,0 en 1996 *versus* 2,5 en 2001, p = 0,15).

Les données globales des enquêtes de prévalence (tableau 8) ne concernaient pas en 1996 les mêmes établissements qu'en 2001. Cependant ces tendances semblent confirmées dans l'inter-région Nord : dans une comparaison portant sur les 189 établissements ayant participé aux 2 enquêtes, le CCLIN Nord rapportait une augmentation de la prévalence des infections à SARM (0,7 % en 1996 *versus* 0,9 % en 2001, p < 10-4) toutes spécialités confondues, et une diminution en réanimation (3,9 % en 1996 *versus* 2,2 % en 2001, p = 0,002).

Deux types de limites influent sur ces données. En premier lieu, la participation des établissements était volontaire et les établissements privés sous-représentés (ils ont cependant plus participé en 2001 : 37 % *versus* 12 %). En second lieu, ces données sont relativement anciennes et l'indicateur précédent montre une diminution de la proportion de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline postérieure à 2001.

1. Également dénommé *Staphylocoque doré.*

Tableau 5 • **Densité d'incidence des *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)**

	2002 (478 établissements de santé)		2003 (488 établissements de santé)	
	Nombre de SARM	Incidence/1 000 jours	Nombre de SARM	Incidence/1 000 jours
Court séjour	7 116	0,79	6 408	0,85
Réanimation	961	2,52	902	2,34
SSR-SLD	2 306	0,38	1 884	0,40
Total	3 423	0,63	8 292	0,68

SSR-SLD = soin de suite et réadaptation – soin de longue durée.
Source : Données Raisin (prélèvements à visée diagnostique, tous sites).

Tableau 6 • **Proportion de *Staphylocoques dorés* résistant à la méticilline (SARM) parmi les *Staphylocoques dorés* (prélèvements isolés de bactériémies)**

	National		Azay-résistance (CHU)		Île-de-France (CHG)		Réussir	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	S. aureus	SARM	S. aureus	SARM	S. aureus	SARM	S. aureus	SARM
2001	1 713	33,3	1 487	33,0	262	36,6	-	-
2002	1 663	32,8	1 425	32,8	238	33,2	-	-
2003	1 708	28,9	1 453	29,0	285	31,9	-	-
2004*	3 347	28,7	1 600	26,0	319	28,2	1 428	31,4

Sources : Données françaises EARSS (réseau Européen) et détaillées par réseau (ONERBA) [Sélection des souches éligibles légèrement différente entre le réseau EARSS et le réseau ONERBA].
* Données provisoires.

Tableau 7 • **Proportion de *Staphylocoques dorés* résistant à la méticilline (SARM) parmi les *Staphylocoques dorés* (en %)**

	2002			2003		
	CS (dont réa)	SSR-SLD	Tous séjours	CS (dont réa)	SSR-SLD	Tous séjours
CCLIN Nord Hors AP-HP	35,6 (37,1)	65,2	40,2	36,5 (39,1)	64,9	40,4
AP-HP	28,5 (28,7)	62,3	32,2	26,6 (30,4)	63,1	30,9
CCLIN Est	ND	ND	ND	30,5 (28,1)	51,2	33,0
CCLIN Ouest	ND	ND	ND	ND	ND	ND
CCLIN Sud-Est	28,1 (24,8)	58,0	32,7	27,5 (23,9)	56,2	31,9
CCLIN Sud-Ouest	41,6 (35,0)	66,7	39,7	36,1 (36,5)	65,1	39,7

CS = court séjour, SSR-SLD = soin de suite et réadaptation - soins de longue durée, ND = non disponible.
Source : Données interrégionales (CCLIN).

Tableau 8 • **Prévalence des infections hospitalières à *Staphylocoques dorés* résistant à la méticilline**

	1996		2001	
	SARM (nombre)	Prévalence (%)	SARM (nombre)	Prévalence (%)
Total	1 311	0,6	2 344	0,8
Médecine	308	0,5	575	0,6
Chirurgie	305	0,6	397	0,6
Réanimation	175	3,0	166	2,5
Total CS	811	0,6	1 140	0,7
SSR	214	0,8	685	1,5
LS	245	0,5	487	0,8
Psychiatrie	25	0,1	32	0,1

Source : Données des enquêtes nationales de prévalence.

CHAMP • Patients en hospitalisation complète, établissements de santé volontaires, France entière.

SOURCES • Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) ; European Antibiotics Resistance Surveillance System (EARSS) ; Observatoire National de l'Épidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA) ; Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ; Enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales 1996 (échantillon de 830 établissements de santé publics et privés) et 2001 (1 533 établissements) : prévalence un jour donné.

LIMITES ET BIAIS • Participation sur la base du volontariat. Sous représentativité des établissements de santé privés. Absence de cohorte d'établissements de santé participant à la surveillance BMR-Raisin.

RÉFÉRENCES •

Incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation
- Rapports BMR-Raisin 2003 et 2002 disponibles à l'adresse Internet suivante : http://www.invs.sante.fr/raisin

Proportion de résistance à la méticilline des souches hospitalières de Staphylocoques dorés
- Trystram D., Varon E., Péan Y., Grundmann H., Gutmann L., Jarlier V., Aubry-Damon H., 2004, « Réseau européen de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques (EARSS) : résultats 2002, place de la France », *BEH*, 32-33 : 142-144.
- 2003, European Antibiotics Résistance Surveillance System (EARSS) - Rapport disponible sur http://www.earss.rivm.nl/
- 2003 et 2002, Rapports CCLIN Surveillance BMR
  - CCLIN Nord hors AP-HP disponible sur http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/BMR/2003/RappBMR2003.pdf
  - APHP
  - CCLIN Est http://www.cclin-est.org/
  - CCLIN Sud Est disponible sur http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/reseaux/bmr/RAPP2003.pdf
  - CCLIN Sud Ouest disponible sur http://www.cclin-sudouest.com/enquete/MtdBMR03.zip

Prévalence des infections hospitalières à SARM
- Rapport « Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2001 résultats », disponible à l'adresse internet suivante : http://www.invs.sante.fr/raisin
- 2000, « The French prevalence study group. Prevalence of nosocomial infections in France : results of the nationwide survey in 1996 », *J Hosp Infect* ; 46 : 186-93.
- Rapport « Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 1996 : résultats », disponible à l'adresse internet suivante : http://www.invs.sante.fr/raisin
- Maugat S., Carbonne A., Astagneau P., 2003, « Réduction significative des infections nosocomiales : analyse stratifiée des enquêtes de prévalences conduites en 1996 et 2001 dans l'interrégion Nord », *Pathol Biol* ; 51 : 483-9.

Résistance aux antibiotiques (3)

Les mesures prises en milieu hospitalier ont pour premier objectif de limiter la diffusion des bactéries multirésistantes. Ces mesures difficiles à appliquer s'avèrent toutefois efficaces depuis la mise en place de prescriptions contrôlées. En ville, si intervenir sur la transmission individuelle des bactéries semble peu réaliste, la diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques reste, avec certaines perspectives vaccinales, la seule voie pour maîtriser la résistance aux antibiotiques. Ainsi, à l'hôpital comme en ville, le suivi de la consommation d'antibiotiques devient un outil de maîtrise des résistances aux antibiotiques.
En France, le système d'information concernant le suivi de la consommation d'antibiotiques est encore perfectible, notamment à l'hôpital. Les données actuellement disponibles sont celles de ventes d'antibiotiques à usage humain recueillies par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) auprès des fabricants, distinguant les ventes en officine et les ventes aux établissements de santé. Ces données participent à la surveillance européenne dans le cadre du réseau ESAC (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption*).

Consommation antibiotique en santé humaine

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Consommation d'antibiotiques en santé humaine : ventes

En 2003, les ventes d'antibiotiques en ville s'élevaient à 653,4 millions de doses définies journalières soit 29,0 doses pour 1 000 habitants par jour. Plus d'un quart (27,3 %) des ventes étaient représentées par les pénicillines à large spectre, 18,8 % par les associations de pénicillines, 11,6 % par les tétracyclines et 11,4 % par les céphalosporines.

Les ventes d'antibiotiques dans les établissements de santé publics et privés s'élevaient à 79,0 millions de doses définies journalières soit 3,5 doses pour 1 000 habitants par jour. Près d'un tiers (30,2 %) des ventes étaient représentées par les associations de pénicillines, 23,6 % par les « autres antibactériens » (principalement les dérivés imidazoles), 13,1 % par les pénicillines à large spectre.

Les données recueillies depuis 1997 révèlent que la consommation d'antibiotiques a diminué en ville depuis 1999 (-15,1 %) et à l'hôpital depuis 2001 (-5,3 %) (tableau 8). Les données disponibles pour 2004 confirment cette évolution mais la France reste parmi les pays Européens les plus forts consommateurs d'antibiotiques. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS, DÉPARTEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES.

synthèse

La loi de santé publique a retenu trois groupes d'indicateurs de la maîtrise de la diffusion de la résistance aux antibiotiques : 1. proportion de souches résistantes et densité d'incidence des pneumocoques à la pénicilline, indicateur de résistance parmi les infections communautaires, 2. proportion de souches résistantes et densité d'incidence des staphylocoques dorés à la méticilline, indicateur de résistance parmi les infections nosocomiales, et 3. consommations d'antibiotiques.

En 2003, la proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites, bactériémies) de sensibilité diminuée à la pénicilline est de 43 % (contre 47 % en 2001). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de méningites chez l'enfant (42 % en 2003 contre 61 % en 2001).
La densité d'incidence des SARM est égale à 0,68 pour 1 000 journées d'hospitalisation tous types de séjours hospitaliers confondus. Elle est égale à 0,80 en court séjour et 0,40 en soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée. La proportion de SARM au sein de l'espèce (tous prélèvements confondus) est de 35,2 %, en baisse par rapport aux années antérieures. La proportion de SARM est plus élevée (60 %) dans les services de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle que dans les services de court séjour (31,4 %). Les enquêtes de prévalence réalisées un jour donné en 1996 et 2001 montrent une augmentation de la prévalence des infections hospitalières à SARM (0,8 pour 100 patients hospitalisés en 2001 et 0,6 % en 1996). Seule la prévalence observée dans les services de réanimation tend à diminuer au cours de cette période. L'enquête de prévalence 2006, en cours de réalisation permettra de suivre cette évolution.
La France reste parmi les pays européens les plus forts consommateurs d'antibiotiques. Les données recueillies depuis 1997 révèlent cependant une diminution de la consommation d'antibiotiques en ville depuis 1999 (-15,1 %) et à l'hôpital depuis 2001 (-5,3 %).

Tableau 9 • **Consommation antibiotique en santé humaine**

Année	Ventes en officines			Ventes aux établissements de santé publics et privés		
	Total DDJ	DID	% année précédente	Total DDJ	DID	% année précédente
1997	706 380 978	33,1		72 640 762	3,40	
1998	720 803 806	33,6	1,64	73 386 447	3,42	0,63
1 999	734 484 300	34,1	1,48	72 096 659	3,35	-2,16
2000	720 134 252	33,3	-2,38	75 021 385	3,47	3,60
2001	714 426 374	33,2	-0,48	79 696 747	3,70	6,57
2002	698 121 429	32,2	-2,87	79 408 756	3,66	-0,97
2003	653 459 574	29,0	-10,03	79 012 483	3,50	-4,36
2004*	616 576 386	27,2	-6,22	72 043 897	3,17	-9,37

DDJ = dose définie journalière ; DID defined daily dose per 1 000 inhabitants per day = DDJ/1 000 habitants/Jour.

* Changement de DDJ pour la forme parentérale d'une substance active couramment utilisée dans les établissements hospitaliers (amoxicilline et inhibiteur de beta-lactamase : DDJ 2003 = 1 g, DDJ 2004 = 3 g).

Note : Il convient de noter que la consommation d'antibiotiques rapportée à 1 000 habitants et par jour concerne à 90 % la ville et à 10 % l'hôpital. Néanmoins, le potentiel sélectif des résistances est bien plus élevé à l'hôpital.

Source : Données exprimées en nombre de doses définies journalières rapporté au nombre d'habitants et par jour (DDJ/1 000 habitants/J), unité définie par l'OMS pour chaque dénomination commune comme étant une posologie journalière de référence pour un adulte de 70 kg dans l'indication principale du médicament dans son utilisation en ville.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Données de ventes issues des déclarations de ventes effectuées auprès de l'AFSSAPS par les titulaires d'AMM dans le cadre de la taxe sur les spécialités (art. L 5121-18 du CSP, AFSSAPS). INSEE, Bilan démographique (données provisoires).

LIMITES ET BIAIS • Données de ventes et non de consommation. Calculs effectués sur la base d'une posologie standard internationale pour un adulte (DDJ).

RÉFÉRENCES •

- Guillemot D., Maugendre P., Chauvin C., Sermet C., 2004, « Consommation des antibiotiques en France », *BEH*; 32-33 : 144-147.
- Goossens H., Ferrech M., Vander Stichele R., Elseviers M. for the ESAC study group, 2005, « Outpatient antibiotic use in Europe and association with resitance : a cross-national database study », *Lancet*; 365 : 579-587.
- Données du réseau ESAC http://www.esac.ua.ac.be/main.aspx?c = *ESAC2.

Douleurs chroniques

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps et d'altération majeure de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante, de nombreux arrêts de travail et sont fréquemment associées à des troubles psychosociaux. La loi relative à la santé publique prévoit de « réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie ». L'enquête nationale de l'INSEE menée en 2002-2003 sur la santé des personnes vivant en ménages ordinaires permet de mesurer l'intensité des douleurs physiques ressenties sur une période de quatre semaines ainsi que leur répercussion sur le travail et les activités domestiques. Les deux questions permettant d'appréhender ces douleurs sont incluses dans un questionnaire auto-administré de santé perçue. Ainsi, les personnes se prononcent aussi bien pour des douleurs chroniques, des douleurs rebelles aux traitements antalgiques simples ou des douleurs plus bénignes. Un éclairage est fait sur les personnes âgées, voire très âgées, population dont les douleurs sont mal connues ou reconnues, voire banalisées. Les enquêtes Santé Protection Sociale de l'IRDES permettent par ailleurs de suivre l'évolution dans le temps des déclarations de douleurs chroniques importantes.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Proportion de personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines et/ou qui déclarent que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques

Trois personnes sur dix parmi les 15 ans et plus déclaraient en 2002-2003 des douleurs physiques d'une intensité importante. Davantage de femmes que d'hommes déclaraient ce type de douleurs : 35 % contre 25 %. La prévalence des douleurs augmentent avec l'âge, avec un basculement après 64 ans ; 16 % des jeunes de moins de 25 ans déclarent ainsi des douleurs physiques importantes contre la moitié des personnes de 65 à 84 ans et les deux tiers des plus de 85 ans. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs moyennes est globalement similaire chez les 65-84 ans et les 85 ans et plus. Par contre, la proportion de douleurs sévères (qualifiées de grandes ou très grandes) est deux fois plus élevée chez les personnes très âgées : 30 % contre 13,5 % chez les 65-84 ans (graphique 1).

Plus de 20 % des personnes de plus de 15 ans indiquent que ces douleurs physiques ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. Les femmes déclarent un peu plus que les hommes de telles répercussions : un quart des femmes contre 18 % des hommes. Ces limitations augmentant avec l'âge, 16 % des moins de 25 ans se déclarent limités contre près de 50 % des 65-84 ans et 63 % des plus de 85 ans. Par ailleurs, l'intensité de ces limitations s'accroissant exponentiellement avec l'âge, un tiers des plus de 85 ans se déclarent beaucoup voire énormément limités, tandis que les personnes de 65-84 ans sont deux fois moins nombreuses (graphique 2).

Proportion de personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes

Selon l'enquête Santé Protection Sociale, les femmes déclaraient davantage souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes que les hommes, et ce aussi bien en 1998 qu'en 2000, l'écart entre sexes se creusant au fur et à mesure que l'âge augmente. En 2000, plus de 35 % des femmes de plus de 65 ans déclaraient des douleurs importantes ou très importantes, contre moins d'un quart des hommes du même âge.

En deux ans, la proportion d'hommes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable, pour toutes les classes d'âges. Cette proportion est aussi restée stable chez les jeunes femmes et les femmes en âge d'être actives.

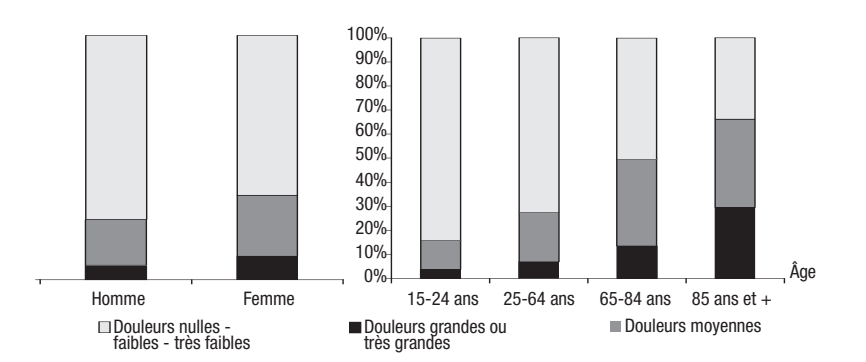
En revanche, la situation semble s'être améliorée pour les femmes plus âgées (plus de 65 ans) (tableau 1). ●

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

synthèse

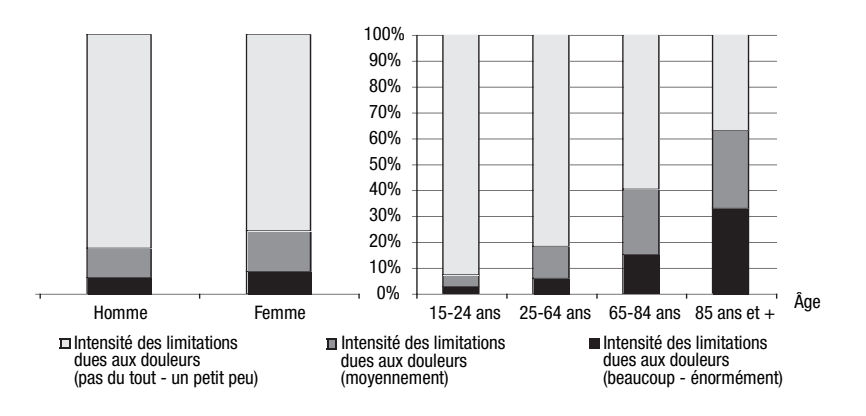
En 2003, d'après l'enquête Santé de l'INSEE, 30 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient des douleurs physiques d'une intensité importante et plus de 60 % des personnes très âgées. Par ailleurs, 2 personnes sur 10 déclaraient que ces douleurs physiques présentaient des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. Selon les enquêtes Santé Protection Sociale de l'IRDES de 1998 et 2000, la proportion de femmes de plus de 65 ans déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes avait diminué de 5 points en deux ans. Cette proportion est restée stable pour les hommes et pour les femmes les plus jeunes. Plus de 20 % des personnes de plus de 15 ans déclaraient que ces douleurs physiques avaient des répercussions importantes sur la vie au travail ou domestique, les femmes déclarant un peu plus que les hommes de telles répercussions.

Graphique 1 • Personnes ayant déclaré une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des 4 dernières semaines*



Lecture : 3,9 % des personnes âgées de 15 à 24 ans déclarent des douleurs d'une grande voire très grande intensité.
*Question posée : « Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ? ».
Source : Enquête Santé 2002-2003 INSEE.

Graphique 2 • Personnes ayant déclaré que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques*



Lecture : 2,6 % des personnes âgées de 15 à 24 ans déclarent être limitées dans leur travail ou leurs activités domestiques en raison de leurs douleurs physiques.
* Question posée : « Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? »
Source : Enquête Santé 2002-2003 INSEE.

CHAMP • France métropolitaine, personnes de 15 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE, exploitation DREES.

LIMITES ET BIAIS •
La population de référence des autoquestionnaires de l'enquête est constituée :
- des individus ayant effectué toute l'enquête (c'est-à-dire l'ensemble des visites 1 à 3) et n'ayant pas de handicap déclaré les rendant non aptes à remplir un autoquestionnaire.

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

Tableau 1 • Prévalence des personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes en 1998 et 2000

	Enquête de 1998			
	Hommes (8 000)		Femmes (8 242)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Moins de 25 ans	70	2,3	122	4,3
25-64 ans	568	13,6	848	19,2
65 ans et plus	204	24,1	403	40,4
	Enquête de 2000			
	Hommes (7 524)		Femmes (7 094)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Moins de 25 ans	59	2,3	91	3,7
25-64 ans	531	14,2	806	20,0
65 ans et plus	196	24,5	370	35,3

Lecture : 2,3 % des hommes âgés de moins de 25 ans déclarent souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes.
Sources : Enquêtes SPS 1998 et 2002.

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

SOURCES • Enquêtes Santé Protection Sociale (SPS) 1998 et 2000. L'enquête est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998.

LIMITES ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Cette enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. La question utilisée figure dans le questionnaire auto administré qui est adressé à l'ensemble des membres du ménage. Elle a été retirée du questionnaire en 2002.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES

Accès aux soins

Cet objectif ne porte pas directement sur l'état de santé mais sur l'un de ses déterminants, l'accès aux soins, qui constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. Il existe d'ores et déjà des dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui permettent aux personnes en situation précaire de retrouver des conditions de soins accessibles. Les inégalités sociales de santé se présentent comme un *continuum* allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Dans le cadre de la loi de santé publique, l'objectif est de réduire les obstacles financiers pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. Il semble justifié d'envisager aussi plus largement la persistance d'obstacles financiers entraînant un renoncement à des soins, notamment dans le domaine des soins optiques et des soins dentaires dans l'ensemble de la population.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins optiques ou dentaires au cours des 12 derniers mois

Dans l'enquête Santé Protection Sociale (SPS) 2004, 10 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclarent avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) et/ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes (11,6 %) que chez les hommes (8,2 %). Il est maximum entre 30 et 59 ans, puis diminue avec l'âge.

Le renoncement dans le domaine dentaire et optique est lié au revenu des individus (tableau 1). Les renoncements baissent de manière très sensible au-delà d'un revenu de 2 500 euros mensuels pour un ménage (graphique). Au-delà de 4 600 euros mensuels par ménage, il est deux fois plus faible que pour les personnes les plus pauvres. Ces comportements sont confirmés par une analyse à âge et sexe comparables qui montre un renoncement plus important que la moyenne pour les personnes dont le revenu du ménage est inférieur à 2 500 euros (tableau 1).

Le renoncement dans le domaine dentaire est élevé et relativement stable jusqu'à un revenu du ménage de 2 500 euros mensuels. Il baisse ensuite de manière importante quand le revenu s'élève.

Dans le domaine optique, les renoncements les plus importants touchent les personnes disposant d'un revenu du ménage inférieur à 1 300 euros. Il tend à diminuer ensuite quand le revenu s'élève jusqu'à 2 200 euros par ménage, puis se stabilise ensuite quel que soit le niveau de revenu (graphique 1).

L'analyse réalisée sur le revenu par unité de consommation (UC) du ménage montre, à âge et sexe comparable, une forte décroissance du renoncement pour les actes dentaires et/ou l'optique au fur et à mesure de l'augmentation du revenu par UC. L'indice traduisant le renoncement à âge et sexe comparable varie de 1,60 pour les personnes appartenant au quintile des revenus les plus faibles, à 0,46 pour celles appartenant au quintile des revenus les plus élevés (tableau 2).

Le renoncement pour les actes dentaires et/ou optiques par ailleurs est deux fois plus important chez les adultes qui ne disposent d'aucune couverture complémentaire maladie (20,3 % *versus* 9,1 %). Les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire renoncent également plus souvent que les autres, mais de manière nettement moins marquée que celles qui n'ont aucune complémentaire (tableau 3).

Le fait d'être chômeur augmente le taux de renoncement de plus de 40 % par rapport aux actifs, ce que confirme l'analyse à âge et sexe comparables.

Le fait d'appartenir à un ménage où le chef de ménage exerce une profession d'employé ou d'ouvrier augmente la probabilité de renoncer à des actes dentaires ou à l'achat d'optique, tout comme d'ailleurs pour un adulte, le fait d'appartenir à une famille monoparentale, à un ménage de plus de 5 personnes ou au contraire de vivre seul.

L'IRDES relève depuis de nombreuses années dans les enquêtes SPS cette information sur les renoncements aux soins par l'intermédiaire de la même question. Il serait donc théoriquement possible d'étudier l'évolution des taux de renoncement. Cependant, si la question n'a pas été modifiée au cours du temps, les méthodes de pondération ont évolué et ne permettent pas, du moins sans une harmonisation préalable (non disponible actuellement), une comparaison temporelle. Toutefois, les caractéristiques structurelles mentionnées précédemment restent les mêmes au cours du temps. ●

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

synthèse

En 2004, 10,0 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) et/ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement était plus fréquent chez les femmes (11,6 %) que chez les hommes (8,2 %). Il était au maximum entre 30 et 59 ans, puis diminuait avec l'âge.

Les renoncements aux soins dentaires et optiques augmentent de manière très sensible au-dessous d'un revenu de 2 500 euros mensuels pour un ménage. On constate depuis 1993 que les taux de renoncement sont toujours plus élevés lorsque le revenu diminue. Ils sont plus importants chez les personnes vivant dans des ménages d'employés et d'ouvriers, chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie.

Graphique 1 • **Pourcentage d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction du revenu par ménage**

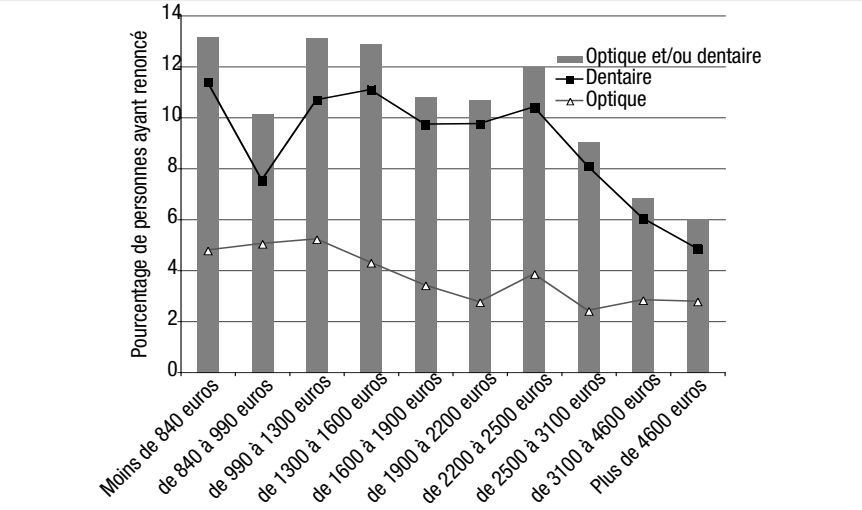


Tableau 1 • **Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction du revenu du ménage**

Revenu mensuel du ménage	Taux pondéré de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Moins de 840 euros	13,16	1,49
de 840 à 990 euros	10,13	1,18
de 990 à 1 300 euros	13,13	1,55
de 1 300 à 1 600 euros	12,89	1,40
de 1 600 à 1 900 euros	10,8	1,11
de 1 900 à 2 200 euros	10,69	1,03
de 2 200 à 2 500 euros	11,98	1,18
de 2 500 à 3 100 euros	9,07	0,83
de 3 100 à 4 600 euros	6,87	0,62
Plus de 4 600 euros	6,04	0,53

Tableau 2 • **Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction du revenu par unité de consommation**

Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintile (Indice OCDE)	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Premier quintile [0 à 728 euros]	15,17	1,60
Deuxième quintile [728 à 1 000 euros]	11,91	1,24
Troisième quintile [1 000 à 1 300 euros]	10,59	1,05
Quatrième quintile [1 300 à 1 715 euros]	8,61	0,83
Cinquième quintile [plus de 1 715 euros]	4,97	0,46

Tableau 3 • **Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins ou prothèses dentaires et/ou à l'achat de lunettes ou lentilles dans les 12 mois précédents en fonction de la couverture sociale**

Présence d'une couverture complémentaire privée et/ou CMU	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Oui	9,06	0,89
Non	20,29	2,52
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire à titre privé		
Oui	8,94	0,89
Non	17,54	1,95
Bénéficiaire de la CMU complémentaire		
Oui	12,03	1,09
Non	9,86	0,99

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

SOURCE • Enquête Santé Protection Sociale (SPS) 2004 de l'IRDES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête SPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998.
Calcul de l'indice de renoncement : dans une première étape, un taux de renoncement est calculé sur tout l'échantillon par classe d'âge et sexe. Puis, à chacun des individus est affecté le taux de renoncement théorique correspondant à sa classe d'âge et de sexe. On obtient un taux théorique de renoncement pour chaque catégorie de la variable d'intérêt. L'indice est le rapport dans chaque classe entre le taux observé et le taux théorique. Quand il est calculé sur toute la population, la valeur 1 est la moyenne de la population.

LIMITES ET BIAIS • Cette enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.
La question du renoncement n'est posée qu'à une seule personne adulte du ménage, le plus souvent l'assuré principal qui correspond à la personne tirée dans les fichiers des caisses de Sécurité sociale. Cette question relève uniquement les renoncements aux soins pour raisons financières.

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

Infection VIH-sida

Cet objectif est également l'un des objectifs du programme national de lutte contre le VIH/sida[1] et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008 de la Direction générale de la santé. Il a été décliné dans cinq domaines d'intervention dont la prévention, le dépistage, le suivi et la prise en charge thérapeutiques. Dans le cadre de la loi de santé publique, il s'agit de réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000). Les indicateurs sont issus de la déclaration obligatoire du sida qui existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH qui a été mise en place en mars 2003.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Incidence des cas de sida

Alors que le nombre annuel de cas de sida avait atteint un pic en 1994 avec près de 5 800 diagnostics, une diminution très importante a été observée en 1996 (environ 4 000 diagnostics) et en 1997 (environ 2 300), du fait de l'introduction des puissantes associations d'antirétroviraux.

Entre 1998 et 2002, le nombre de cas de sida diagnostiqués chaque année a ensuite diminué de façon plus faible, d'environ 5 % par an. Les diminutions sont plus marquées pour les années 2003 et 2004, mais pourraient être liées à l'introduction de la notification obligatoire d'infection à VIH et au fait que les cliniciens peuvent omettre d'adresser une fiche de notification de sida lors d'une découverte de séropositivité concomitante à celle du sida (graphique 1).

Le nombre de cas de sida diagnostiqués en 2004 était estimé à 1 530 (compte tenu des délais de déclaration et d'une sous-déclaration de 15 %), ce qui aboutit à une incidence annuelle de 2,5 pour 100 000.

Les régions les plus touchées étaient les départements français d'Amérique et l'Île-de-France, avec pour 2004 des taux d'incidence respectifs de 15,2 et 6,0 pour 100 000.

La courbe du taux d'incidence du sida en France est comparable depuis 1997 à celle de l'ensemble des pays de l'Europe occidentale.

Incidence des nouveaux diagnostics d'infection VIH

Le recul n'étant pas encore suffisant depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH, il n'est pour l'instant pas possible de donner des tendances dans l'incidence des nouveaux diagnostics VIH (ou découvertes de séropositivité). Il a néanmoins été estimé que le nombre de découvertes de séropositivité en 2004 était environ de 7 000.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida non dépistées ou non traitées auparavant

En 2004, presque la moitié (45 %) des personnes pour lesquelles un diagnostic de sida a été révélé ignoraient leur séropositivité. Parmi celles qui connaissaient leur séropositivité, plus de la moitié (54 %) n'avaient pas bénéficié préalablement d'un traitement antirétroviral (tableau 1).

Inversement, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2004, 16 % étaient à un stade clinique de sida.

Proportion d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics d'infection VIH

Parmi les découvertes de séropositivité en 2004, 23 % étaient des infections récentes, datant de moins de 6 mois. ●

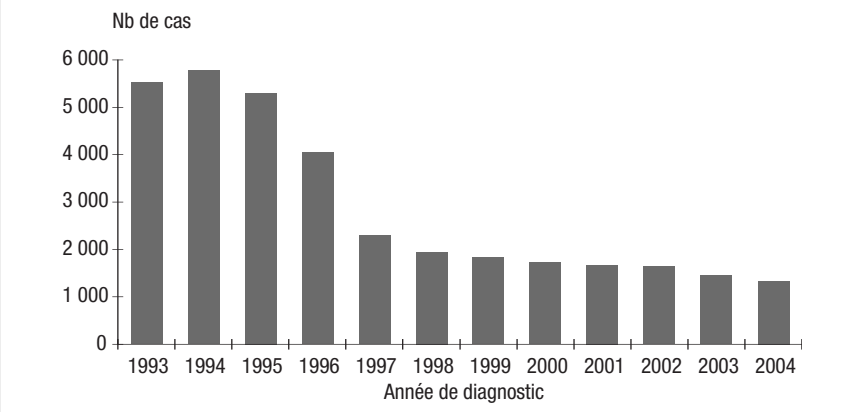
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

1. VIH : Virus de l'immunodéficience humaine ; sida : Syndrome d'immunodéficience acquise. L'infection par le VIH (séropositivité au VIH) précède la maladie qu'est le sida.

synthèse

L'incidence du sida a diminué de façon très marquée en 1996-1997, puis de façon plus faible ensuite. L'interprétation des tendances récentes (2003 et 2004) est difficile en raison d'une diminution liée à la mise en place de la notification obligatoire du VIH.
Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique et l'Île-de-France.
La France, avec un taux d'incidence du sida de 2,5 pour 100 000 en 2004, reste un des pays du sud de l'Europe occidentale assez touché, après néanmoins le Portugal, l'Espagne et l'Italie.

Graphique 1 • **Évolution du nombre de cas de sida par année de diagnostic (InVS, données redressées au 30/09/2005)**



CHAMP • France entière (métropole + DOM).

SOURCES • Déclaration obligatoire du sida et du VIH (Institut de veille sanitaire).

LIMITES ET BIAIS • Sous-déclaration estimée à 15% pour la notification obligatoire du sida (jusqu'en 2002) et à 40% pour la notification obligatoire du VIH (en 2004).

RÉFÉRENCE •
- Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004, BEH 2005, 46-47 : 230-2.

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

Tableau 1 • **Répartition des cas de sida adultes en fonction de la connaissance ou non de la séropositivité au moment du diagnostic du sida et de l'éventualité d'un traitement antirétroviral pré-sida, par année de diagnostic (InVS, données au 30/09/2005)**

	Année de diagnostic du sida															
	1994-1997		**1998**		**1999**		**2000**		**2001**		**2002**		**2003***		**2004 ***	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Méconnaissance de la séropositivité VIH	4166	24,2%	857	44,2%	845	46,4%	790	45,8%	811	48,9%	803	49,4%	679	47,2%	566	45,1%
Connaissance de la séropositivité**	12967	75,3%	1076	55,5%	972	53,3%	933	54,1%	847	51,0%	813	50,1%	757	52,6%	686	54,6%
mais non prise d'antirétroviraux pré-sida	5169	(39,9)	558	(51,9)	466	(47,9)	464	(49,7)	413	(48,8)	427	(52,5)	358	(47,3)	368	(53,6)
et prise d'antirétroviraux*** pré-sida	7534	(58,1)	492	(45,7)	496	(51,0)	451	(48,3)	420	(49,6)	374	(46,0)	374	(49,4)	307	(44,8)
pas d'information sur le traitement	264	(2,0)	24	(2,2)	10	(1,0)	18	(1,9)	14	(1,7)	12	(1,5)	25	(3,3)	11	(1,6)
Pas d'information sur le dépistage	90	0,5%	6	0,3%	5	0,3%	1	0,1%	2	0,1%	8	0,5%	4	0,3%	4	0,3%
Total	**17223**	**100%**	**1939**	**100%**	**1822**	**100%**	**1724**	**100%**	**1660**	**100%**	**1624**	**100%**	**1440**	**100%**	**1256**	**100%**

* Données provisoires non redressées.
** Connaissance au moins 3 mois avant le diagnostic de sida.
*** Traitement pendant au moins trois mois.

Incidence de la tuberculose

La loi relative à la santé publique de 2004 préconise de stabiliser l'incidence de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 en 2001) d'ici à 2008. La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Les incidences nationales et régionales peuvent donc être estimées à partir des déclarations de nouveaux cas. L'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer dans la dernière décennie, passant de 11,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1997 à 9,2 en 2004. Cette incidence globale est en fait la résultante de situations très diverses au sein de groupes de population et de zones présentant un risque de maladie plus élevé sont identifiés par la déclaration obligatoire[1].
Plus que sur l'incidence globale, l'objectif porte à cet égard sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposées ». Il est nécessaire de suivre les indicateurs spécifiques correspondants.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de nouveaux cas de tuberculose déclarés par an, et répartition selon âge, sexe et résidence

En 1997, l'incidence globale de la tuberculose en France métropolitaine était de 11,5/100 000 avec 6 683 cas déclarés. Depuis cette date, l'incidence a diminué et était en 2004 de 9,2/100 000 (5 363 cas notifiés) (tableau 1).

Entre 1997 et 2004, l'incidence a baissé de façon continue chez les personnes âgées de 40 ans et plus alors qu'elle s'est stabilisée ou a légèrement augmenté dans les autres groupes d'âges. Depuis 1997, elle continue de croître parmi la population de nationalité étrangère alors qu'elle diminue régulièrement parmi la population de nationalité française (graphique 1). Les sujets jeunes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne sont les plus touchés par la tuberculose, avec des niveaux d'incidence atteignant 250 cas pour 100 000 chez les jeunes adultes (15 à 14 ans).

Enfin, il existe des disparités géographiques fortes, l'Île-de-France et Paris restant identifiées comme zones de plus forte incidence malgré une diminution de celle-ci dans les dix dernières années (graphique 2).

La situation épidémiologique actuelle de la tuberculose en France est similaire à celle de nombreux pays européens, par exemple l'Angleterre. Elle se caractérise par une augmentation de l'incidence parmi la population d'origine étrangère, une diminution parmi la population de nationalité française ou parmi les sujets nés en France, et par une concentration des cas dans les zones urbaines et notamment autour de la capitale.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Nombre de nouveaux cas de tuberculose admis en ALD

En 2003, 5 566 nouvelles attributions d'affection de longue durée (ALD29) pour tuberculose active ont été enregistrées par les trois régimes principaux de l'Assurance maladie.

Nombre de patients atteints de tuberculose bénéficiaires d'un traitement antituberculeux

En 2003, les données du régime général de l'assurance maladie, faisaient état de 6 471 patients traités par antituberculeux (au moins trois antituberculeux) soit 14,8/100 000 bénéficiaires du régime général (tableau 2). En extrapolant à l'ensemble de la population française, 9 063 cas de tuberculose auraient été recensés en 2003. ●

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

1. InVS, *Bull Epidemiol Hebd*, 2004 ; 4 : 13-16.

synthèse

L'incidence de la tuberculose continue à diminuer en France.
Cependant, les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes : augmentation de l'incidence parmi la population d'origine étrangère, diminution de l'incidence parmi la population d'origine française, concentration des cas en Île-de-France et dans les zones urbaines.
La situation épidémiologique de la France est comparable à celle d'autres pays de l'Europe occidentale.

Tableau 1 • Nombre de nouveaux cas de tuberculose maladie en France métropolitaine entre 1997 et 2004

Année de déclaration	Nombre de nouveaux cas
1997	6 683
1998	6 475
1999	6 508
2000	6 539
2001	6 296
2002	6 162
2003	5 987
2004	5 363

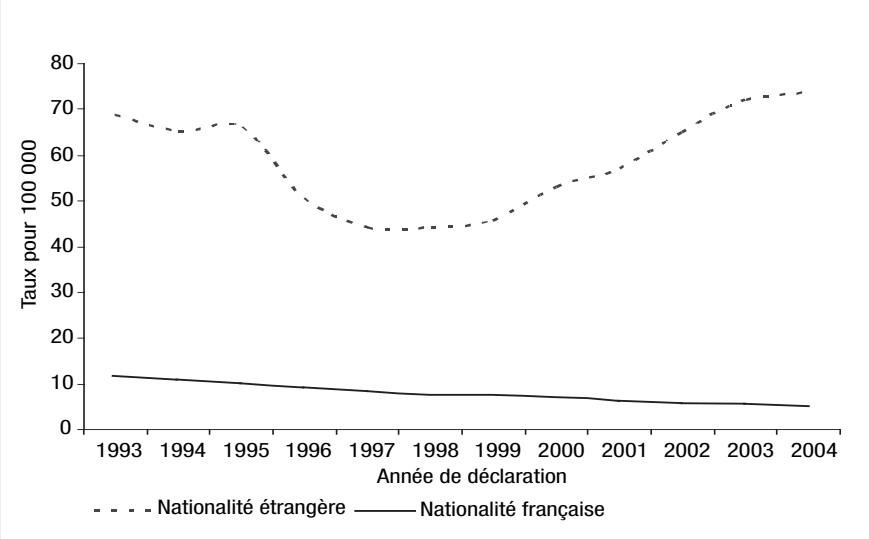
Source : InVS, Déclaration Obligatoire de tuberculose.

Tableau 2 • Patients prenant un traitement antituberculeux (au moins trois principes actifs) par classe d'âge et par sexe, en France, en 2003

Classes d'âge	Population		Hommes		Femmes	
	Effectif	Incidence[a]	Effectif	Incidence[a]	Effectif	Incidence[a]
0 à 4 ans	69	2,5	44	3,1	25	1,9
5 à 14 ans	135[b]	2,4	61	2,1	73	2,7
15 à 24 ans	647[b]	11,3	318	10,9	323	11,4
25 à 39 ans	1 934	20,8	1 187	25,6	747	16,0
40 à 59 ans	1 948	16,9	1 177	20,7	771	13,3
60 à 74 ans	1 050	18,9	591	23,1	459	15,3
75 ans et plus	688	21,5	304	26,5	384	18,7
Total	**6 471[b]**	**14,8**	**3 682**	**17,4**	**2 782**	**12,4**

Source : CNAMTS (régime général *stricto sensu*).
a. Nombre de cas pour 100 000 bénéficiaires *stricto sensu.*
b. Pour 7 patients, le sexe n'était pas précisé (un dans la classe d'âge 5-14 ans et six dans la classe d'âge 15-24 ans).

Graphique 1 • Incidence de la tuberculose maladie en France métropolitaine entre 1993 et 2004 selon la nationalité (taux pour 100 000)



Source : InVS, Déclaration Obligatoire de tuberculose.

CHAMP • France entière.

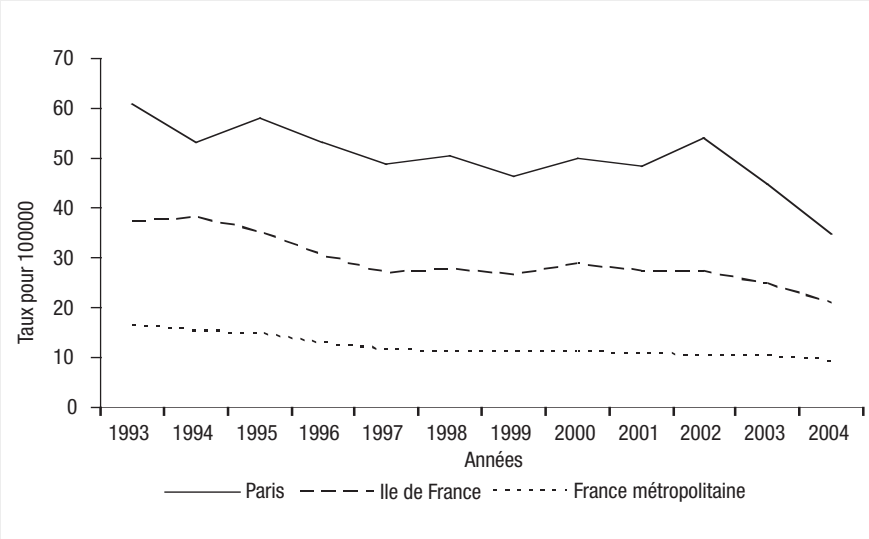
SOURCES • Populations de référence : statistiques démographiques (INSEE) ; nombre de cas : données de la déclaration obligatoire (InVS).

LIMITES ET BIAIS • Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives (taux d'exhaustivité estimé à 65 % sur l'ensemble du territoire et 80 % pour Paris).

RÉFÉRENCES •
- Che D., Bitar D., « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004 », *Bull Epidemiol Hebd* ; 18 : 121-125, InVS.
- Collectif, 2005, « Le point sur la tuberculose », *Bull Epidemiol Hebd* ; 17-18 : 66-69, InVS.

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

Graphique 2 • Incidence de la tuberculose maladie en France métropolitaine entre 1993 et 2004 selon le lieu de résidence (taux pour 100 000)



Source : InVS, Déclaration Obligatoire de tuberculose.

CHAMP • Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2003 *stricto sensu* excluant les sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants) soit 70 % environ de la population française.

SOURCE • CNAMTS : remboursements de médicaments antituberculeux.

LIMITES ET BIAIS • Les données de remboursement ne permettent pas de distinguer les traitements pour tuberculose maladie des traitements débutés et interrompus par la suite (en cas d'examens microbiologiques négatifs par exemple). Les antibiotiques de deuxième ligne n'ont pas été pris en compte (fluoroquinolones par exemple) ainsi que les délivrances hospitalières exclusives. Enfin, les patients ayant changé de caisse d'affiliation ont pu être comptabilisés plus d'une fois au cours d'une année.

RÉFÉRENCE •
- Allenbach D. *et al.* 2004, « La population traitée par médicaments antituberculeux en 2003 : les données du régime général de l'assurance maladie », *Revue Médicale de l'assurance maladie,* Vol. 35, n° 4.

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

Vaccination contre la grippe des groupes à risque

L'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale retenu par la loi de santé publique est centré sur les populations à risque et les professionnels à leur contact.
Il s'agit d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes cibles : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008. Les personnes à risque sont soit âgées de 65 ans ou plus, soit atteintes par différentes affections chroniques ou situations susceptibles d'être décompensées par la grippe. Les indicateurs suivis sont ici cadrés sur les recommandations vaccinales, en l'occurrence les 9 ALD pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. Actuellement, la prise en charge de la vaccination contre la grippe à partir de 65 ans inclut l'ensemble des personnes âgées et celles qui souffrent d'une ALD exonérante. En conséquence, les données relatives à la couverture vaccinale des personnes en ALD exonérante ne concerneront que les personnes de moins de 65 ans.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus

Lors de la campagne de l'hiver 2004-2005, le taux de délivrance des vaccins était égal à 64 % pour les assurés de la CNAMTS. Les enquêtes réalisées par la TNS-SOFRES montraient toutefois un taux un peu plus élevé mais relativement stable depuis quelques années : 67 % en 2002-2003, 68 % en 2004-2005.

Le taux de vaccination des 65-69 ans reste plus faible que celui des personnes de 70 ans et plus pour qui la prise en charge est plus ancienne (tableau 1).

En termes de comparaison internationale, d'après la base de données ECOSANTE 2005 de l'OCDE, les taux de vaccination contre la grippe des plus de 65 ans ne sont connus que pour la moitié des 15 « premiers » pays de l'Union européenne. Les taux disponibles montrent une amélioration progressive d'année en année, les taux les plus élevés en 2003 étant de 79 % aux Pays-Bas et de 71 % au Royaume-Uni.

Taux de vaccination contre la grippe des personnes de moins de 65 ans ayant une des 9 ALD donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination

Parmi les personnes de moins de 65 ans ayant une des 9 ALD « exonérantes » pour la vaccination, 50,8 % ont fait l'objet d'une délivrance gratuite de vaccin contre la grippe après l'envoi de la prise en charge par la CNAMTS fin 2004.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion de professionnels du secteur sanitaire ou social déclarant avoir été vaccinés contre la grippe

Selon les données disponibles, le taux de vaccination contre la grippe des médecins généralistes était estimé à 66 % au cours de l'hiver 2004-2005, et celui des infirmières libérales, à 31 %.

En maison de retraite, le taux était globalement estimé à 38 %, avec là encore des disparités selon les professions : 63 % pour les médecins, 29 % pour les infirmières, 29 % pour les aides-soignantes.

Le taux de vaccination apparaît particulièrement faible dans les services d'urgence avec une estimation de 29% (médecins : 47%, infirmières : 19%, aides-soignants : 23 %) (tableau 2). ●

synthèse

En 2004-2005, les taux de vaccination contre la grippe de l'ensemble des personnes à risque est de 62,5 % : 63,9 % pour les plus de 65 ans et 50,8 % pour les moins de 65 ans ayant une pathologie susceptible d'être décompensée par la grippe (« ALD exonérante »).
Le taux de vaccination des professionnels reste limité : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite.

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

Tableau 1 • **Taux de vaccination contre la grippe des populations à risque**

	Campagne 2002-2003	Campagne 2004-2005
65 ans ou plus		**63,9 %**
dont 65-69 ans		*45,5 %*
dont 70 ans ou plus		*70,8 %*
Moins de 65 ans en ALD exonérantes		**50,8 %**
Global	**63,3 %**	**62,5 %**

Champ : France métropolitaine, travailleurs salariés et leurs ayants droit uniquement.
Source : CNAMTS.

CHAMP • France métropolitaine, assurés sociaux et ayants droit de la CNAMTS.

SOURCE • CNAMTS.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • 1) rapport du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la période de campagne au nombre d'assurés ou ayants droit âgés de 65 ans ou plus.
2) rapport du nombre de personnes de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la période de campagne au nombre d'assurés ou ayants droit de moins 65 ans ayant une ALD exonérante.

LIMITES ET BIAIS • Ces données ne concernent que le régime général des travailleurs salariés. Par ailleurs, elles concernent la délivrance du vaccin dans les officines et non *stricto sensu* la vaccination.

RÉFÉRENCE •
- CNAMTS, 2005, « Campagne d'information nationale 2005 - vaccination antigrippale », Dossier de presse.

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

Tableau 2 • **Vaccination contre la grippe des professionnels sanitaires et sociaux**

	2004-2005
Médecins généralistes	66,0 %
Infirmiers libéraux	31,0 %
Personnels de maison de retraite	38,0 %
Personnels des services d'urgence	29,0 %

Champ : France.
Source : DGS TNS-SOFRES.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCE • DGS enquête DGS/TNS-SOFRES.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre de professionnels ayant déclaré avoir été vacciné contre la grippe au cours de l'hiver 2004-2005, au nombre de professionnels interrogés au cours d'un entretien téléphonique (CATI) N = 1 646.

LIMITES ET BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives

RÉFÉRENCE •
- TNS-DGS, 2005, « Bilan de la vaccination grippale parmi les professionnels de santé ».

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DGS/TNS-SOFRES.

Maladies diarrhéiques

Les maladies diarrhéiques sont des maladies intestinales bactériennes ou virales. En France et dans les pays de niveau de développement comparable, le taux de mortalité pour ces maladies infectieuses intestinales est relativement faible avant l'âge d'1 an alors qu'il s'agit d'une préoccupation importante de santé publique dans les pays en développement. La loi de santé publique préconise de réduire d'ici à 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà). Pour les personnes de 65 ans ou plus, on constate une augmentation du taux de mortalité avec l'avancée en âge. L'évolution démographique attendue (vieillissement de la population) nécessite de suivre la mortalité due à cette pathologie

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales

En 2002, on comptait 836 décès par maladies infectieuses intestinales (dont 60 % de femmes) 739 concernaient des personnes de 65 ans et plus.

Ces effectifs ne prenaient pas en compte les décès pour lesquels une maladie diarrhéique avait été déclarée sans mention de cause infectieuse (classée dans le chapitre des maladies digestives). Le nombre de 836 décès annuels était ainsi sûrement sous-estimé, les taux de décès standardisés étant plus élevés chez les hommes (tableau 1).

Les taux bruts de mortalité sont plus élevés lorsqu'on avance en âge et plus particulièrement après 85 ans (graphique 2).

Entre 2000 et 2002[1], on notait une tendance à la diminution des taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales pour les enfants de moins d'1 an (tableau 2). Sur la même période, chez les personnes des deux sexes âgées de 65 ans et plus, les taux standardisés pouvaient être considérés comme stables compte tenu de la brièveté de la période d'observation (tableau 1).

Enfin, de fortes disparités régionales étaient enregistrées, mais ces résultats devaient être considérés avec prudence, les effectifs étant très faibles. Si on regroupe les décès enregistrés sur trois ans, de 2000 à 2002, les taux de mortalité les plus élevés étaient constatés en Alsace, Rhône Alpes, Bretagne, Picardie et Franche Comté.

En 2001, le taux standardisé de mortalité par maladies diarrhéiques pour 100 000 habitants chez les enfants de moins de 5 ans était compris entre 2,01 pour la Lettonie et 0,12 pour le Royaume-Uni. La France enregistrait un taux de 1,11[2]. ●

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

1. Le changement de codage des causes de décès à partir de l'année 2000 entraîne une augmentation des chiffres par rapport aux années précédentes (voir « biais connus » page suivante). On se limite donc ici aux comparaisons à partir de l'année 2000.
2. European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe Updated : June 2005 ; http://data.euro.who.int/hfadb/

synthèse

Les maladies infectieuses intestinales ne comptaient en 2002 que pour 836 (soit 0,16 %) au sein de l'ensemble des décès en France, même si ce chiffre était sûrement sous-estimé. Les taux de décès standardisés sont plus élevés chez les hommes. Les taux bruts sont plus élevés lorsqu'on avance en âge et plus particulièrement après 85 ans.
Entre 2000 et 2002 on notait une tendance à la diminution des taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales pour les enfants de moins d'1 an. Sur la même période, chez les personnes des deux sexes âgées de 65 ans et plus, les taux standardisés pouvaient être considérés comme stables.

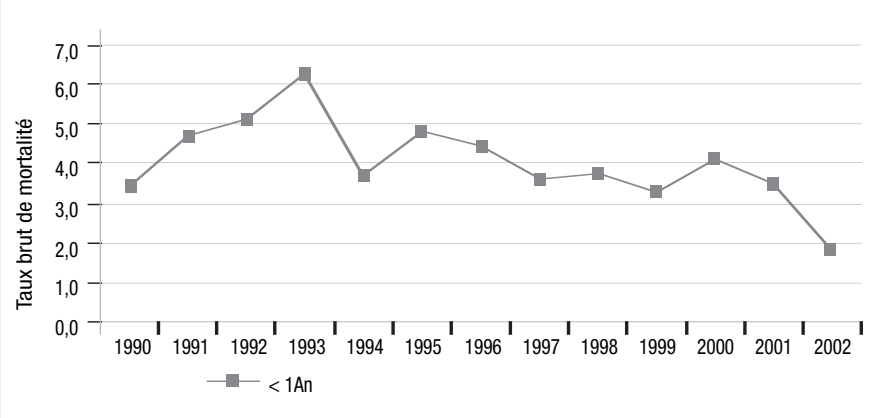
Tableau 1 • **Évolution des taux de décès standardisés de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 chez les hommes et les femmes entre 2000 et 2002**

Années		0-64 ans	65 ans et plus	Tous âges
2000	Hommes	0,4	8,0	1,2
	Femmes	0,2	7,2	0,9
2001	Hommes	0,3	6,3	0,9
	Femmes	0,2	5,6	0,8
2002	Hommes	0,2	7,1	1,0
	Femmes	0,2	5,8	0,8

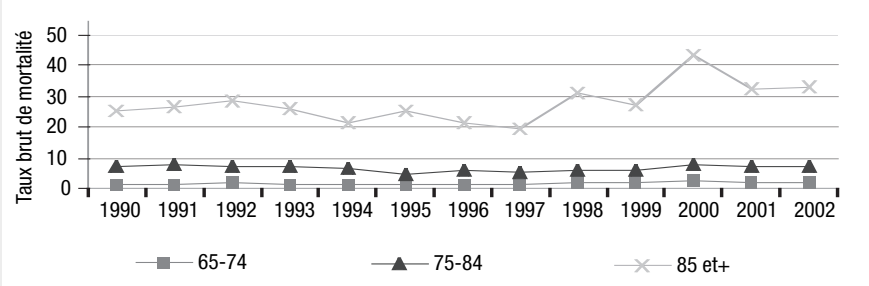
Tableau 2 • **Évolution des taux bruts de mortalité par maladies infectieuses intestinales par âge entre 2000 et 2002**

Années	< 1An	65-74	75-84	85 et +	0-64	65 et +	Tous âges
2000	4,1	2,4	7,7	43,6	0,3	9,5	1,7
2001	3,5	1,7	7,2	32,6	0,2	7,4	1,4
2002	1,8	2,0	7,5	33,4	0,2	7,6	1,4

Graphique 1 • **Évolution des taux bruts de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 des enfants de moins de 1 an entre 1990 et 2002**



Graphique 2 • **Évolution des taux bruts de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 des personnes âgées entre 1990 et 2002**



CHAMP • France entière.

SOURCE • INSERM-CépiDc, données annuelles.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • numérateur : codes CIM9 002-009 de 1990 à 1999, CIM10 A01-A09 à partir de 2000 ; dénominateur : population française de l'année considérée (INSEE) ; population de référence pour la standardisation : Eurostat-Pop Europe-IARC 1976.

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Cet effectif de décès ne prend pas en compte les décès où une maladie diarrhéique a été déclarée sans mention de cause infectieuse (alors classée dans le chapitre des maladies digestives). Le nombre de décès annuels est ainsi probablement sous-estimé.

BIAIS CONNUS • Changement de codage depuis 2000 (CIM9 à CIM10) entraînant une augmentation des chiffres de décès pour cette cause.

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

Infections sexuellement transmissibles

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 préconise de réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque ainsi que la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2. Les réseaux de surveillance des gonococcies et des infections à *chlamydiae* reposent sur la participation des biologistes volontaires, celui de la syphilis étant composé de cliniciens volontaires[1].

• Pour les infections à gonocoque (Réseau RENAGO), l'indicateur est le nombre de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (NG/Lab/an). Un laboratoire actif est un laboratoire ayant participé au moins 6 mois sur 12 à cette surveillance.

• Pour les infections à *chlamydiae* (Réseau RENACHLA), il existe 2 indicateurs, le nombre total de recherches de *chlamydiae* et le nombre total de prélèvements positifs à *chlamydiae*.

• Pour la surveillance de la syphilis, l'indicateur principal correspond au nombre de cas de syphilis infectieuses selon trois stades cliniques (primaire, secondaire, latente précoce datant de moins d'1 an). Le nombre annuel de boîtes d'Extencilline ® vendues constitue l'indicateur secondaire, ce médicament étant le traitement quasi exclusif de la syphilis.

Concernant la prévalence de l'infection à herpes virus de type 2 (HSV2) en France, une étude de séro-épidémiologie rétrospective est en cours en 2006.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif

En 2004, 231 laboratoires actifs (74 % statut privé, 26 % statut public) ont participé au réseau de surveillance. Le nombre de gonocoques isolés par ces laboratoires s'élevait à 548 souches chez des adultes, dont 498 chez des hommes et 50 chez des femmes. Le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire et par an était donc de 2,48, soit une hausse de 16 % par rapport à 2003 et de 48 % depuis 2002, la hausse étant plus importante chez les hommes (2,15 NG/lab/an ; +15 %) et en Île-de-France (5,5 NG/lab/an ; +25 %). L'indicateur présentait une hausse plus faible dans les régions hors Île-de-France (1,7 NG/lab/an ; +13 %) et une stabilité chez les femmes (0,22 NG/lab/an) (graphiques 1 et 2). Le sex-ratio était de 10 hommes pour une femme en 2004, l'âge médian des hommes étant de 31 ans et celui des femmes de 25,5 ans. Chez les hommes, 61 souches sur 548 (12 %) ont été isolées au niveau anal.

Nombre de diagnostics de syphilis déclarés par les centres volontaires

En 2004, 402 cas de syphilis ont été déclarés contre 448 en 2003 et 417 en 2002. On observe pour la première fois en 2004 une baisse (-10 %) du nombre de cas déclarés. En Île-de-France, il avait diminué de 279 à 236 soit une diminution de 15 %. Dans les autres régions, le nombre de cas était déclaré stable (169 en 2004 contre 166 en 2002). Les formes primaires de la maladie représentaient, en 2004, 25 % des cas, les formes secondaires 38 % et les formes latentes précoces 37 % des cas (graphiques 3 et 4). Les patients atteints de syphilis étaient majoritairement des hommes (96 %) dont 86 % se déclarent homosexuels ou bisexuels. L'âge médian des patients masculins était de 36 ans, celui des femmes de 31,5 ans.

La proportion de personnes infectées par le virus de l'immunodéficience acquise (VIH) parmi les hommes homosexuels ou bisexuels atteints de syphilis était de 48 % en 2004, en baisse par rapport à 2002, année où cette proportion était de 57 %.

Nombre de *Chlamydiae trachomatis* identifiées par an par laboratoire participant

63 laboratoires (67 % de statut privé, 32 % de statut public) ont participé chaque mois au réseau de surveillance de janvier 2002 à décembre 2004. Le nombre moyen de *Chlamydiae trachomatis* isolé par laboratoire et par an était de 35 soit une hausse de 37 % depuis 2002, alors que le nombre de tests réalisés par les laboratoires pour recherche de *Chlamydiae trachomatis* a peu augmenté pendant la même période (6 %). Cette hausse concerne les hommes (41 %) et les femmes (35 %) (graphiques 5 et 6) et elle est plus importante en Île-de-France (47 %) que dans les autres régions (30 %).

■ INDICATEUR SECONDAIRE

Nombre de boîtes d'Extencilline® vendues

Selon le GERS (Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques), le nombre de boîtes d'Extencilline® vendues en Île-de-France est demeuré stable entre 2003 et 2004. Le nombre de boîtes vendues hors Île-de-France a augmenté de 5 % entre 2003 et 2004. Ce médicament est le traitement quasi exclusif de la syphilis. ●

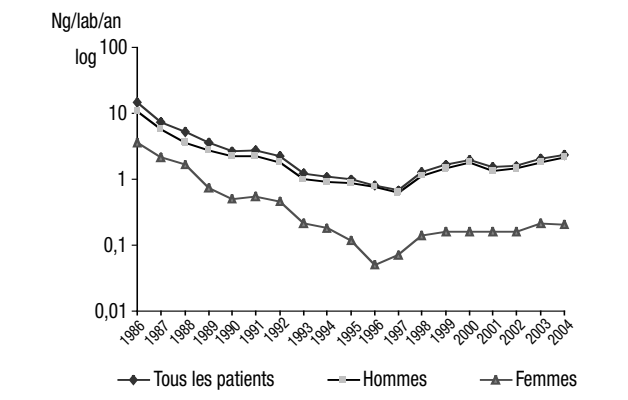
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

1. Depuis 2000, la syphilis n'est plus une maladie à déclaration obligatoire.

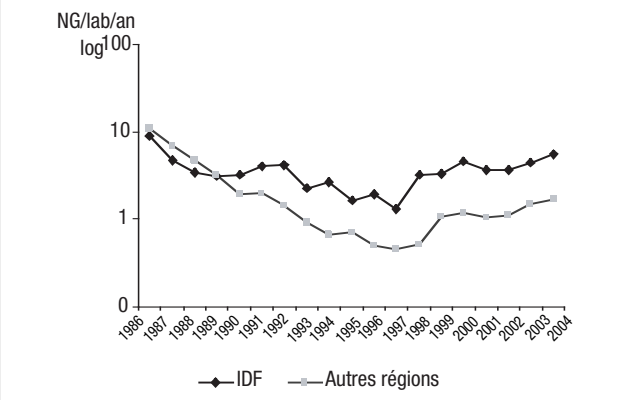
synthèse

En 2004, le nombre de cas déclarés de syphilis a diminué en Île-de-France, il est resté stable dans les autres régions. Cette tendance devra être confirmée dans les années à venir. Les infections à gonocoque et à chlamydiae *déclarées étaient en augmentation par rapport à 2003.*
Ces données, issues de réseaux volontaires, sont utiles pour dégager des tendances dans le temps mais ne permettent pas des calculs d'incidence.

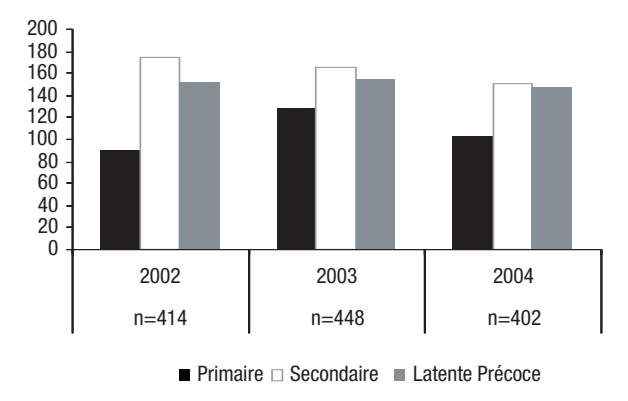
Graphique 1 • **Infections à gonocoque, évolution de l'indicateur RENAGO, 1986-2000, tous les patients et par sexe**



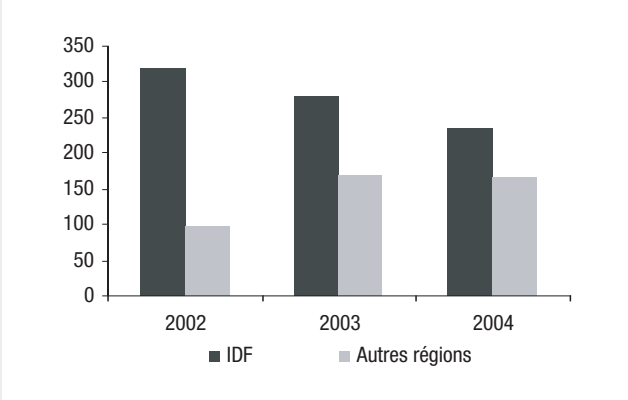
Graphique 2 • **Infections à gonocoque, évolution de l'indicateur RENAGO, 1986-2000 en Île-de-France et dans les autres régions**



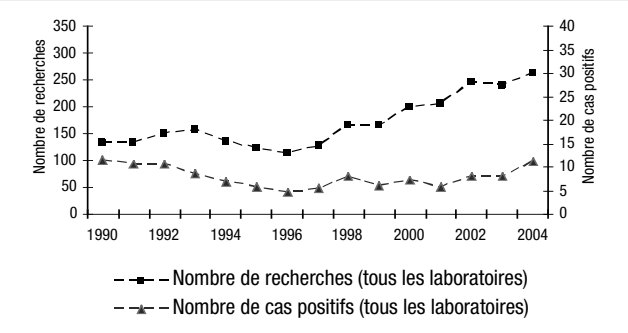
Graphique 3 • **Nombre de syphilis déclarées, 2002-2004, par stades de la maladie**



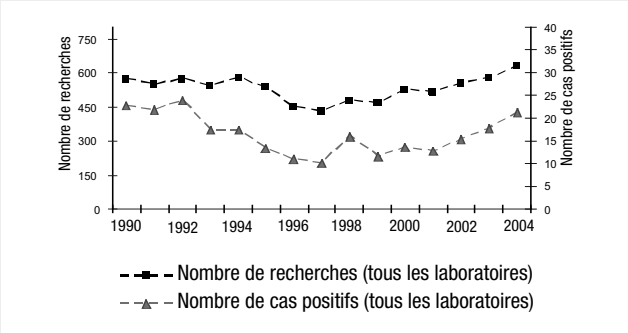
Graphique 4 • **Nombre de syphilis déclarées, 2002-2004 en Île-de-France et dans les autres régions**



Graphique 5 • ***Chlamydiae trachomatis*. Nombre de recherches et de cas positifs chez l'homme : RENACHLA 1990-2004**



Graphique 6 • ***Chlamydiae trachomatis.* Nombre de recherches et de cas positifs chez la femme : RENACHLA 1990-2004**



CHAMP • France entière, indicateurs annuels.

SOURCES • Biologistes et cliniciens volontaires collaborant.

LIMITES • Données issues de réseaux volontaires permettant de dégager des tendances dans le temps. Le calcul d'incidence n'est pas possible avec ces données.

RÉFÉRENCES •

- Les infections à *Chlamydia trachomatis* en France en 2003 : données du réseau Rénachla
- http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/chlamydia_trachomatis. pdf
- Les infections à gonocoque en 2001-2003 : données du réseau Renago http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm
- La syphilis en France, 2000-2003 http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/syphilis.pdf

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS.

Couverture vaccinale de la population (1)

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale favorisent le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Le suivi des maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie…) permet d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. 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 nécessaires une connaissance précise de la couverture vaccinale des adultes et le rattrapage et/ou l'entretien de la vaccination de cette tranche d'âge de la population. L'objectif retenu par la loi de santé publique est d'atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 % à 98 %).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois : pourcentage d'enfants à jour des vaccinations contre la tuberculose (BCG), la diphtérie (D), le tétanos (T), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), *haemophilus influenzae* B (Hib), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

La mesure principale du taux de couverture vaccinale est effectuée sur la base des certificats de santé des nourrissons de 24 mois, avec une analyse au niveau départemental par les services de PMI puis une exploitation nationale des résultats par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la Santé (DREES).

Le tableau 1 reprend l'évolution des chiffres de couverture vaccinale à 24 mois de 1995 à 2003, montrant essentiellement une excellente couverture vaccinale DTCP (supérieures à 95 % pour 4 doses) et Hib (supérieures à 85 % pour 3 doses) ainsi qu'une couverture par le BCG autour de 85 %. Par contre, la couverture ROR reste inférieure à 90 % et la couverture contre l'hépatite virale B ne dépasse pas 30 %.

La France se situe, au sein des pays industrialisés, parmi ceux où les couvertures sont les meilleures pour la polio, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et les infections à *Haemophilus influenzae* B, mais est moins performante pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B (tableau 2).

En 2003, des disparités régionales étaient enregistrées pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole à l'âge de 2 ans, avec la mise en évidence d'un gradient Nord Sud (carte 1).

Couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans : pourcentage d'enfants à jour des vaccinations BCG et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

À 6 ans, il n'y a pas de recueil systématique de la couverture vaccinale, mais des enquêtes en dernière année de maternelle sont menées à l'occasion du bilan de santé effectué avant l'entrée en primaire par les services de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE). Jusqu'en 2000, elles étaient réalisées environ tous les 2 ans[1] en partenariat avec la DREES, et les indicateurs utilisés concernaient les vaccinations ROR. En 2002, après la mise en place du cycle d'enquêtes triennales (DREES, DESCO, DGS, InVS), l'enquête a concerné tous les antigènes compris dans le calendrier vaccinal des enfants de cet âge.

On observe ainsi un rattrapage pour le BCG avec des couvertures variant de 93 à 99 %, ainsi qu'une amélioration progressive de la couverture par la vaccination ROR, mais même à 6 ans, celle-ci ne dépasse pas 95 % (tableau 3).

1. Sauf en 1995

Tableau 1 • Évolution des couvertures vaccinale BCG, DTCP, Hib, VHB, ROR des enfants âgés de 2 ans entre 1995 et 2003 (%)

Taux de couverture vaccinale	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
BCG	82,7	81,7	81,8	81,1	82,6	83,1	83,0	85,0	84,6
Diphtérie-tétanos - 3 injections	97,1	97,4	97,6	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5
3 inj + rappel	88,5	89,8	89,7	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3
Coqueluche - 3 injections	95,9	96,7	96,8	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7
3 inj + rappel	87,3	89,0	88,8	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8
Poliomyélite - 3 injections	96,9	97,1	97,4	97,2	97,6	98,0	98,0	97,4	96,2
3 inj + rappel	88,1	89,4	89,3	87,4	87,5	87,7	87,7	88,3	89,1
Haemophilus inflenzae B*				79,4	84,5	86,1	85,8	86,5	86,6
Hépatite B				27,5	23,9	26,0	28,0	29,2	27,6
Rougeole	82,6	83,8	83,3	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9	87,3
Oreillons					81,0	83,5	84,2	85,7	87,1
Rubéole	81,5	83,1	82,5	81,9	82,3	83,8	84,2	85,6	87,0

* 3 injections plus rappel.
Sources : DREES et certificats de santé.

Tableau 2 • **Couverture vaccinale des enfants âgés de 2 ans de pays de l'Union européenne et des États-Unis en 2000 (%)**

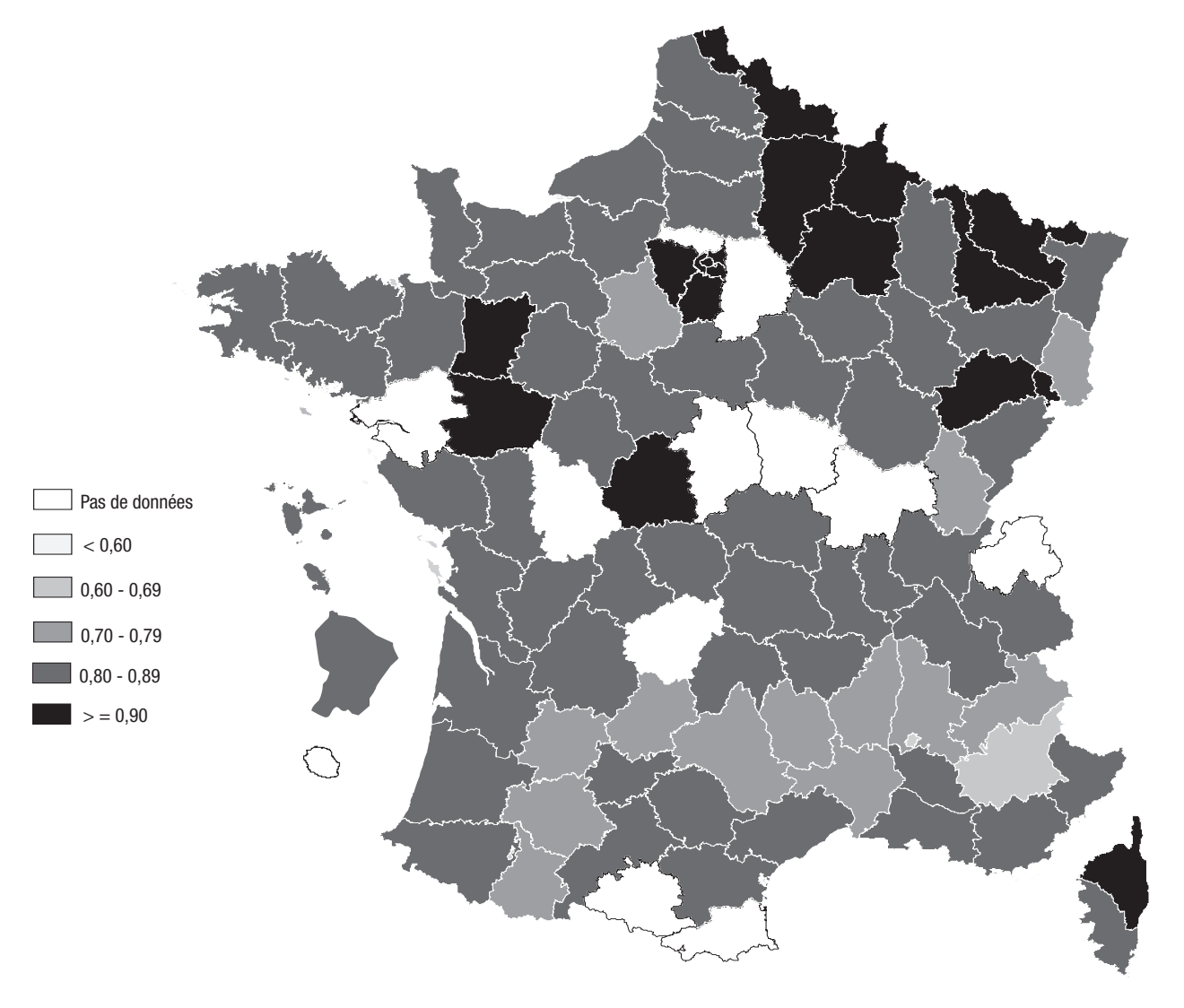
	BCG	Diphtérie	Tétanos	Polio	Coqueluche	Rougeole	Hib	VHB
Allemagne	ND	97	97	95	97	75	79	29
Autriche	ND	90	90	95	90	90	ND	ND
Belgique	ND	95	95	94	95	73	ND	ND
Danemark	ND	99	99	99	99	92	ND	ND
Espagne	ND	95	95	95	95	ND	92	80
États Unis	ND	94	94	90	94	91	93	90
Finlande	99	99	99	95	99	96	96	ND
Grande-Bretagne	ND	92	92	92	92	91	92	ND
Grèce	88	88	88	87	88	88	88	88
Irlande	90	86	86	86	86	77	ND	ND
Italie	ND	95	95	97	95	70	ND	97
Luxembourg	59	98	98	98	98	91	86	49
Norvège	98	95	95	91	95	93	ND	ND
Pays-Bas	ND	97	97	97	97	96	96	ND
Portugal	88	97	97	96	97	96	ND	96
Suède	ND	99	99	99	99	96	98	ND
Suisse	ND	90	90	98	90	90	ND	ND

ND : Non disponible, le BCG n'étant pas inclus dans le calendrier de ces pays.
Sources : Rapports EUVAX 2001 et OMS 2002 WHO/V&B/02.20 : R42-R234.

SOURCE • DREES - L'outil de recueil est, dans le carnet de santé, le certificat de santé rempli lors de la visite obligatoire du 24e mois (CS24), permettant de relever le statut vaccinal de l'enfant par valence.

LIMITES • Les CS24 renvoyés concernent les enfants qui résident dans le département à l'âge de 24 mois, et non les enfants nés dans le département. Cette limite disparaît quand on analyse les données agrégées au niveau national. D'autre part, le taux d'exploitation national des CS24 est actuellement d'environ 57 % par rapport aux naissances vivantes.

Carte 1 • **Couverture vaccinale ROR à 2 ans en 2003, données des certificats de santé du 24e mois**



Sources : DREES, 26/10/2004, certificats de santé.

Couverture vaccinale de la population (2)

Couverture vaccinale des adolescents en classe de troisième : pourcentage d'adolescents à jour des vaccinations contre la diphtérie (D), le tétanos (T), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), *haemophilus influenzae* B (Hib), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

Dans cette tranche d'âge (15 ans +/- 2 ans), il n'y avait pas de recueil systématique de la couverture vaccinale jusqu'en 2000. Depuis cette date, existent les enquêtes triennales réalisées en collège, concernant tous les antigènes compris dans le calendrier vaccinal des adolescents de cet âge.

Les résultats de la première enquête, réalisée en 2000, révélaient les taux de couverture suivante : DTP (au moins 6 doses) 87,9 %, rougeole 86,9 %, rubéole 86,5 % oreillons 84,1 % et 65 % pour hépatite B (3 doses). Cependant les données préliminaires de l'enquête réalisée en 2003 sont en faveur d'une couverture hépathite B chez l'adolescent inférieure à 50 %.

Couverture vaccinale des adultes : pourcentage d'adultes à jour de leur vaccination tétanos et poliomyélite

L'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) menée par le CREDES/IRDES en 2002 en France métropolitaine a permis de connaître la couverture vaccinale déclarée par les adultes.

Pour le tétanos : 87,6 % des personnes (IC 95 % : 86,7- 88,4) déclaraient avoir été vaccinées au cours de leur vie, parmi lesquelles 69 % avaient eu un rappel datant de moins de 10 ans.

Cette couverture diminue avec l'âge en particulier chez les plus de 65 ans (81 %, dont 62 % ayant reçu une dose il y a moins de 10 ans) surtout chez les femmes : 76,6 %, *versus* 86,9 % chez les hommes.

Pour la polio : 64,1 % des personnes (IC 95 % : 62,9 - 65,3) déclaraient avoir été vaccinées contre la poliomyélite, dont 53 % avec un rappel de moins de 10 ans.

La couverture est également moins élevée chez les plus de 65 ans (31 % dont 29 % avec un rappel de moins de 10 ans) sans différence significative entre hommes et femmes.

Ces chiffres révèlent une insuffisance de couverture des adultes.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Données de vente des différents vaccins

Le tableau 4 présente le nombre de doses de vaccins vendues pour chaque maladie.

Les données sont issues du Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS-officines) auxquelles ont été ajoutées les ventes aux collectivités, données fournies par les producteurs. Il s'agit de chiffres globaux et il est impossible d'en faire une analyse par âge. Il sera par contre intéressant de suivre ces données sur plusieurs années. ●

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

synthèse

L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants pour certaines maladies (diphtérie, tétanos polio, coqueluche). Elle doit par contre être améliorée pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement la moins bien réalisée.
Pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et à 95 % à 6 ans pose problème pour l'atteinte de l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse au cours de la grossesse d'ici à 2010.
Pour les adolescents et les adultes, l'objectif est l'amélioration des couvertures vaccinales qui sont insuffisantes, avec un effort particulier vis-à-vis des adolescents en ce qui concerne l'hépatite B et le tétanos pour les adultes.

Tableau 3 • Évolution de la couverture vaccinale (CV) des enfants de six ans entre 1991 et 2002

	Année d'enquête			
En école maternelle	**CV rougeole**	**CV oreillons**	**CV rubéole**	**CV BCG**
1991	72	56	66	
1993	81	77	80	
1997	90	89	89	97
1999	94	94	94	93
2002*	95*	95*	95*	99*

* Données 2002 provisoires, non encore publiées.
Source : DREES-Enquêtes triennales santé scolaire.

SOURCE • DREES - Il s'agit d'enquêtes triennales par échantillonnage. La base de sondage est le fichier des établissements scolaires publics et privés avec les effectifs d'élèves de l'année antérieure, fichier produit par le ministère de l'éducation nationale et considéré comme exhaustif.

LIMITES • Les résultats ont une représentativité limitée en particulier pour l'enquête en 3e en 2000-2001, pour laquelle plusieurs académies n'avaient pu participer (6 590 enfants enquêtés sur les 7 500 prévus), et seuls 81 % adolescents scolarisés avaient apporté leur carnet de santé lors de l'examen. Il faut donc être prudent lors de l'interprétation de ces données.

Tableau 4 • Nombre de doses de vaccins vendues pour chaque maladie à prévention vaccinale en 2004

	Nombre de doses vendues
Diphtérie	4 056 735
Tétanos (dosage enfant)	4 056 735
Poliomyélite (dosage enfant)	4 056 735
Coqueluche	3 395 517
Hépatite B (dosage enfant)	1 134 685
Hémophilius influenzae	2 906 726
Rougeole	1 928 499
Rubéole	1 989 684
Oreillons	1 928 499
BCG	1 163 781

Source : GERS.

SOURCE • Données GERS (Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques). Il s'agit des données brutes de ventes des vaccins aux pharmacies, auxquelles s'ajoutent les vaccins fournis aux collectivités.

LIMITES • Il s'agit de volumes globaux de vente de vaccins, il est donc impossible d'en faire une analyse par âge, en particulier dans le cas des vaccins multi doses. Ce ne sont là que des indicateurs très indirects.

RÉFÉRENCES •

- Antona D., Bussière E., Guignon N., Badeyan G., Lévy-Bruhl D., 2003, « La couverture vaccinale en France en 2001 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 36.
- Antona D., Bussière E., Guignon N., Badeyan G., Lévy-Bruhl D., 2003, « Vaccine coverage of pre-school age children in France in 2000. Euro Surveill », *Jun*; 8 (6) : 139-44.
- Auvray L., Doussin A. & LE Fur P., 2003, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », CREDES, n° 1509, 181 p.
- Bonmarin I., Parent I., Levy-Bruhl D., 2004, « La rougeole en France : impact épidémiologique d'une couverture vaccinale sub-optimale », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 16 : 61-62.
- Badeyan G., Guignon N.,1999,. « Vaccination contre la tuberculose », DREES, *Études et Résultats*, n° 8.
- Bussière E., 2000, « Principaux indicateurs issus des certificats de santé », DREES, collection Statistiques, *document de travail*, n° 17.
- Communication personnelle Bussière E., Vilain A., « Certificats de santé du 24e mois couverture vaccinale : France Métropolitaine 1995-2003 », DREES, Bureau de l'état de santé de la population et la prévention, analyses non publiées.
- 2001, EUVAX project report. Scientific and technical evaluation of vaccination programmes in the European Union. PSR consulting, University press, Helsinki.
- Guignon N., de Peretti C., 2005, « La situation vaccinale des adolescents des classes de 3e », DREES, *Études et Résultats*, n° 409.
- Guignon N., Badeyan G., 2002, « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé des écoles », DREES, *Études et Résultats*, n° 155.
- 2001, « Mesure de la couverture vaccinale en France : bilan des outils et méthodes en l'an 2000 », Institut de Veille Sanitaire, *Enquêtes et études*, février.
- 2002, « WHO vaccine preventable diseases : monitoring system. Country immunization profiles », global summary. WHO/V&B/02. 20 : R42-R234.

Mortalité maternelle

En France, 75 à 80 femmes décèdent chaque année durant leur grossesse ou de ses suites. Le taux de mortalité maternelle était estimé en 2002, de 9 à 13 décès pour 100 000 naissances. L'objectif relatif à la loi de santé publique est d'atteindre un taux inférieur à 5 pour 100 000 d'ici à 2008. Selon l'analyse du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, environ 50 % des décès maternels survenus entre 1996 et 1999 pouvaient être considérés comme évitables.
Le nombre annuel de décès maternels étant relativement peu élevé, le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle a décidé que la périodicité nécessaire pour l'analyse serait biennale pour les taux et quinquennale pour la proportion « d'évitabilité ».
Pour les mêmes raisons, il n'a pas paru pertinent de désagréger cet indicateur au niveau régional.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes

Le dernier taux disponible concerne les années 2001-2002 et s'établit à 7,9 pour 100 000 naissances vivantes (source : CépiDC, tableau 1). Il traduit un arrêt dans la tendance à la baisse enregistrée depuis le début des années 1990, période où a commencé la surveillance systématique de cet indicateur.

L'objectif visé en 2008 serait remis en cause si l'augmentation observée depuis 2001 se confirmait sans refléter globalement une amélioration de l'enregistrement.

Une variation aléatoire ne peut être exclue, compte tenu du nombre peu élevé de décès et des fluctuations annuelles régulièrement constatées (graphique 1) dans notre pays. Mais cette augmentation pourrait aussi s'expliquer par deux mécanismes distincts et indépendants de la qualité des soins.

Classiquement, il existe une sous-estimation du nombre de décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès. Les premières recherches menées en France sur cette sous-estimation avaient établi à 50 % son ordre de grandeur (années 1988-1989) ; celui-ci a été ramené à 30 %, dans une étude relative à l'année 1999 [réf. 1 et 2]. Il y a donc eu une diminution de l'enregistrement des décès maternels en France depuis 10 ans.

D'autres recherches avaient montré, compte tenu de la conjoncture démographique (nombre de femmes en âge de procréer et structure par âge), que la mortalité maternelle ne pouvait qu'augmenter jusqu'à l'année 2005 [réf. 3], mais que si l'on tenait compte de la structure par âge des mères à la naissance, on pouvait mettre en évidence une légère baisse de la mortalité maternelle entre 1990-1994 et 1995-1999, différenciée selon les causes obstétricales [réf. 4].

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables

La part des décès jugés évitables à la suite des analyses réalisées par le comité d'experts n'a pas diminué, il est de 44,8 % en 2001 (tableau 2)[1]. Il est toutefois prévu d'inclure les données de mortalité des départements d'outre-mer dans les statistiques nationales[2].

Les comparaisons internationales sont difficiles. Toutefois, d'après deux études comparant la France aux pays de l'Union européenne et la France à la Finlande, le Massachusetts et la Caroline du Nord, il apparaît que la situation française pourrait être améliorée notamment en ce qui concerne les hémorragies du post-partum [réf. 5,6] qui constituent la première cause de mortalité maternelle et qui sont en partie évitables. ●

1. Les données concernent la France métropolitaine.
2. Cela sera progressivement mis en place pour étudier rétrospectivement les décès à compter de l'année 1999 si possible.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM UNITÉ 149.

Définition de la mort maternelle : la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ».
Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : « Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ». « Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ». OMS, Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

synthèse

La mortalité maternelle est restée stable au cours des années 1999 à 2002 et s'établit à 7,9 pour 100 000 naissances en 2001-2002. La part des décès maternels évitables est estimée à 45 % en 2001.
Pour l'interprétation de l'évolution des taux de mortalité maternelle d'ici à 2008, la diminution de la sous-déclaration des décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès ainsi que l'accroissement de l'âge moyen des mères à la maternité seront à prendre en compte.

Tableau 1 • Évolution des taux de mortalité maternelle de 1989 à 2002

Années	TAUX pour 100 000 naissances vivantes	
	annuel	biennal
1989	8,5	
1990	10,4	9,4
1991	11,9	
1992	12,9	12,4
1993	9,3	
1994	11,7	10,5
1995	9,5	
1996	13,2	11,3
1997	9,6	
1998	10,2	10,0
1999	7,4	
2000	6,5	7,0
2001	7,3	
2002	8,8	7,9

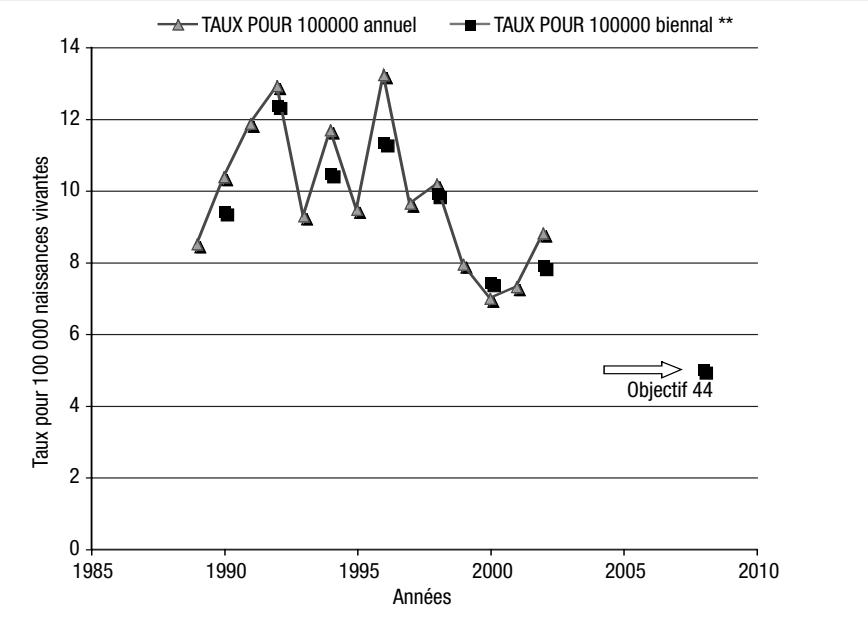
Sources : INSERM, CépiDC.

Tableau 2 • Évolution de la proportion de décès « évitables » parmi les morts maternelles de 1996 à 2001 (France métropolitaine)

Années	Décès de causes obstétricales	% d'évitabilité
1996	67	63,5
1997	56	50,9
1998	52	47,5
1999	35	51,7
2000	59	53,2
2001	33p	44,8

p : Donnée provisoire.
Source : Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable.

Graphique 1 • Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 1989



Source : Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Mortalité : INSERM-CépiDc ; naissances : INSEE.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • rapport du nombre des décès de causes obstétricales directes et indirectes au nombre de naissances vivantes de l'année considérée.

LIMITES • La désagrégation par région n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles (quinquennales par exemple) non présentée ici.

BIAIS • Sous-estimation des morts maternelles (de 50 à 30 % selon les années), *cf.* références 2 et 3.

RÉFÉRENCES •

- [1] Bouvier-Colle M.-H. *et al*, 1991, « Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 20 : 885-891.
- [2] Bouvier-Colle M.-H. *et al*, 2004, « Nouvelle estimation de la mortalité maternelle en France », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33 : 421-9.
- [3] Salanave B., Bouvier-Colle M.-H., 1995, « Mortalité maternelle et structure des naissances. Une explication possible de la surmortalité en France », *Rev Epidémiol Santé publique*, 43 : 301-7.
- [4] Szego E., Bouvier-Colle M.-H., 2003, « Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 1980 », *Rev Epidemiol Santé publique*, 51 : 361-364.
- [5] Deneux C. *et al*, 2005, « Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the United States and Europe », *Obstet Gynecol*, (106) 4 : 684-692.
- [6] Wildman K. *et al*, 2004, « Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe », *Br J Obstet Gynecol*, 111 : 164-9.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et unité 149.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCE • Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre de décès maternels classés évitables par le comité d'experts au nombre total de décès maternels.

LIMITES • Signification statistique réduite en raison du petit nombre de cas annuels ; la désagrégation par causes n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles.

BIAIS • Données non exhaustives (25 % de non-réponse en moyenne).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM unité 149.

Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est défini, comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours, pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. Cet indicateur est produit chaque année par l'INSEE à partir de l'état civil. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire la mortalité périnatale de 15 % en 2008, soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5.
L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant aujourd'hui plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période. Il est à présent nécessaire de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile. Par ailleurs, l'indicateur de mortalité périnatale pose des problèmes de comparaison internationale en raison des variations qui peuvent exister quant à la définition de la mortinatalité. Il est donc important de considérer l'ensemble de ces indicateurs.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Taux de mortalité périnatale

Entre 1985 et 2001, la mortalité périnatale a fortement diminué, passant de 10,7 à 6,9 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances (tableau 1). La brusque augmentation observée en 2002 (10 pour 1 000) est due à un changement de réglementation, consécutif à l'abaissement des seuils d'enregistrement. Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). Or, une circulaire de novembre 2001 modifie cette disposition. Désormais, un acte d'enfant sans vie peut être établi après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids de l'enfant mort-né est d'au moins 500 grammes.

En 2003, le taux de mortalité périnatale a encore crû, cette fois-ci en l'absence de tout changement réglementaire, et atteignait 10,8 pour 1 000. De fait, entre 2000 et 2001, le taux de mortalité périnatale semblait être déjà sur une pente croissante.

La situation variait de 9 décès pour 1 000 naissances en Limousin ou dans le Languedoc et à plus de 12 pour 1 000 dans les régions Lorraine ou Île-de-France. La situation était beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne de 19 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Guadeloupe et en Martinique où les taux atteignaient respectivement 24 et 25 pour 1 000.

Taux de mortinatalité[1]

Au cours des trois dernières décennies, le taux de mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale. En 2003, il s'élevait à 8,9 pour 1 000 naissances en France métropolitaine (tableau 1). Les départements d'outre-mer atteignaient un taux de 15,1 pour 1 000.

Taux de mortalité néonatale[2]

Entre 1985 et 1995, la mortalité néonatale en France métropolitaine a diminué de 4,7 pour 1 000 naissances vivantes à 2,9 pour 1 000. Ce taux a ensuite peu évolué entre 1995 et 2003, atteignant 2,8 pour 1 000 en 2000 et 2,7 pour 1 000 en 2003 (tableau 1) tandis que le taux observé dans les départements d'outre-mer (5,6 pour 1 000 en 2003) représentait plus de deux fois celui de la métropole.

Depuis 1997, un certificat spécifique a été mis en place pour les décès néonataux. L'analyse effectuée pour ceux survenus en métropole en 1999 montrait que les deux tiers de ces décès concernaient des prématurés (67,1 %) et particulièrement les grands prématurés : 30,5 % étaient nés avant 27 semaines et 25 % entre 27 et 32 semaines, les enfants issus de grossesses multiples représentant 18,8 % des décès néonataux (tableau 2). Par ailleurs, 36,9 % des décès néonataux avaient eu lieu durant les premières 24 heures, 35,1 % pendant les 6 jours suivants, 14,7 % durant la deuxième semaine et 13,4 % au cours des deux semaines suivantes.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité infantile[3]

En France métropolitaine, le taux de mortalité infantile a diminué de 8,3 pour 1 000 en 1985 à 4,0 pour 1 000 en 2003 (tableau 1). Du début des années 1980 au milieu des années 1990, cette baisse a été principalement due au recul de la mortalité néonatale. Mais depuis, la mortalité néonatale s'est stabilisée et la baisse la plus importante concerne maintenant la mortalité post-néonatale (de 2,0 pour 1 000 à 1,4 pour 1 000 entre 1995 et 2003).

La mortalité infantile française se situe à un niveau inférieur à celui de l'Union européenne à 25 (4,6 pour 1 000) et de « l'ancienne Europe à 15 » (4,3 pour 1 000), les taux les plus faibles étant atteints dans les pays nordiques (graphique). Au sein même du territoire français, de fortes disparités subsistent. Dans 11 départements de France métropolitaine, les taux de mortalité infantile étaient en 2003 supérieurs à 5 pour 1 000 ; ils étaient supérieurs à 6 dans tous les départements d'outre-mer avec un taux global de 7,8 pour 1 000 naissances dans les DOM. ●

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

1. Rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances (vivantes et mort-nés).
2. Rapport du nombre annuel de décès néonataux à l'ensemble des naissances vivantes.
3. Rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants, décédés avant 1 an, à l'ensemble des naissances vivantes.

synthèse

Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale est depuis 2000 sur une pente croissante. Si le changement de réglementation intervenu en 2001 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. De même, la mortinatalité est en augmentation depuis 2001.
La mortalité néonatale a peu évolué ces dernières années alors que la baisse de la mortalité infantile se poursuit. Elle est maintenant principalement due à la baisse de la mortalité postnéonatale (entre 28 jours et 1 an).

Tableau 1 • Mortalité périnatale, néonatale et infantile

Année	Taux de mortalité néonatale	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité périnatale	Taux de mortinatalité
	Enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants	Enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants	Enfants décédés à moins de 7 jours ou sans vie pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie	Enfants sans vie pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie
1985	4,6	8,3	10,7	7,3
1990	3,6	7,3	8,3	5,9
1995	2,9	4,9	7,4	5,3
2000	2,8	4,4	6,6	4,6
2001	2,9	4,5	6,9	4,8
2002	2,7	4,1	10,0	8,2
2003	2,7	4,0	10,8	8,9
2004		3,9 (p)		

(p) : Provisoire – France métropolitaine.
Source : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • INSEE (état civil). EUROSTAT pour les données européennes. INSERM-CépiDc : certificats de décès.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS •
- Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux (à partir de 22 semaines ou poids d'au moins 500 g) à l'ensemble des naissances (vivantes et morts nés).
- Mortalité périnatale : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonatals précoces (décès avant une semaine) à l'ensemble des naissances.
- Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.
- Mortalité infantile : rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données exhaustives.

RÉFÉRENCE •
- Beaumel C., Richet-Mastain L., Vatan M., 2005, «La situation démographique en 2003 - mouvement de la population», *INSEE Résultats*, n° 41.

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

Tableau 2 • Caractéristiques de la mortalité néonatale

Naissances uniques	81,2 %
Naissances multiples	18,8 %
Âge gestationnel	
< 27 semaines	30,5 %
27-28 semaines	12,3 %
29-32 semaines	12,7 %
33-36 semaines	11,5 %
37 semaines ou plus	32,9 %

Données France métropolitaine (1999).
Source : INSERM-CépiDc (U149).

CHAMP • France métropolitaine, année 1999.

SOURCES • INSEE (état civil), INSERM (CépiDc et Unité 149) : certificats de décès néonatals.

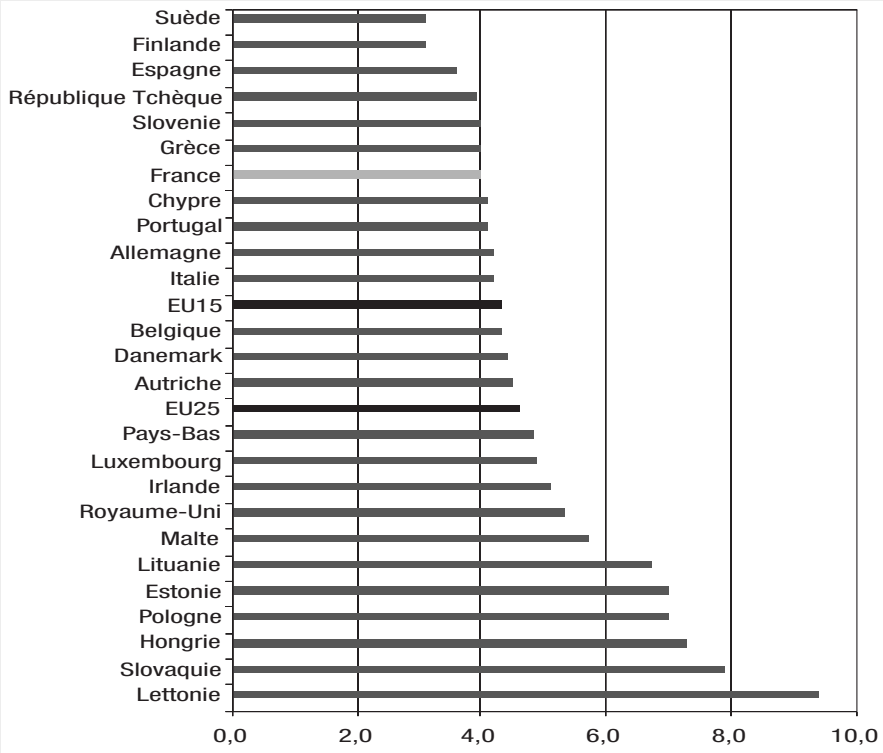
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •
- Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données en principe exhaustives. Un certificat de décès néonatal était disponible pour 87,1 % des décès néonataux.

RÉFÉRENCE •
- Blondel B. *et al.*, 2006, «Apport du certificat de décès néonatal à la connaissance de la mortalité en France», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), n° 4.

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

Graphique 1 • Taux de mortalité infantile, la France dans l'Union européenne en 2003



Source : Eurostat.

Grossesses extra-utérines

L'objectif proposé par la loi de santé publique est de diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité, dans la mesure où ce n'est sans doute le cas que d'une partie des grossesses. Malgré une tendance à la supériorité du traitement médical, notamment par rapport à la salpingectomie, il n'est pas actuellement démontré que le traitement des grossesses extra-utérines (GEU) modifie la fertilité ultérieure ; il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité. On distingue en effet deux types de GEU : les premières surviennent en cours de contraception (« échec de contraception »), elles ne sont généralement pas compliquées de troubles de la fertilité ; les autres se produisent en dehors de toute contraception (« échec d'un projet reproductif »). Ces dernières sont favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *Chlamydiae* et correspondent souvent à une fertilité ultérieure dégradée. Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002 qui recouvre toutefois des évolutions différentielles : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, alors que les GEU qui correspondent à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. Cet accroissement pourrait être lié à une augmentation des infections à *Chlamydiae trachomatis* et du tabagisme.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines (ratio pour 100 naissances vivantes)

En 2003, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 12 700 séjours motivés par une grossesse extra-utérine. Ce nombre de séjours a décru entre 1997 et 2003, ainsi que le ratio pour 100 naissances vivantes qui est passé de près de 2 en 1997 à un peu plus de 1,5 en 2003. Dans le même temps, les modes de traitement se sont modifiés. L'intervention est réalisée sous cœlioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue (tableau 1). Toutefois, la baisse du nombre de séjours pour GEU pourrait en partie résulter d'une augmentation du nombre de GEU traitées par voie médicamenteuse sans hospitalisation qui ne sont pas comptabilisées dans le PMSI.

Le ratio pour 100 naissances vivantes est beaucoup plus élevé aux âges extrêmes : en 2003, il était d'un peu plus de 2 pour les femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 à 39 ans et proche de 3 pour celles âgées de 40 ans ou plus (tableau 2). Il variait également selon les régions, passant de moins de 1,5 en Picardie à près de 2,5 en Corse. Ces variations régionales ne semblaient pas s'expliquer seulement par l'effet lié aux structures d'âge (tableau 3). Ainsi, les régions dans lesquelles le ratio était le plus élevé (Corse, Martinique et Guadeloupe) enregistraient des proportions élevées de naissances chez des femmes d'« âges extrêmes » mais aussi des ratios de GEU pour 100 naissances vivantes supérieurs aux moyennes nationales dans pratiquement toutes les classes d'âges. L'inverse était observé dans les régions qui connaissaient les ratios les plus faibles (Centre, Nord - Pas-de-Calais et Picardie).

Le mode de traitement diffère en fonction de l'âge : le traitement médicamenteux apparaît plus souvent employé chez les moins de 30 ans, tandis que le recours à la chirurgie ouverte semble plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans ou plus. Il varie fortement selon la région de résidence des femmes. Il est toutefois difficile, avec les données disponibles dans le PMSI, de faire la part entre ce qui serait lié à un éventuel mode de traitement préférentiel en fonction à l'âge des femmes et de ce qui relèverait des pratiques régionales, notamment quant au recours au traitement par voie médicamenteuse sans hospitalisation. ●

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

synthèse

En 2003, les grossesses extra-utérines ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO.
Le ratio pour 100 naissances vivantes était globalement de 1,6. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans et les 35-39 ans et proche de 3 à partir de 40 ans. Les régions Corse, Martinique et Guadeloupe enregistraient des ratios supérieurs à 2.
La GEU est traitée par une intervention réalisée sous cœlioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais, entre 1997 et 2003, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue.

Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine

Année	Nombre de séjours MCO	Ratio naissances vivantes pour 100	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
1997	14 700	1,94	21,7	67,4	10,9
1998	14 500	1,89	19,5	67,9	12,6
1999	14 230	1,83	18,7	66,9	14,4
2000	13 930	1,72	16,0	68,1	15,9
2001	13 280	1,65	14,3	67,8	17,9
2002	13 130	1,65	14,0	66,3	19,7
2003	12 670	1,60	13,5	65,6	20,9

Tableau 2 • Hospitalisations en 2003 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon l'âge de la femme

Groupes d'âges	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Moins de 20 ans	350	2,01	12,2	58,3	29,5
20 à 24 ans	1 630	1,44	13,3	62,7	24,0
25 à 29 ans	3 400	1,36	12,3	64,8	22,9
30 à 34 ans	4 010	1,52	13,1	67,5	19,4
35 à 39 ans	2 500	2,10	15,2	66,9	17,9
40 ans ou plus	780	2,73	16,1	64,4	19,5
Total tous âges	**12 670**	**1,60**	**13,5**	**65,6**	**20,9**

Tableau 3 • Hospitalisations en 2003 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon la région de résidence

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Proportion de femmes d'âges extrêmes[1] (en %)		Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			GEU	Naissances vivantes	Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Île-de-France	2 780	1,60	28,9	24,2	12,2	67,7	20,1
Champagne-Ardenne	280	1,77	24,5	17,7	15,3	53,5	31,2
Picardie	340	1,38	28,2	18,7	18,2	53,7	28,1
Haute-Normandie	360	1,56	25,0	18,4	13,1	65,8	21,1
Centre	420	1,43	26,2	18,2	14,6	62,9	22,5
Basse-Normandie	270	1,61	23,6	18,0	16,1	58,4	25,5
Bourgogne	290	1,67	28,8	19,0	20,0	59,0	21,0
Nord - Pas-de-Calais	790	1,43	23,9	18,0	14,1	63,2	22,7
Lorraine	410	1,54	27,6	18,1	18,7	65,2	16,1
Alsace	340	1,55	25,8	19,6	10,0	55,7	34,3
Franche-Comté	220	1,58	30,2	17,9	12,2	59,4	28,4
Pays-de-la-Loire	650	1,49	25,3	17,2	18,2	56,1	25,7
Bretagne	530	1,46	27,0	18,6	11,5	63,8	24,7
Poitou-Charentes	280	1,56	30,5	19,0	10,7	74,7	14,6
Aquitaine	560	1,72	31,3	21,0	6,1	81,2	12,7
Midi-Pyrénées	540	1,86	28,4	21,8	12,8	70,8	16,4
Limousin	100	1,55	29,4	19,6	9,8	77,5	12,7
Rhône-Alpes	1 170	1,53	29,0	19,7	13,7	69,9	16,4
Auvergne	210	1,53	31,4	18,7	5,2	80,5	14,3
Languedoc-Roussillon	470	1,70	32,3	21,9	11,1	71,3	17,6
PACA	1 050	1,91	32,6	23,1	12,3	67,6	20,1
Corse	70	2,49	23,9	22,4	17,9	71,6	10,5
Guadeloupe	150	2,09	38,8	30,8	16,3	55,1	28,6
Martinique	120	2,23	42,1	33,6	34,4	41,0	24,6
Guyane	///	///	///	///	///	///	///
La Réunion	210	1,49	31,6	27,5	13,5	55,8	30,7
France entière	12 670	1,60	28,7	20,9	13,5	65,6	20,9

1. Femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans ou plus.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et état civil (INSEE) pour les naissances.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; ont été retenus, pour repérer les grossesses extra-utérines, les séjours comportant le code CIM10 000 en diagnostic principal ; les GEU ont été ventilées selon le mode de traitement (laparotomie, cœlioscopie ou médicaments) à partir des codes actes sur les trompes, les ovaires ou l'utérus mentionnés dans le séjour ; en cas d'association de modes de traitement, c'est le plus « lourd » qui a été retenu (par exemple laparotomie si le séjour mentionne un acte de chirurgie ouverte et un acte réalisé sous cœlioscopie) ; les séjours ne comportant aucun acte ont été regroupés avec ceux mentionnant un traitement médicamenteux.

LIMITES ET BIAIS • Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 92 % en 1998 à 97 % en 2003. Sous-estimation de la proportion de GEU traitées par médicaments : les GEU qui ne donnent pas lieu à une hospitalisation ne sont pas comptabilisées.

RÉFÉRENCE •

- Coste J. *et al.* 2004, « Etopic pregnancy is again on the increase. Trends in the incidence of etopic pregnancies in France (1992-2002) », *Human reproduction*, 19 (9) : 2014-2018.

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

Situations périnatales à l'origine de handicaps

La prématurité (particulièrement la grande prématurité) et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles…) constitue une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. C'est aussi le cas des retards de croissance intra-utérins, des infections néonatales, de l'alcoolisme maternel, des déficits nutritionnels importants, des accidents neurologiques ou de l'asphyxie périnatale. L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. En se fondant sur les recommandations du projet européen Peristat, les indicateurs retenus sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance et du score d'APGAR à 5 minutes. L'indicateur complémentaire sur la prévalence du handicap d'origine périnatale n'est pas disponible à ce jour. Il apparaît à cet égard nécessaire de développer les registres départementaux des handicaps, qui constituent aujourd'hui les seules sources permanentes validées sur le handicap d'origine périnatale, et d'expertiser les possibilités de productions de données nationales validées pour quelques pathologies traceuses (telles l'infirmité motrice cérébrale).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et distribution de la prématurité

En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait un taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) égal à 7,2% en France métropolitaine pour l'ensemble des naissances (vivants et mort-nés), contre 5,9% en 1995 et 6,8% en 1998 (tableau 1).

La part des prématurés est élevée parmi les mort-nés. Si l'on se restreint aux naissances vivantes, le taux de prématurité était un peu plus faible en 2003. Il atteignait 6,3%, ce qui représente environ 48000 naissances (tableau 2), contre 6,2% en 1998 et 5,4% en 1995. Ce taux était de 5,0% pour les naissances uniques et 44,3% pour les naissances multiples (tableau 3). Le taux de grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines était globalement égal à 1,6% en 2003, soit 0,9% des naissances vivantes (0,7% pour les naissances uniques et 5,4% pour les naissances multiples).

Entre 1995 et 1998, l'augmentation du taux de prématurité s'expliquait essentiellement par l'augmentation des naissances gémellaires et du taux de prématurité parmi ces naissances. L'essentiel des évolutions observées entre 1998 et 2003 est au contraire lié à l'augmentation de la prématurité parmi les naissances uniques : 5,0% en 2003 contre 4,7% en 1998 et 4,5% en 1995 (naissances vivantes), cette tendance étant toutefois à la limite de la signification.

L'enquête nationale Périnatale ne permet pas d'assurer une précision suffisante au niveau régional, mais relève toutefois de fortes disparités entre la métropole et les départements d'outre-mer qui présentaient en 2003 un taux élevé d'enfants nés prématurément (12,0% des enfants nés vivants).

Les comparaisons européennes effectuées pour le projet Peristat, montrent que, pour les années 1998-2000, le taux de prématurité variait de 5 à 8% pour les naissances vivantes, ce qui plaçait la France en position intermédiaire. Les variations étaient plus faibles pour les grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines, avec un pourcentage compris entre 0,7 et 1,4%. Les valeurs observées en France étaient de 0,76% en 1998 et de 0,87% en 2003[1].

Fréquence et distribution des petits poids de naissance

La prévalence des petits poids de naissance est un deuxième indicateur approché du risque périnatal reflétant la prématurité (et/ou le retard de croissance intra-utérine). En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait que 8% de l'ensemble des enfants nés[2] en France métropolitaine pesaient moins de 2500 grammes (tableau 4).

Rapportée aux naissances vivantes, cette proportion s'élevait à 7,2% en métropole en 2003 (5,5% pour les naissances uniques et 55,9% pour les naissances multiples) contre 6,8% en 1998 et 5,7% en 1995 (tableaux 5 et 6). Les bébés de très petits poids (<1500 grammes), représentaient 0,85% des naissances vivantes en 2003 (poids inférieur à 1000 g : 0,3%) contre 0,8% en 1998 et 0,7% en 1995.

De même que pour la prématurité, la prévalence des nouveau-nés de petit poids de naissances était particulièrement élevée dans les départements d'outre-mer (12,3% des naissances vivantes). Le poids de naissance moyen dans une population peut varier selon l'âge maternel, la parité, ainsi que le poids et la taille des parents. Les comparaisons réalisées dans le cadre du projet européen Peristat montrent ainsi que les prévalences des nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2500 g (naissances vivantes) variaient de 4,5 à 8,5% selon les pays au début du vingt et unième siècle (moins de 5% au Danemark, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg et en Suède). Les écarts pour les très petits poids sont plus faibles, la prévalence des naissances avec un poids de moins de 1500 g variant de 0,8% à 1,2% selon les pays.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Distribution des scores d'APGAR à 5 minutes

Le score d'APGAR a été retenu comme indicateur approchant les situations de souffrance périnatale. En 2003, selon l'enquête nationale Périnatale, la proportion d'enfants ayant à 5 minutes un score inférieur à 7 était égale à 0,7% en France métropolitaine, et ceux ayant un score inférieur à 4, à 0,2% (tableau 7). Ces prévalences sont assez proches de celles qui ont été observées en 1998 en France métropolitaine (tableau 8). Les prévalences recueillies dans le cadre du projet Péristat étaient de l'ordre de 2 pour 1000 pour les scores inférieurs à 4, et de 1 à 1,5% pour les scores inférieurs. ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-DREES.

1. Buitendijk S. *et al.,* 2003, «Indicators of fetal and infant health outcomes», *European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 111, p. 66-77.
2. Vivants ou mort-nés.

synthèse

En 2003, 6,3% des naissances vivantes survenues en France métropolitaine étaient prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (44,3%). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2500 g) était de 7,2% parmi les naissances vivantes (56,3% en cas de naissance multiples). Depuis 1998, on note une augmentation toutefois non significative de la proportion de petits poids de naissances parmi les naissances vivantes uniques, une tendance similaire, moins marquée, étant observée pour la prématurité. Pour partie, cette évolution pourrait être liée aux décisions médicales de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant. Les départements d'outre-mer enregistrent une situation plus défavorable caractérisée par des taux élevés de naissances prématurées et d'enfants de petits poids de naissance (respectivement 12,0 et 12,3% des naissances vivantes).

Tableau 1 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (toutes naissances)

En %	France métropolitaine			DOM		
Âge gestationnel	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples	Total
22 à 27 semaines	0,8	2,4	0,9			
28 à 30 semaines	0,5	1,9	0,5	1,6	20,7	2,5
31 semaines	0,2	2,0	0,3			
32 semaines	0,2	2,9	0,3	0,5	0,0	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,2	1,3	1,0	31,0	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,8	4,0	6,6	20,7	7,2
37 semaines et plus	**94,2**	**54,8**	**92,8**	**90,3**	**27,6**	**87,4**

Source : ENP 2003 - ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM.

Tableau 2 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine			DOM		
Âge gestationnel	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples	Total
22 à 27 semaines	0,2	1,8	0,3			
28 à 30 semaines	0,4	2,0	0,4	1,2	20,7	2,1
31 semaines	0,2	1,6	0,2			
32 semaines	0,2	3,0	0,3	0,5	0,0	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,0	1,2	1,0	31,0	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,9	3,9	6,4	20,7	7,1
37 semaines et plus	**95,0**	**55,7**	**93,7**	**90,9**	**27,6**	**88,0**

Source : ENP 2003 - naissances vivantes en France métropolitaine.

Tableau 3 • Évolution de la proportion d'enfants prématurés dans les enquêtes nationales Périnatales (naissances vivantes)

En %	1995	1998	2003
Métropole	5,4	6,2	6,3
Naissances uniques	4,5	4,7	5,0
Naissances multiples	39,2	46,8	44,0
DOM	8,8*	11,4	12,0

* Antilles Guyane.

Tableau 4 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (toutes naissances)

En %	France métropolitaine			DOM		
Poids en grammes	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances
<1000	0,9	2,2	0,9	0,5	3,6	0,6
1000 à 1499	0,5	2,8	0,6	0,8	7,1	1,1
1500 à 2499	4,9	51,6	6,5	8,4	71,4	11,1
2500 et plus	93,7	43,4	92,0	90,3	17,9	87,2

Source : ENP 2003 - ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM.

Tableau 5 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine			DOM		
Poids en grammes	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances
<1000	0,2	1,6	0,3	0,0	3,6	0,2
1000 à 1499	0,5	2,8	0,6	0,8	7,1	1,1
1500 à 2499	4,8	51,7	6,3	8,1	71,4	10,9
2500 et plus	94,5	43,9	92,8	91,1	17,9	87,8

Source : ENP 2003 - ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM.

Tableau 6 • Évolution de la distribution du poids de naissance (naissances vivantes)

En %	France métropolitaine		
Poids en gr	1995	1998	2003
< 1 500	0,7	0,8	0,85
1 500 à 1999	1,1	1,2	1,4
2 000 à 2 499	3,9	4,7	5,0
< 2 500	5,7	6,8	7,2
DOM			
< 2 500	10,7*	11,7	12,3

* Antilles-Guyane.
Source : ENP - Total vivantes en France métropolitaine.

Tableau 7 • Scores d'APGAR à 5 minutes en 2003

En %	Métropole	DOM	France entière
< 4	0,2	0,2	0,2
< 7	0,7	0,5	0,7

Source : Enquête national Périnatale 2003 (naissances vivantes).

Tableau 8 • Évolution du score d'Apgar entre 1995 et 2003

En %	1995	1998	2003
France métropolitaine			
< 4	0,3	0,1	0,2
< 7	0,9	0,6	0,7
DOM*			
< 4	0,6	0,7	0,2
< 7	1,0	2,2	0,5

Source : Enquête national Périnatale 2003 (naissances vivantes). * Antilles-Guyane.

CHAMP • France.

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales 2003 (1995, 1998) (INSERM-DREES-DGS - Conseils généraux) Toutes les naissances une semaine donnée : ensemble des enfants d'âge gestationnel minimum de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes à la naissance nés entre le 13 et le 19 octobre 2003.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de nouveau-nés de terme inférieur à 37 semaine rapporté aux naissances.

LIMITES ET BIAIS • Limites de précision liées à la taille de l'échantillon pour les petits pourcentages. En particulier, l'effectif de l'échantillon (N = 15 000) ne permet d'estimer le taux de grande prématurité avec précision.

RÉFÉRENCES •

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

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEURF • INSERM-DREES.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Entre 1980 et 2000, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9 %. Cette diminution semble attribuable pour une grande partie au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France. En effet, le dépistage du cancer du col permet la découverte et le traitement de nombreuses lésions pré-cancéreuses avec un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. La loi de santé publique se donne pour objectif de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV. L'augmentation de la couverture des frottis devrait permettre de maintenir la diminution de l'incidence de ce cancer.
Le dépistage ciblera plus particulièrement les femmes de 25 à 65 ans. Le test HPV (détection du papillomavirus) humain n'est recommandé en France que pour la conduite diagnostique en cas de frottis cervico-utérin présentant des atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US, classification de Bethesda 2001). Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données permettant de suivre le taux de prescription de ce test.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence du cancer du col de l'utérus

En 2000, l'incidence brute du cancer du col utérin était de 11,2 cas pour 100 000 femmes (incidence standardisée sur la population européenne : 10,1 cas pour 100 000 femmes). Il existait de grandes variations de l'incidence en fonction de l'âge. De 1,3 cas pour 100 000 femmes à 20 ans, l'incidence augmentait réellement à partir de 25 ans (6,1 cas pour 100 000 femmes) pour atteindre un pic chez les femmes de 40 ans (19,8 cas pour 100 000 femmes) et diminuait ensuite jusqu'à 50 ans, se stabilisant avec un taux de 17 cas pour 100 000 femmes.

L'incidence du cancer du col entre 1980 et 2000 a constamment diminué avec un taux de décroissance annuel moyen de 2,9 %.

Les données internationales situent la France dans les régions à faible incidence du cancer du col utérin.

Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal entre 25 et 65 ans

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin (FCUS) est fondée sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS. Il sont fournis par deux périodes de trois années : 1995-1997 et 1998-2000. Ils portent sur des femmes de 20 à 69 ans. Le taux de couverture est passé de 51,5 % pour la première période à 53,6 % pour la seconde. La distribution de couverture par tranche d'âge montrait des taux supérieurs à 60 % pour la période 1998-2000 chez les femmes de 20 à 49 ans. À partir de 50 ans, la couverture chutait à 48 % pour les femmes de 50 à 59 ans puis à 24 % pour les femmes de 60 à 69 ans (graphique 2).

Si le taux de couverture est un indicateur pertinent, le rythme de frottis par femme l'est également. Parmi les femmes ayant réalisé au moins deux frottis en 6 ans (1995-2000), plus de 50 % d'entre elles les ont réalisés avec un intervalle inférieur ou égal à 2 ans, soit à un rythme supérieur aux recommandations actuelles en France (tous les 3 ans).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans

Le nombre annuel de FCU réalisés en médecine libérale est donné par la liquidation des actes de l'assurance maladie correspondants[1]. Les chiffres de l'année 2000 sont disponibles pour les femmes de 20 à 69 ans. En 2000, 5 405 402 frottis cervico-utérins ont été remboursés par les trois principaux régimes de l'assurance maladie (CNAMTS, CANAM et MSA). Ce nombre correspond à 27 frottis pour 100 femmes de 20 à 69 ans résidant sur le territoire français (DOM y compris). Cela correspond à un taux d'activité de 81 frottis pour 100 femmes si toutes les femmes ne faisaient qu'un seul frottis en 3 ans. Ce n'est pas le cas puisque plus de 50 % d'entre elles les réalisent avec un intervalle inférieur ou égal à 2 ans.

Proportion de femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré avoir eu un frottis du col de l'utérus dans les trois années précédentes

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le baromètre cancer (INPES 2005), 71,6 % ont déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin aux cours des trois dernières années. La proportion de femmes déclarant ne jamais avoir eu un frottis dans cette tranche d'âge est de 5,8 %.

Le recours déclaré au FCU au cours des trois dernières années varie avec l'âge : il dépasse 80,0 % entre 30 et 54 ans et est inférieur à 80 % dans les autres tranches d'âge (graphique 3).

Les disparités sociales demeurent toutefois sensibles : le baromètre cancer 2005 ne permet pas d'analyser finement les résultats en fonction des différentes catégories socioprofessionnelles. Cependant, les femmes en activité professionnelle et dont l'âge est inférieur à 60 ans déclarent avoir eu un FCU significativement plus souvent que les inactives (83,8 % *versus* 73,1 %).

De même, celles dont le ménage a un revenu mensuel par unité de consommation supérieur à 2000 (75,5 % *versus* 67,8 %) ou celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat déclarent effectuer plus souvent un FCU que les autres (79,8 % *versus* 68,9 %). Les femmes sans couverture médicale complémentaire déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans (56,1 %). Il est à noter que les disparités sociales dans la pratique du FCU semblent moins marquées pour les femmes de plus de 50 ans.

L'enquête décennale sur la Santé et les soins médicaux (INSEE 2002-2003) portait quant à elle sur les frottis réalisés au cours des deux dernières années. Toutefois, les disparités sociales y sont retrouvées : 84,1 % des femmes cadres de 25 à 64 ans ont eu un frottis dans les deux ans, contre 57 % pour les exploitantes agricoles, et 59,6 % pour les femmes qui n'ont pas déclaré de profession. Il existe un gradient croissant entre ces deux extrêmes pour les ouvrières, les artisans commerçantes ou chefs d'entreprise, les employées et enfin les professions intermédiaires, pour lesquelles la proportion est presque aussi élevée que pour les cadres.

Enfin, les frottis récents (moins de 2 ans dans l'étude) sont moins fréquents chez les femmes bénéficiant de la CMU complémentaire, ainsi que pour les femmes sans couverture médicale complémentaire (respectivement 59,2 % et 61,5 %). ●

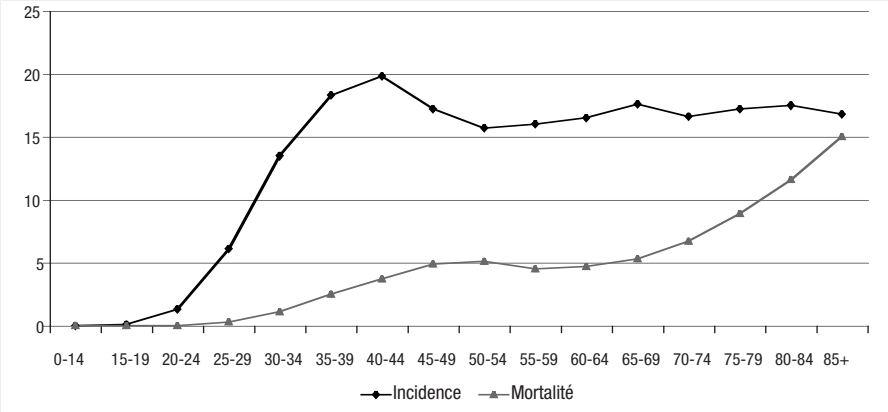
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

1. Codes P55 et B55 (lorsque ces derniers ne résultent pas de la somme de deux actes).

synthèse

La France est un pays où l'incidence du cancer du col de l'utérus est relativement faible (11,2 cas pour 100 000 femmes en 2000). Néanmoins, une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) pourrait permettre de diminuer encore cette incidence. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des femmes. Pour la période de 3 ans 1998-2000, le taux de couverture était globalement de 53,6% pour les femmes de 20 à 69 ans, avec une chute après 50 ans, et surtout après 60 ans (moins de 25%). Cette tendance semble atténuée d'après le baromètre cancer 2005 pour lequel les taux de couverture après 50 et 60 ans restent supérieurs à 65%. Ces données étant déclaratives, ce résultat sera à confirmer à partir des données de l'assurance maladie (EPAS). Par ailleurs, de très nettes disparités sociales demeurent dans la pratique du dépistage, les exploitantes agricoles et le ouvrières le réalisant le moins souvent.

Graphique 1 • Taux d'incidence et de mortalité bruts du cancer du col utérin par âge en 2000



Source : Francim – HCL – INSERM – InVS.

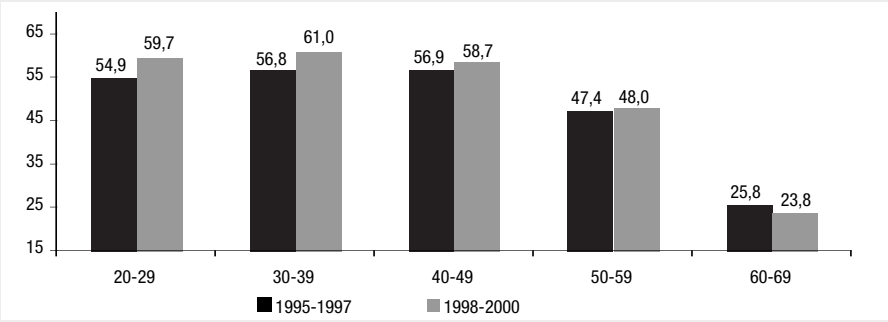
CHAMP • France métropolitaine, femmes tous âges.

SOURCE • Francim – HCL – INSERM-CépiDc – InVS : Rapport : « Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 ».

LIMITES SOURCE • Les chiffres annoncés de l'incidence sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

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

Graphique 2 • Taux de couverture des femmes de 20 à 69 ans sur deux périodes de trois ans



Source : EPAS – CNAMTS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgée de 20 à 69 ans assurées sociales à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et appartenant à l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), échantillon représentatif de la population assurée sociale.

SOURCE • Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir de la liquidation des actes P55 et B55 ne résultant pas d'une somme. Le dénominateur est le nombre de femmes de la tranche d'âge.

LIMITES SOURCE • Absence de visibilité des autres régimes d'assurance maladie et notamment la Mutualité sociale agricole (MSA). Cette limite devrait s'estomper avec le Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (Sniiram) et la constitution d'un EPAS inter régime.

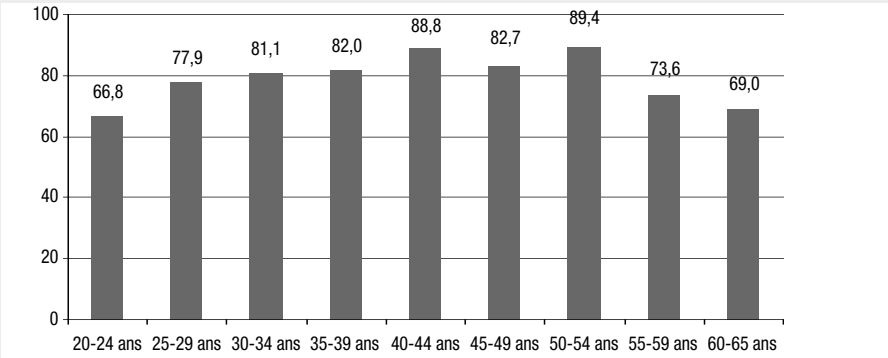
BIAIS SOURCE • Activité de frottis cervico-utérin (FCU) à l'hôpital non prise en compte.

RÉFÉRENCE •

- Rousseau A., Ancelle-Park R. *et al.,* « Évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'assurance maladie », *BEH* 19/2002 ; 81-3.

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

Graphique 3 • Pourcentage de déclaration de réalisation d'un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années



Source : Baromètre cancer 2005.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgée de 25 à 65 ans.

SOURCE • INPES : baromètre cancer 2005. Enquête par entretiens téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du Baromètre cancer 2005 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

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

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

Dépistage du cancer du sein (1)

Le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'objectif de la loi de santé publique est de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage d'au moins 80 % chez les femmes de 50 à 74 ans. Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004 sur la base d'un cahier des charges publié en 2001. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage, soit dans le cadre du programme national, soit en dehors du programme (dépistage individuel). Si les données relatives au dépistage organisé sont disponibles annuellement, celles du dépistage individuel (dit aussi spontané) ne le sont pas. Les informations concernant l'ensemble des dépistages (organisé et individuel) sont des estimations issues d'enquêtes ou de bases médico-administratives.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Stades au diagnostic pour le dépistage organisé du cancer du sein

Le taux de détection de cancers et les proportions de cancers de bon pronostic, c'est-à-dire les cancers in situ, les cancers invasifs de moins de 10 mm et les cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire sont les indicateurs d'efficacité du programme de dépistage.

Le nombre de femmes dépistées est passé de 831 445 en 2003 à 1 608 397 en 2004. Le taux de détection est resté stable, égal à 6,7 cancers pour 1 000 femmes dépistées contre 6,9 ‰ en 2003. Parmi les cancers détectés en 2004, on a observé 13,4 % de cancers in situ, et parmi les cancers invasifs, 36,9 % étaient de taille ≤ à 10 mm et 72,1 % n'avaient pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage étaient respectivement de 13 %, 33 % et 71,5 % en 2000, soit une légère progression de la proportion de cancers de bon pronostic (tableau 1).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de participation au programme organisé de dépistage

Le taux de participation au programme organisé est calculé tous les ans. Après une baisse de la participation en 2001 et 2002 (autour de 30 %) dans les 33 départements participants, le taux calculé en 2003 était de 33,6 % et atteignait 40 % en 2004, alors qu'il était calculé sur l'ensemble des départements (excepté la Guyane) y compris les 64 qui avaient débuté le programme au cours de l'année 2003. Or l'expérience des départements engagés depuis plusieurs années dans le dépistage montre que les taux de participation sont plus faibles en début du programme, ce qui laisse présager un accroissement des taux de participation dans les années à venir. De fait, le taux de participation au programme organisé de dépistage est estimé à 45 % en 2005.

Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes (dépistage organisé et spontané)

Le taux de couverture par la mammographie est estimé dans les grandes enquêtes déclaratives nationales (enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES, enquête décennale Santé de l'INSEE, Baromètre Santé de l'INPES). Ces enquêtes sont antérieures à la généralisation du programme de dépistage. Les différences dans les résultats observés selon les enquêtes peuvent s'expliquer par des méthodologies différentes (*cf.* encadré ci-contre).

Les résultats de ces enquêtes montrent que le taux de couverture pour une mammographie au cours de la vie est très élevé, de 94 % en 2000 pour les femmes de 50 à 69 ans (tranche d'âge cible du dépistage avant 2000) et de 96 % en 2002 pour les femmes de 50 à 74 ans.

La proportion de femmes ayant effectué une mammographie au cours des 2 années précédant l'enquête est globalement de l'ordre de 70 % chez les femmes de 50-74 ans mais décroît fortement avec l'âge. Dans l'enquête la plus récente (enquête décennale Santé) : elle passe de 77 % entre 50 et 59 ans, à 64 % entre 65 et 69 ans, et à 52 % entre 70 et 74 ans (tableau 2). Selon l'enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES réalisée à intervalle plus réduit, la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie depuis moins de 2 ans est passée de 67 à 70 ans entre 2000 et 2002. Cette progression est observée dans toutes les tranches d'âge, avec une augmentation importante atteignant 20 % pour les femmes de 70 à 74 ans, qui, jusqu'en 2000 n'étaient pas concernées par le programme organisé.

Tableau 1 • **Principaux résultats du programme de dépistage organisé du cancer du sein**

Année	2002	2003	2004
Nombre de femmes dépistées	422 421	831 445	1 608 397
Nombre de cancers dépistés	2 303	5 767	200 881
Taux de cancers ‰	5,45	6,9	6,7
% cancer canalaire in situ	13	14	13
% cancer invasifs ≤ 10 mm	36	37	37
% de cancers invasifs N-*	71	74	72
% de cancers invasifs ≤ à 10 mm N-*	29	31	31

N- = sans envahissement ganglionnaire.
Source : InVS.

CHAMP • Programme national de dépistage organisé du cancer du sein. Femmes de 50 à 74 ans. En 2002, 33 départements inclus ; en 2003, 81 départements dont 59 avaient eu au moins 4 mois de fonctionnement ; 2004, tous les départements (sauf la Guyane).

SOURCE • Données : structures départementales de Gestion du programme. Évaluation du programme : InVS.

MÉTHODOLOGIE • Invitation systématique de toutes les femmes de 50 à 74 ans. Données disponibles annuellement transmises par les structures de gestion du dépistage.

LIMITES ET BIAIS • Données exhaustives sur les femmes dépistées dans le cadre du programme national de dépistage.

RÉFÉRENCES •

- Ancelle-Park R., Nicolau J., Paty A. C., « Programme de dépistage organisé du cancer du sein : tendances des indicateurs précoces », *BEH,* 2003, n° 4 : 14-16.
- Paty AC *et al.*, 2006, « Programme de dépistage du cancer du sein en France – résultats 2004 », *InVS*, août, www.invs.sante.fr/publications.

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

Tableau 2 • **Pourcentage de femmes ayant effectué une mammographie au cours des 2 années précédant l'enquête selon leur âge : résultats des grandes enquêtes déclaratives nationales (%)**

Tranches d'âges	SPS			Enquête décennale Santé	Baromètre Santé	
	2000	2002		2002-2003	2000	
40-49	49	54	54	ND	44	44
50-54	70	71	73	76.1	61	55
55-59		78		77.6	62	
60-64		72		72.6	50	
65-69		69		63.7	45	
70-74	41	49	49	52.1	30	30
50-74	67	70	70	69.4	ND	

Sources : SPS, Enquête décennale Santé, Baromètre Santé.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans vivant en milieu ordinaire.

SOURCE • Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE.

MÉTHODOLOGIE • Enquête déclarative. Entretiens en face à face. Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme, taille du ménage, ZEAT. La variable de pondération utilisée est pondvis3.

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

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté de la mammographie, réponses conforme à la réponse supposée attendue.

RÉFÉRENCE •

- Makdessi-Raynaud Y., 2005, « La prévention : perception et comportements - premiers résultats de l'enquête sur la Santé et les soins médicaux », *Études et Résultats,* n° 385, mars, DREES.

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

Dépistage du cancer du sein (2)

Les femmes qui résident dans un département où existe un programme de dépistage organisé sont globalement plus nombreuses (47 %) a avoir pratiqué une mammographie récente (moins de 2 ans) que celles qui résident dans un département sans programme (64 %). Cette différence est observée seulement pour les femmes ayant plus de 60 ans (graphique 1).

Les disparités sociales sont sensibles (tableau 3). Ainsi, en 2002-2003, selon l'enquête décennale Santé, 83,7 % des femmes cadres de 50 à 74 ans ont passé une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête, contre 51,3 % des femmes exploitantes agricoles. Les autres catégories se situent entre ces deux extrêmes. Cette proportion est inférieure à 50 % pour les femmes qui n'ont pas de couverture maladie complémentaire (46,4 %). ●

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

synthèse

La généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été effective début 2004. Les données sur les stades des cancers dans le cadre du dépistage organisé montrent des proportions de cancers de bon pronostic satisfaisantes au regard des standards européens recommandés.

Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation. Le taux calculé en 2004 atteignait 40 %, alors que 64 départements avaient démarré le programme au cours de l'année 2003. Il est de 45 % en 2005.

En 2002, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie (dépistage organisé plus dépistage individuel) est très élevée (96 %). Elle est plus faible pour les mammographies récentes (moins de 2 ans) mais en augmentation (67 % en 2000, 70 % en 2002). D'après ces enquêtes réalisées en population avant la généralisation du dépistage, il existe des disparités en fonction de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle et du lieu de résidence : la proportion de femmes déclarant avoir bénéficié d'une mammographie dans les 2 ans est plus faible chez les femmes de 70 à 74 ans (50 %), chez les femmes résidant dans un département où il n'y a pas de programme de dépistage organisé (64 % versus 74 %) et chez celles n'ayant pas de couverture complémentaire (< 50 %). En revanche, plus de 80 % des femmes cadres déclarent avoir bénéficié d'un dépistage par mammographie datant de moins de 2 ans.

Tableau 3 • **Pourcentage de femmes ayant effectué une mammographie au cours des 2 années précédant l'enquête selon leur profession : résultats des grandes enquêtes déclaratives nationales (%)**

	Enquête décennale Santé 2002-2003	SPS	
Catégories professionnelles		**2000**	**2002**
Agricultrices exploitantes	51,3	49	47
Artisans, commerçantes, chefs d'entreprise	70,7	50	61
Cadres	83,7	72	74
Professions intermédiaires	78,8	66	73
Employées	70,8	60	65
Ouvrières	63,9	55	55

Sources : SPS, Enquête décennale Santé, Baromètre Santé.

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

SOURCE • Enquête Santé Protection Sociale (SPS) est réalisée par l'IRDES à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Enquête déclarative. Entretiens en face à face.

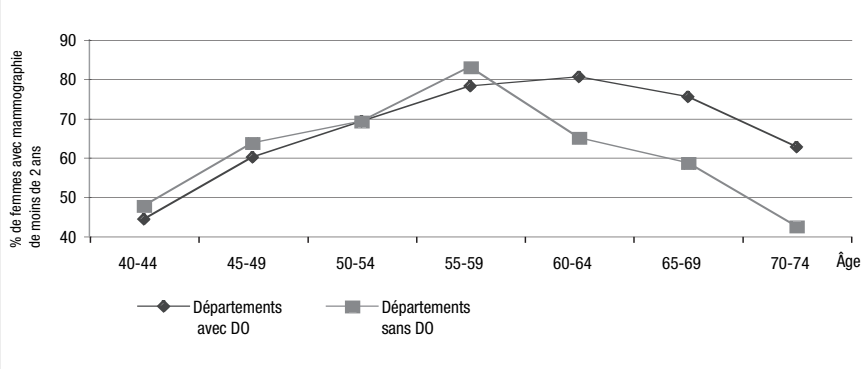
BIAIS • Surestimation des taux liée à la mesure de la période de 2 ans couvrant les 2 années calendaires précédant l'année de l'enquête.

RÉFÉRENCE •

- Duport Nicolas A. Ancelle-Park Rosemary A., 2006, « Do socio-démographique factors influence mammography use of French women : analysis of a cross sectional survey », *Eur. J. Cancer Prev.* (sous presse).

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

Graphique 1 • **Pourcentage de femmes ayant effectué une mammographie au cours des 2 années précédant l'enquête, par tranche d'âge et en fonction de l'existence d'un programme de dépistage dans le département de résidence de la femme**



Note de lecture : 64% des femmes de 50-74 ans résidant dans un département sans DO ont déclaré avoir fait une mammographie dans les deux ans (607/949).
74% des femmes de 50-74 ans résidant dans un département avec DO ont déclaré avoir fait une mammographie dans les deux ans (571/768).

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

SOURCE • Baromètre Santé 2000 de l'INPES. Entretiens téléphoniques.

MÉTHODOLOGIE • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du Baromètre Santé 2000 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

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

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté du dépistage.

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

Cancer de la peau, mélanome

Le mélanome est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital. La loi de santé publique s'est fixé d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome. Entre 1980 et 2000, l'incidence du mélanome était en constante augmentation, avec un taux d'accroissement annuel de 5,93 % chez l'homme et 4,33 % chez la femme. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément (en 2000, on comptait 7 231 nouveaux cas de mélanome et 1 364 décès). L'évolution dissociée entre incidence croissante et mortalité modérée témoigne de la part croissante des formes de mélanomes à extension superficielle accessibles à la détection précoce avant une dissémination.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (indice de Breslow)

L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur de la tumeur mesurée sur la pièce d'exérèse de la couche granuleuse de l'épiderme (immédiatement sous la couche cornée) à la partie profonde du derme. Il est recommandé lors de l'enregistrement d'un cas de mélanome dans les registres du cancer ; toutefois, il n'est pas systématiquement renseigné. Il est donc nécessaire de développer une étude *ad hoc* pour déterminer cette proportion actuelle.

En 2000, le registre du cancer du Haut-Rhin a analysé l'incidence du mélanome selon quatre périodes triennales en fonction du sexe et de la valeur de l'indice de Breslow. L'incidence des mélanomes d'épaisseur ≤ 1 mm a doublé chez l'homme (2,6 pour 100 000 en 1988-1990 et 5,3 pour 100 000 en 1997-1999) et augmenté de plus de 50 % chez la femme (4,0 pour 100 000 en 1988-1990 et 6,5 en 1997-1999). Parallèlement, l'incidence des mélanomes d'épaisseur > 1 mm est restée stable entre 1988 et 1999. Parmi les mélanomes d'épaisseur < 1,5 mm, un mélanome sur 6 était *in situ*.

Un observatoire des mélanomes en Auvergne en 2000 a montré que l'indice de Breslow moyen dans cette région (sur 197 mélanomes) était de 2,11 mm et que 37 % des mélanomes avaient un indice de Breslow < 0,75 mm.

En Europe, la France est parmi les pays d'incidence moyenne du mélanome de la peau. Les incidences les plus élevées (doubles de celles de la France) se situent dans les pays scandinaves et du nord de l'Europe (Danemark, Suède, Pays-Bas, Irlande et Autriche), les incidences les plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal, Grèce). Ce gradient nord-sud décroissant de l'incidence des mélanomes est lié aux différents phototypes cutanés et à la prédisposition génétique. ●

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

synthèse

La France est un pays où l'incidence du mélanome est moyenne mais n'a cessé de croître (10,7 cas pour 100 000 hommes et 13,8 cas pour 100 000 femmes en 2000). Néanmoins ce sont majoritairement les mélanomes de faible épaisseur (Breslow ≤ 1 mm) qui ont augmenté ces dix dernières années, les mélanomes de pronostic plus sombre étant, eux, restés stables.

Tableau 1 • **Incidence du mélanome selon 4 périodes triennales en fonction du sexe et de la valeur de l'indice de Breslow (Registre du Haut-Rhin 2000)**

Indice de Breslow	Sexe	Incidence* (période triennale)			
		1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999
≤ 1 mm	H	2,6	3,1	3,8	5,3
	F	4,0	3,5	4,0	6,5
1,01 – 2 mm	H	1,7	1,8	1,8	1,9
	F	1,4	1,5	1,7	2,5
2,01 – 4 mm	H	1,1	0,8	1,1	0,8
	F	1,0	0,8	1,2	0,8
> 4 mm	H	0,6	0,4	0,8	0,7
	F	0,4	0,3	0,6	0,5

* Incidence pour 100 000 habitants, standardisé sur la population mondiale.

CHAMP • Haut-Rhin, population du département tous âges adultes.

SOURCE • Registre du cancer du Haut-Rhin.

LIMITES ET BIAIS • Vision départementale difficilement extrapolable à la France entière.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans le registre du cancer du Haut-Rhin.

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

Surveillance des personnes diabétiques (1)

La loi de santé publique retient pour objectif d'améliorer la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques afin de réduire la fréquence des complications envisagées dans l'objectif 55. Selon les recommandations de bonne pratique clinique émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et l'ANAES[1], 80 % des diabétiques devraient être intégrés dans ce dispositif d'ici 2008. Actuellement seules 16 à 72 % d'entre elles bénéficient de ce suivi[2].

Le suivi du diabète sucré, tel qu'il est recommandé par la Haute autorité de santé (HAS), inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins 3 fois dans l'année en tant que témoin du contrôle glycémique sur les quatre derniers mois, et la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun. La HAS recommande également le dépistage précoce des complications du diabète, en particulier ophtalmologiques, cardiaques et rénales, en réalisant annuellement un examen du fond d'œil, un électrocardiogramme de repos, le dosage de la créatininémie et la recherche d'albumine dans les urines.

Les indicateurs de suivi de cet objectif sont donc des indicateurs de bonne pratique construits à partir des recommandations. Deux types d'indicateurs complémentaires sont utiles : la prévalence du diabète, indicateur de contexte permettant de suivre l'évolution de la maladie en population ; et le niveau de l'HbA1c et des autres facteurs de risque vasculaire (pression artérielle et LDL-cholestérol) qui apportent des informations sur les résultats du suivi et du traitement, et qui constituent des indicateurs intermédiaires entre la qualité des pratiques et l'état de santé.

■ INDICATEUR DE CONTEXTE

Prévalence du diabète

La prévalence du diabète n'est pas connue en France. En 1998, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline a été estimée à 3 % en France métropolitaine, à partir des données du régime général de l'assurance maladie. La prévalence croît avec l'âge, et dépasse 11 % au-delà de 65 ans.

Des estimations[3] prévoient un accroissement de la prévalence du diabète de l'ordre de 22 % entre 1999 et 2008, en tenant compte de la croissance de la population (part attribuable dans l'augmentation de la prévalence estimée à 16 %), de son vieillissement (part attribuable estimée à 43 %) et de la prévalence de l'obésité (part attribuable estimée à 41 %). Entre 1999 et 2008, le nombre de personnes diabétiques traitées augmenterait de 1 846 000 à 2 260 000.

Dans les départements d'outre-mer, en 2000 la prévalence du diabète traité était 1,5 à 3 fois supérieure à celle de la métropole. D'après les résultats d'une étude en population réunionnaise[4], la prévalence du diabète déclaré était de 9,4 % de la population adulte, et de 14,8 % après dépistage systématique plus d'un tiers des diabétiques étant méconnus. À la Martinique, en 2004, chez les plus de 15 ans, 6,5 % des personnes interrogées déclaraient avoir un diabète traité[5] (antidiabétique et/ou régime). Ces chiffres élevés s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie et un risque génétique élevé.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de personnes diabétiques ayant eu dans l'année :

– au moins trois remboursements de dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c),

– au moins deux remboursements HbA1c,

– au moins un remboursement pour dosage de la cholestérolémie (ou bilan lipidique),

– au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique),

– au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie,

– au moins un remboursement pour recherche de microalbuminurie,

– au moins un remboursement d'ECG (ou consultation de cardiologie),

– au moins un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie).

Ces indicateurs ont été estimés en 2001-2003 à partir des résultats de l'étude ENTRED (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétique).

En 2003, selon le type d'examen de surveillance, entre 25 et 77 % des personnes diabétiques traitées par insuline et/ou antidiabétiques oraux ont bénéficié des examens recommandés (tableau 1).

Entre 2001 et 2003, le suivi s'est amélioré mais de façon hétérogène pour les différents

1. ALFEDIAM : Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques ; AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé HAS.
2. Les valeurs énoncées dans le libellé de l'objectif pour la conformité de la surveillance aux bonnes pratiques clinique (entre 16 et 72 % selon le type d'examen de surveillance réalisé) concernent les personnes diabétiques de type 2 traitées par antidiabétiques oraux seuls en 2000 (programme de l'assurance maladie). En revanche, les résultats présentés ici concernent l'ensemble des diabétiques de type 1 et 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline en 2001-2003 (étude ENTRED).
3. Bonaldi C., Romon I., Fagot-Campagna A., « Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* 2006 ; 10 : 69-71.
4. Favier F., Jaussent I., Le Moullec N., Debussche X., Boyer M.-C., Schwager J.-C., Papoz L., « The Redia Group. Prevalence of type 4. Diabetes and central adiposity in La Réunion Island, the REDIA study », *Diabetes Res Clin Prat,* 2005 ; 67 : 234-42.
5. Cardoso T., Flamand C., Merle S., Quenel P., Fagot-Campagna A., « Prévalence du diabète en Martinique. Résultats de l'enquête ESCAL-Martinique, 2003-2004 », *Diabetes and Metabolism,* 2006 ; 32 : 1S62.

Tableau 1 • **Proportion de personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline ayant bénéficié dans l'année des différents examens complémentaires recommandés (étude ENTRED 2001-2003) (%)**

	Estimations 2001		Estimations 2002		Estimations 2003*	Augmentation moyenne annuelle (estimations basses[1])
	Basses[1]	Hautes[2]	Basses[1]	Hautes[2]	**Basses[2]**	
Contrôle glycémique (HbA1c)						
> 3 dosages	29,9	36,1	36,9	43,1	**39,3**	**+4,7**
> 2 dosages	52,5	56,2	61,0	64,5	**63,8**	**+5,7**
Contrôle lipidique						
> 1 dosage de cholestérolémie (ou bilan lipidique)	62,2	69,4	64,7	71,1	**66,7**	**+2,3**
> 1 dosage de triglycéridémie (ou bilan lipidique)	62,0	69,1	64,7	71,2	**66,8**	**+2,4**
Dépistage des complications						
> 1 dosage de créatininémie	71,3	77,6	74,8	79,7	**77,3**	**+3,0**
> 1 recherche d'albuminurie	17,7	31,7	21,3	34,5	**24,7**	**+3,5**
> 1 électrocardiogramme ou consultation de cardiologie	29,8	44,9	32,5	46,4	**33,5**	**+1,9**
> 1 consultation d'ophtalmologie	43,0	52,5	45,1	54,0	**45,9**	**+1,5**

* Estimations hautes non disponibles pour 2003.

1. Les estimations basses prennent en compte les seules données de remboursement (actes réalisés en secteur libéral).

2. Les estimations hautes prennent en compte les données de remboursement et leur ajoutent les actes potentiellement réalisés au cours de séjours hospitaliers en supposant que toute hospitalisation réalisée dans l'année conduit à la pratique systématique du dosage de la créatininémie et d'un ECG, et que toute hospitalisation dans une discipline médico-tarifaire de caractéristique médicale conduit au dosage systématique de l'HbA1c, de la cholestérolémie et de la triglycéridémie, de l'albuminurie et d'un examen ophtalmologique.

CHAMP • France métropolitaine, population adulte, diabétiques de type 1 ou 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCE • Étude ENTRED 2001-2003, échantillon de 10000 personnes tirées au sort parmi les assurés et bénéficiaires du régime général, remboursées au dernier trimestre 2001 d'une délivrance d'antidiabétiques oraux ou insuline. Mode de construction des indicateurs : le numérateur est le nombre de personnes ayant bénéficié dans l'année d'au moins un remboursement de l'acte considéré (3 actes pour l'HbA1c) ; le dénominateur est le nombre de personnes de l'échantillon ENTRED remboursées au dernier trimestre de l'année considérée d'une délivrance d'antidiabétique oral ou d'insuline.

LIMITES ET BIAIS LIÉS À L'ÉTUDE ENTRED • (1) exclusion des DOM, des régimes de l'assurance maladie autres que le régime général, des personnes hospitalisées pendant tout le dernier trimestre 2001 ; (2) absence de données concernant les actes réalisés dans le secteur public (consultations et hospitalisations) conduisant au calcul de 2 indicateurs ; indicateurs parfois intermédiaires et imprécis, la consultation ophtalmologique ne rendant pas compte de l'examen du fond d'œil (rétinographie non codifiée en 2001-2003) et le dosage des lipides du calcul du LDL cholestérol ; (3) prise en compte des dates de remboursements et non des dates de réalisation des actes (non disponibles) ; (4) en 2003, effet cohorte avec vieillissement de l'ensemble des patients et disparition des plus malades.

RÉFÉRENCE •

- Fagot-Campagna *et al*, 2003, « Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles. ENTRED 2001 », *BEH*, 49-50, décembre, p. 238-239. Également, diaporama et résultats nationaux et régionaux disponibles sur http://www.invs.sante.fr/entred/

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

Surveillance des personnes diabétiques (2)

indicateurs. La progression la plus marquée a porté sur les trois dosages annuels de l'HbA1c (+ 10 % environ). En 2003, les 3 dosages recommandés de l'HbA1c n'avaient toutefois été réalisés que chez près de 40 % des personnes diabétiques traitées (environ deux tiers d'entre elles avaient eu au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année). Les deux tiers des personnes diabétiques avaient bénéficié du dosage annuel sanguin du cholestérol et des triglycérides, et plus des trois quarts d'un dosage sanguin de la créatinine. Un diabétique traité sur deux avait bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie et un sur quatre seulement d'un dosage de l'albuminurie.

Les facteurs associés à une meilleure surveillance clinique, en particulier l'ancienneté du diabète et le traitement par insuline, suggèrent que la conformité aux bonnes pratiques cliniques s'accroît avec la gravité de la maladie. Les liens positifs sont observés entre une meilleure surveillance, l'âge (entre 45 et 64 ans) et le niveau d'études (> niveau baccalauréat). Ils pourraient à la fois être liés aux pratiques médicales (attitude différente du médecin ou recours à un médecin différent), aux caractéristiques du patient (meilleure observance) et/ou au système de soins (meilleure accessibilité).

Dans les DOM, une étude réalisée en 2002 par la Caisse générale de la sécurité sociale de l'île de la Réunion rend compte d'une prise en charge similaire à celle réalisée en métropole, malgré un âge moyen plus jeune[6] (58 *versus* 64 ans). Seul le dosage de l'albuminurie est plus fréquemment réalisé à la Réunion qu'en métropole, ce qui témoigne d'une meilleure sensibilisation au risque rénal lié au diabète.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Contrôle du risque vasculaire : niveaux d'HbA1c, de LDL cholestérol et de pression artérielle

Le contrôle du niveau de risque vasculaire permet de réduire la survenue des complications du diabète. Dans ENTRED, le niveau de risque vasculaire, lorsqu'il est mesuré par les médecins, apparaît élevé. En 2001, le niveau d'HbA1c des personnes diabétiques traitées était inférieur au seuil recommandé de 6,5 % chez moins du quart des diabétiques, et supérieur ou égal à 7 % chez plus de la moitié. La pression artérielle était inférieure ou égale au seuil actuellement recommandé de 130/80 mmHg chez moins de 40 % des diabétiques et supérieure à 140/90 mmHg chez plus de 20 %. Le niveau de LDL cholestérol n'était pas rapporté par le médecin pour 39 % d'entre eux alors que son dosage est recommandé annuellement, et le LDL était élevé et supérieur ou égal à 1,3 g/l pour au moins un quart de l'ensemble des diabétiques (graphique). ●

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

6. Prévot L., Briatte C., Heye O., Potier P., Soulas A., « Prise en charge médicale et contrôle du diabète de type 2 traité à La Réunion », *Revue Médicale de l'Assurance maladie,* 2006 ; 37 : 27-39.

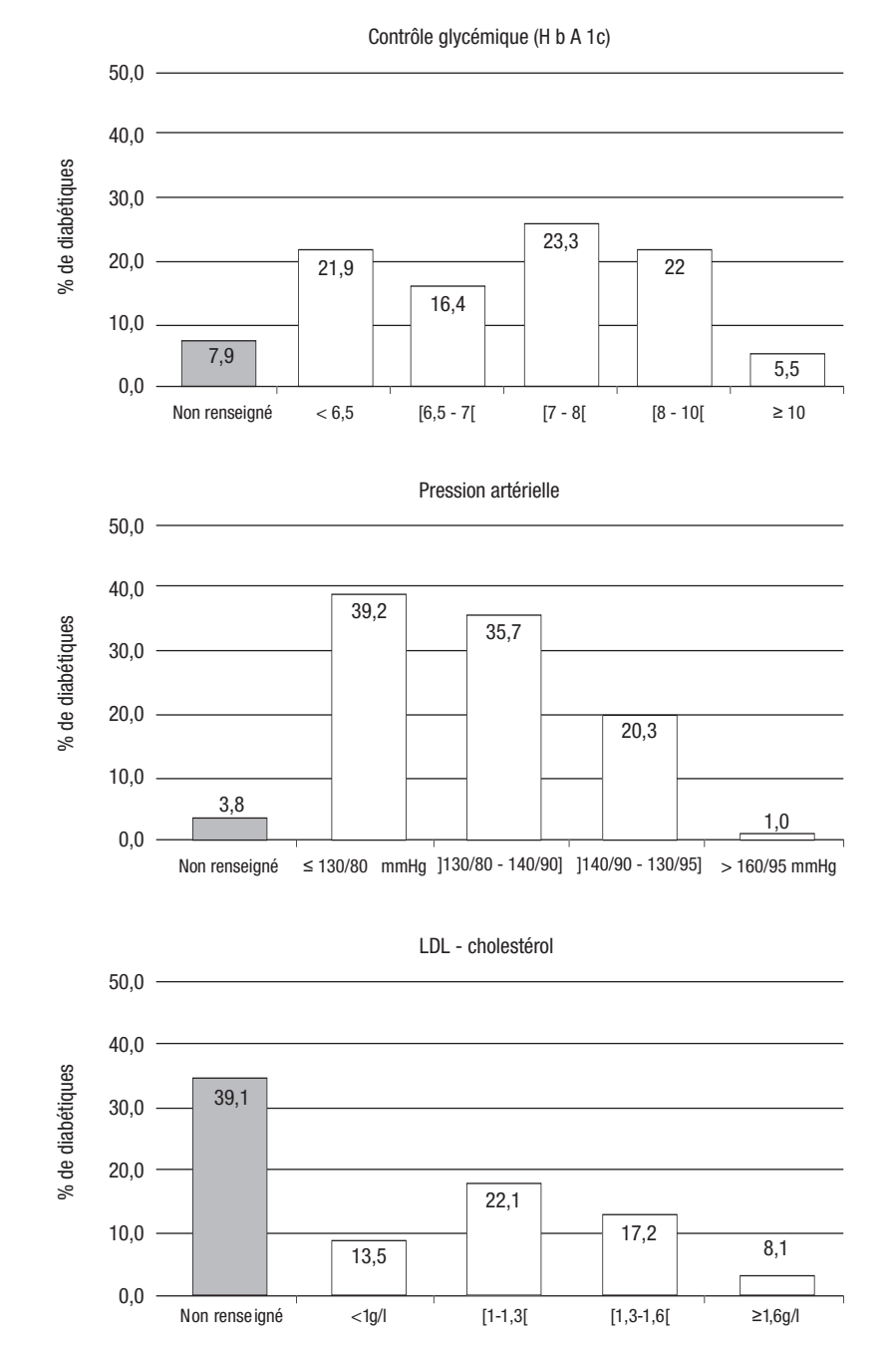
synthèse

En 1998, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline a été estimée à près de 3 % en France métropolitaine (11 % au-delà de 65 ans), et augmenterait de plus de 3 % par an. Dans les départements d'outre-mer, la prévalence a été estimée à plus du double.

L'adéquation de la surveillance des patients diabétiques aux recommandations de bonne pratique clinique reste encore insuffisante. En 2003, selon les types d'examens de surveillance, de 25 à 77 % des personnes diabétiques traitées avaient bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80 % en 2008 pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restaient le dosage de l'albuminurie (25 %), les 3 dosages annuels d'hémoglobine glyquée (39 %) ainsi que l'examen ophtalmologique (46 %) et l'électrocardiogramme (34 %).

Par ailleurs le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques traitées reste élevé. En 2001, plus de la moitié des personnes diabétiques avaient un niveau d'HbA1c élevé et supérieur ou égal à 7 %, un quart avait un LDL cholestérol supérieur ou égal à 1,30 g/l, et une sur cinq une pression artérielle supérieure à 140/90 mmHg.

Graphique 1 • **Distribution des niveaux d'HbA1c, de pression artérielle et de LDL cholestérol parmi les personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline en 2001 (ENTRED 2001-2003)**



CHAMP • France métropolitaine, population adulte, diabétiques de type 1 ou 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCE • Étude ENTRED 2001, échantillon de 10 000 personnes tirées au sort parmi les assurés et bénéficiaires du régime général, remboursées au dernier trimestre 2001 d'une délivrance d'antidiabétiques oraux ou insuline. Mode de construction des indicateurs : distribution des niveaux d'HbA1c, de pression artérielle et de LDL cholestérol parmi les personnes diabétiques traitées de l'échantillon ENTRED pour lesquelles à la fois le patient et le médecin ont participé aux enquêtes (n = 1718). Prise en compte des déclarations des médecins, et systématiquement des données manquantes dans le dénominateur.

LIMITES ET BIAIS • En plus des biais décrits précédemment : biais de non-réponse aux enquêtes postales des patients et des médecins ; biais d'autodéclaration des médecins (étude rétrospective, imprécision des mesures de la pression artérielle) ; fréquence importante des données non renseignées (non mesurées). Ces biais induisent probablement une vision plus optimiste du contrôle du risque vasculaire qu'il ne l'est en réalité (voir dans l'article référencé l'analyse des répondants et non répondants).

RÉFÉRENCES •

- Romon I. *et al.*, 2005, « Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude ENTRED 2001 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 12-13, mars.
- Diaporama et résultats nationaux et régionaux disponibles sur http://www.invs.sante.fr/entred/

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

Complications du diabète (1)

Les complications potentielles du diabète étant nombreuses, l'objectif proposé par la loi de santé publique est de « réduire la fréquence et la gravité complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires ». Les complications les plus graves ont été retenues : infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). Certains indicateurs ne sont pas disponibles et d'autres nécessitent d'être validés. Un objectif préalable consiste en l'amélioration du système d'information sur le diabète et ses complications. La mortalité liée au diabète ou à ses complications constitue un indicateur complémentaire, limité toutefois, car le codage du diabète n'est pas systématique pour les décès survenant du fait d'une de ses complications.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence et incidence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète : infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation, mal perforant plantaire et traitement par laser ophtalmologique

Les taux de complications estimés sont issus des résultats 2001 de l'étude ENTRED à partir des déclarations des patients et de leur médecin traitant (tableau 1). Globalement, les patients déclaraient plus fréquemment des complications que leur médecin. Cette discordance de résultats pourrait s'expliquer par une mauvaise interprétation de son état par le patient et/ou par l'absence de dépistage des complications par le médecin, les renseignements sur l'examen des pieds et le laser n'étant pas fournis par les médecins dans respectivement 7 et 31 % des cas.

La fréquence des complications augmentait avec l'âge et la durée du diabète. En 2001, la prévalence de l'infarctus du myocarde (déclarée par les médecins) était globalement de 7,5 % et passait de 4,7 % avant 54 ans à 8,7 % après 65 ans. Les taux de complications oculaires, perte de la vue d'un œil et traitement par laser ophtalmologique déclarés par les patients étaient respectivement de 3,4 % et 14,5 %. Ces taux augmentaient de façon marquée à partir de 65 ans pour atteindre respectivement 4,8 et 17,8 %. La prévalence de l'amputation et des maux perforants plantaires était de 1,4 et 6,0 %, et augmentait progressivement jusqu'à 75 ans. Aucune évolution avec l'âge n'était enregistrée pour la dialyse ou greffe rénale, en raison d'un plus fort risque de mortalité.

À partir des données déclarées par les médecins en 2001, les incidences pour 100 000 diabétiques étaient estimées à environ 810 infarctus, 350 cécités, 120 initialisations à la dialyse ou greffes rénales, 230 amputations d'un membre inférieur et 580 maux perforants plantaires.

Tableau 1 • Taux de complications déclarées par les patients (personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline) et leur médecin en 2001 (taux bruts, enquête ENTRED)

	Prévalences* 2001				Incidences** 2001			
	Patients		Médecins		Patients		Médecins	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Infarctus du myocarde	-	-	7,5	[6,2-8,7]	-	-	0,8	[0,4-1,2]
Infarctus du myocarde et/ou angor	15,3	[14,1-16,5]	-	-	1,9	[1,5-2,4]	-	-
Cécité	-	-	1,4	[0,8-2,0]	-	-	0,3	[0,1-0,6]
Perte de la vue d'un œil	3,4	[2,8-4,0]	-	-	0,8	[0,5-1,0]	-	-
Laser ophtalmologique	14,5	[13,4-15,7]	4,5	[3,6-5,5]	4,9	[4,2-5,6]	-	-
Dialyse ou greffe rénale	0,5	[0,3-0,8]	0,5	[0,1-0,8]	0,2	[0,1-0,3]	0,1	[0,0-0,3]
Amputation d'un membre inférieur	1,4	[1,0-1,8]	1,0	[0,6-1,5]	0,3	[0,1-0,5]	0,2	[0,0-0,5]
Mal perforant plantaire	6,0	[5,2-6,8]	1,5	[0,9-2,0]	2,7	[2,1-3,2]	0,6	[0,2-0,9]

* Complications survenues avant ou au cours de l'année 2001 ; ** Complications survenues au cours de l'année 2001.

CHAMP • France métropolitaine, population adulte, diabétiques de type 1 et 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCE • Étude ENTRED 2001-2003, échantillon de 10 000 personnes tirées au sort parmi les assurés et bénéficiaires du régime général, remboursées au dernier trimestre 2001 d'une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le numérateur est le nombre de personnes ayant déclaré (ou dont le médecin a déclaré) une complication existante (ou incidente) en 2001 ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées de l'échantillon ENTRED pour lesquelles une réponse a été obtenue soit au questionnaire patient (n = 3 646, déclarations des patients), soit à la fois au questionnaire patient et médecin (n = 1 718, déclarations des médecins). Traitement des données : dans les déclarations des patients, exclusion des valeurs manquantes (peu fréquentes) et interprétation des réponses « ne sait pas » comme l'absence de complication. Dans les déclarations des médecins, conservation des valeurs manquantes et des réponses « ne sait pas » du fait de leur fréquence (de 1,3 % pour l'infarctus à 31 % pour le laser).

LIMITES ET BIAIS • Liés à l'étude ENTRED : Exclusion des DOM, des régimes de l'assurance maladie autre que le régime général, des personnes hospitalisées pendant tout le dernier trimestre 2001 ; biais de non-réponse aux enquêtes postales des patients et des médecins (sans impact toutefois après pondération) ; biais d'auto-déclaration des patients et médecins (étude rétrospective, imprécision des déclarations des patients, fréquence importante des données non renseignées par les médecins). Ces derniers biais induisent probablement une sous-estimation de la part des médecins et une surestimation de la part des patients.

RÉFÉRENCES •

- (1) Romon I. *et al.*, 2005, « Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude ENTRED 2001 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 12-13, mars.
- (2) Fagot-Campagna A. *et al.*, 2005. « Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude ENTRED 2001 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 12-13, mars, p. 48-50.
- (3) Diaporama et résultats nationaux et régionaux disponibles sur http://www.invs.sante.fr/entred/

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

Tableau 2 • Séjours hospitaliers de personnes diabétiques avec acte d'amputation d'un membre inférieur : nombres et taux annuels de séjours et de personnes concernées (pour 100 000 diabétiques), par âge, en 2003

	< 25 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	≥ 85 ans	< 65 ans	≥ 65 ans	Tout âge
Séjours nombre	2	161	2 501	6 088	755	2 664	6 843	9 508
Taux brut	9	141	336	610	856	303	630	483
Taux standardisé	6	113	317	588	--- *	127	630	182
Personnes nombre	2	146	2 094	5 064	648	2 242	5 712	7 955
Taux brut	9	128	281	507	736	255	526	404
Taux standardisé	6	102	267	489	--- *	109	526	155

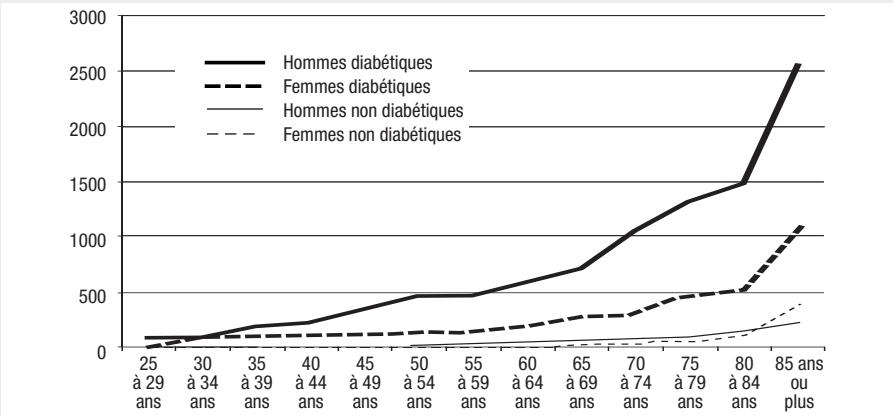
* Structure d'âge de la population européenne des personnes âgées de plus de 85 ans non disponible.
Champ : France métropolitaine.

Tableau 3 • Séjours hospitaliers de personnes diabétiques présentant des plaies du pied : nombres et taux (1) annuels (pour 100 000 habitants), selon le sexe, de 1997 à 2003

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre	Hommes	4 400	5 700	7 100	8 200	9 200	11 800	12 200
	Femmes	3 200	3 700	4 400	4 900	5 400	6 700	6 700
	Deux sexes	7 600	9 400	11 500	13 100	14 600	18 500	18 900
Taux bruts	Hommes	15,2	19,6	24,4	27,8	31,2	39,7	40,7
	Femmes	10,3	12,1	14,1	15,9	17,1	21,3	21,3
	Deux sexes	12,7	15,7	19,1	21,7	23,9	30,3	30,7
Taux standardisés	Hommes	14,9	18,9	23,4	26,3	29,0	36,6	37,4
	Femmes	8,0	9,2	10,5	11,8	12,9	15,7	15,6
	Deux sexes	11,2	13,7	16,5	18,5	20,2	25,3	25,7

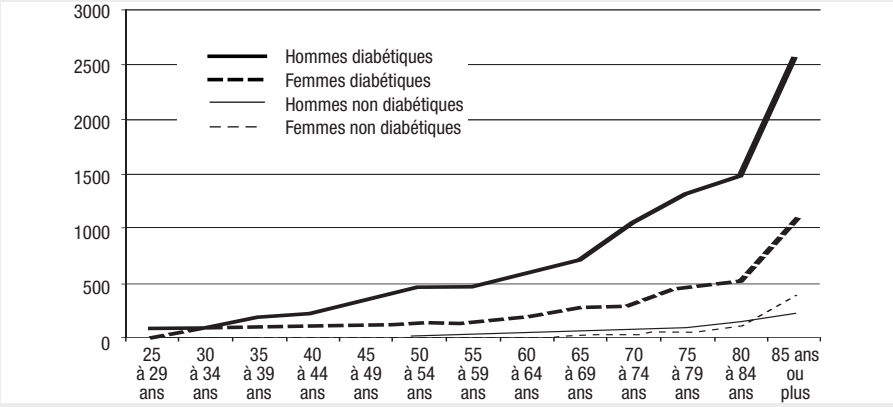
(1) Les taux ont été calculés en rapportant les séjours des personnes diabétiques à la population française totale.
Champ : France métropolitaine.

Graphique 1 • Taux bruts des séjours hospitaliers en 2003, par âge et sexe Amputations d'un membre inférieur chez les diabétiques et non diabétiques



Champ : France métropolitaine, pour 100 000 diabétiques.

Graphique 2 • Plaies du pied chez les diabétiques



Champ : France métropolitaine, pour 100 000 diabétiques.

CHAMP • Amputations : France métropolitaine ; plaies du pied : France entière.

SOURCE • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH). Séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO. Estimations localisées de population (INSEE).

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat – population Europe IARC 1976). La structure d'âge de la population diabétique a été estimée à partir des données de la CNAMTS, appliquées aux estimations Insee de population au 1er janvier 2004. Ont été retenus les séjours suivants : 1) pour repérer les patients diabétiques, ceux comportant un des codes diagnostics principaux, reliés ou associés CIM10 E10 à E14, G590, G632, H280, H360, I792, M142, N083, O24, O240 à O243 et O249 ; 2) pour repérer les amputations du membre inférieur, ceux comportant un acte codé CCAM ou CDAM NZFA009, NZFA005, NZFA004, NZFA013, NZFA010, NZFA007, NZFA002, NZFA006, NZFA008, NZFA001, NZFA003, T113, T116, T750, T751, T752, T888, T889, T111, T112, T115, T117, T118, T119, T120, T114 ; 3) pour repérer les plaies du pied, les codes diagnostics principaux, reliés ou associés CIM10 L97, M8607, M8617, M8627, M8637, M8647, M8657, M8667, M8687, M8697, S90 et S91.

LIMITES ET BIAIS • Lors des analyses des amputations, seules les données de 2002 et 2003 ont été utilisées, afin de bénéficier des procédures de chaînage disponibles à partir de 2002. Ces procédures ont permis d'identifier les séjours effectués pour un même patient : les unités de compte sont soit des séjours soit des patients. Ces procédures de chaînage ont également permis de mieux identifier les diabétiques. Par ailleurs, les données n'ont pas été redressées, le taux d'exhaustivité du PMSI, évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE), étant de 97 % en 2003.
Lors de l'analyse des plaies du pied, afin d'étudier l'évolution temporelle, la procédure de chaînage n'a pu être utilisée. Il est donc probable que les nombres et taux de séjours soient sous-estimés, le diagnostic de diabète n'apparaissant pas systématiquement. Les données ont été redressées afin de prendre en compte les défauts d'exhaustivité des débuts du PMSI, qui sont liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité était de 92 % en 1998.

RÉFÉRENCES •

- (1) Fosse S. *et al.*, 2006, « Incidence et caractéristiques des amputations du membre inférieur chez les personnes diabétiques en France métropolitaine », *BEH*, n° 10, 7 mars, InVs.
- 2) Oberlin P., Mouquet M.-C. et Got I., 2006, « Les lésions des pieds chez les patients diabétiques adultes – Prise en charge hospitalière en 2003 et évolution depuis 1997 », *Études et Résultats*, n° 475, mars, DREES.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS pour les amputations et DREES pour les plaies du pied.

Complications du diabète (2)

Hospitalisations de personnes diabétiques pour amputation ou plaie du pied

En 2003, en métropole, près de 8 000 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur, totalisant plus de 9 500 séjours avec amputation (tableau 2). Une même personne avait effectué dans l'année deux séjours avec amputation dans 13 % des cas et trois séjours ou plus dans 3 % des cas.

Les taux de séjours hospitaliers avec acte d'amputation, bruts et standardisés, étaient estimés respectivement à 483 et 182 pour 100 000 diabétiques. Les taux d'amputation de personnes diabétiques, bruts et standardisés, étaient estimés, respectivement, à 404 et 155 pour 100 000 diabétiques, soit quatorze fois plus que chez les non-diabétiques et deux fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Parmi les personnes diabétiques amputées, 28 % étaient âgées de moins de 65 ans, 64 % de 65 à 84 ans et 8 % de 85 ans et plus. Le niveau le plus haut d'amputation correspondait à l'orteil chez 3 020 personnes (38 %), au pied chez 1 930 (24 %), à la jambe chez 1 663 (21 %) et à la cuisse chez 1 342 (17 %) personnes diabétiques. Une amputation précédente de niveau plus distal[1] était enregistrée dans l'année chez 28 % des amputés de la cuisse, 35 % des amputés de jambe et 22 % des amputés du pied. Enfin, 711 décès (9 %) étaient enregistrés au cours du séjour avec acte d'amputation.

En 2003, pour la France entière, plus de 10 200 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention de plaie du pied, totalisant 19 000 séjours (tableau 3). Un seul séjour était enregistré chez 78 % des diabétiques, deux séjours chez 11 %, et trois séjours ou plus chez 11 % d'entre eux. Chez les hommes, le taux d'hospitalisation augmentait avec l'âge. Chez les femmes, le taux était assez stable entre 30 et 64 ans puis croissait à partir de 65 ans.

Par rapport à la moyenne nationale, le taux standardisé d'hospitalisation pour plaie du pied était presque 7 fois supérieur dans l'île de la Réunion (175 pour 100 000 habitants) et double dans certaines régions métropolitaines (Picardie, Alsace, Bourgogne). Entre 1997 et 2003, les taux standardisés d'hospitalisation pour plaie du pied ont doublé. Cette grande variabilité entre les régions, de même que l'augmentation dans le temps, reflètent à la fois les variations et l'augmentation de prévalence du diabète, de mode de prise en charge des plaies du pied, voire de pratiques de codage.

Nombre de patients diabétiques entrant en insuffisance rénale chronique terminale

Dans l'étude ENTRED, l'incidence estimée d'après les déclarations des médecins traitants en 2001 était de 120 pour 100 000 diabétiques nouvellement en dialyse ou greffés en 2001 (200/100 000 d'après les patients) (tableau 1).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et taux de décès ayant pour cause un diabète, et âge moyen au décès

Entre 1990 et 2002, une très forte progression des taux de décès causé par un diabète était enregistrée en France, estimée à 66 % chez les hommes et 35 % chez les femmes (graphique 4).

En 2002, 5,5 % des certificats de décès des personnes résidant en France métropolitaine mentionnaient un diabète en tant que cause initiale (2,1 %) ou associée (3,4 %) du décès. Il s'agit toutefois d'une sous-estimation, car le diabète est inconstamment mentionné en tant que cause du décès lorsque celui-ci est lié à une de ses complications (tableau 4). Les taux de mortalité liée au diabète en causes multiples, brut et standardisé sur l'âge, étaient respectivement de 49,2 et 31,7 pour 100 000. Ces taux augmentaient fortement avec l'âge jusqu'à 84 ans, tout comme la prévalence du diabète. Avant 65 ans, le taux standardisé des décès prématurés liés au diabète était de 6,9 pour 100 000. Le taux de mortalité était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'indice de surmortalité masculine diminuait toutefois avec l'âge, de 2,4 chez les personnes âgées de moins de 64 ans, à 1,7 chez les 65-84 ans et 1,2 au-delà de 85 ans. L'âge moyen au décès était de 78 ans, et était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (81 *versus* 75 ans), comme pour la mortalité générale. Toutefois, dans les DOM, l'âge moyen du décès était de 72 à 76 ans ; et contrairement aux observations de métropole, c'est une surmortalité féminine qui était généralement retrouvée. Il existe de fortes disparités régionales. Les taux les plus élevés de décès standardisés liés au diabète de métropole étaient enregistrés en Picardie, Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace et Franche-Comté (14,5 à 16,9 pour 100 000, diabète en cause initiale). À l'inverse, les taux les plus faibles étaient retrouvés dans les régions Bretagne, Île-de-France, Pays de la Loire et Basse-Normandie (8,6 à 9,4 pour 100 000). Dans les DOM, les taux standardisés étaient extrêmement élevés : 22,3, 23,8, 29,3 et 50,2 pour 100 000 à la Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion. Ces disparités géographiques concordent globalement avec les disparités géographiques des prévalences du diabète et de l'obésité en France.

En 2000, la France métropolitaine occupait la septième place en termes de mortalité liée au diabète dans l'ensemble de l'Europe des 15 (11,9 *versus* 13,5 pour 100 000, diabète en cause initiale). Cependant, la qualité de la certification et du codage introduisent des biais importants lors de telles comparaisons, et les taux dans les DOM sont exclus de cette comparaison. ●

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

1. Éloigné du point de référence.

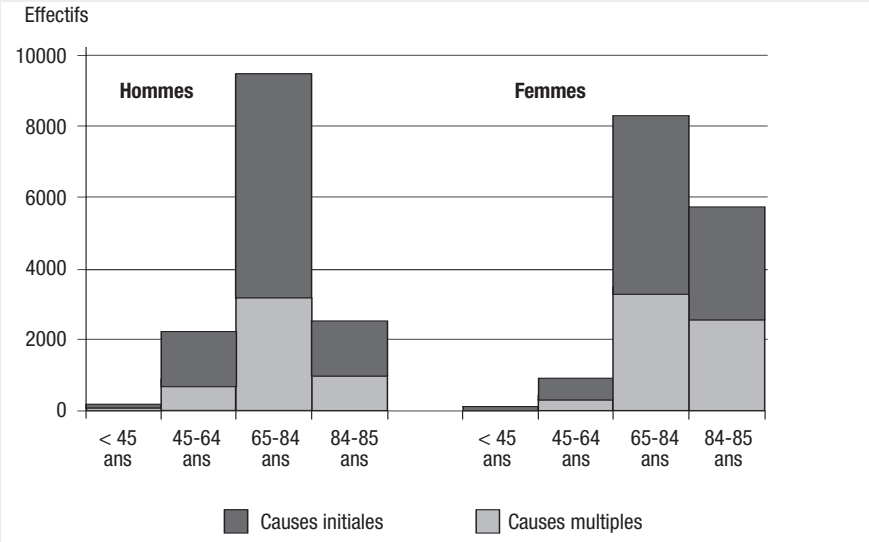
synthèse

Sur la base de 2 millions de personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux et/ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2001, environ 152 000 auraient subi un infarctus du myocarde, 28 000 seraient aveugles, 10 000 greffées ou dialysées et 22 000 amputées d'un membre inférieur. Entre 32 000 et 120 000 auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé et entre 90 000 et 290 000 auraient bénéficié d'un traitement par laser ophtalmologique. Par ailleurs, tous les ans, 2 400 à 4 000 de ces personnes diabétiques entreraient en dialyse ou bénéficieraient d'une greffe de rein.

L'incidence brute des amputations a été estimée à 404 pour 100 000 diabétiques. Le risque d'amputation était 14 fois plus élevé chez les diabétiques que chez les non diabétiques et 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Un quart des diabétiques amputés étaient âgés de moins de 65 ans. Dans 16 % des cas, il s'agissait de récidives d'amputations dans la même année. Plus de 19 000 séjours mentionnant une plaie du pied chez une personne diabétique étaient également enregistrés, soit un taux standardisé sur l'âge de 25,7 séjours pour 100 000 habitants. La Réunion surtout, mais également la Picardie et l'Alsace, enregistraient des taux standardisés d'hospitalisation pour plaie du pied très supérieurs à la moyenne nationale.

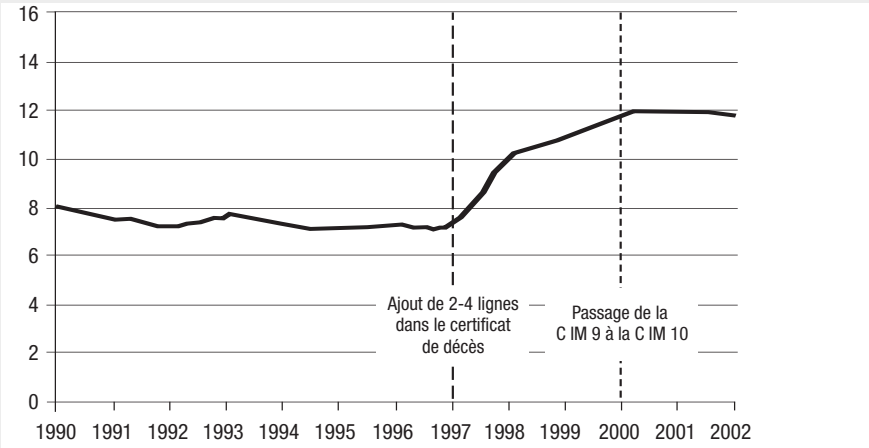
En 2002, le diabète était mentionné sur près de 30 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France métropolitaine. Les taux de mortalité augmentaient fortement avec l'âge jusqu'à 84 ans, et une surmortalité masculine persistait jusqu'à cet âge. L'âge moyen au décès était de 78 ans. Il existait des disparités géographiques similaires à celles de la prévalence du diabète : les taux de mortalité étaient plus élevés dans le nord et l'est de la France et plus encore dans les DOM.

Graphique 3 • Effectifs de décès avec mention de diabète en causes initiale ou multiples, par âge et sexe



Champ : France métropolitaine, année 2002.

Graphique 4 • Effectifs de décès avec mention de diabète en causes initiale ou multiples, par âge et sexe



Champ : France métropolitaine, année 2002.

CHAMP • France métropolitaine et DOM, décès avec mention de diabète sur le certificat de décès, tous âges, de 1989 à 2002.

SOURCE • Les données sont issues de la statistique nationale des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'INSERM, et établie à partir de la certification médicale.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Les indicateurs sont calculés pour une année donnée, sur la base du nombre de certificats portant la mention de diabète en cause initiale ou en causes initiale et associées (causes multiples). La différenciation des décès en France métropolitaine et dans les DOM repose sur le département de domicile des personnes décédées (sauf mention spéciale). Lors du calcul des taux de mortalité, le dénominateur correspond aux estimations de population de l'Insee de l'année donnée. La standardisation repose sur la structure d'âge de la population européenne de 1976 (IARC).

LIMITES ET BIAIS • Les biais principaux sont liés à la qualité de la certification des décès. Le diabète engendre de nombreuses complications ; il peut alors être difficile de discerner la cause initiale du décès. C'est pourquoi il est essentiel de tenir compte à la fois des causes initiale et associées de décès. De plus, un décès lié à une complication du diabète ne conduira pas systématiquement à la mention du diabète sur le certificat de décès ; une validation des certificats de décès avec et sans mention de diabète sera donc nécessaire. La comparaison de ces résultats avec les résultats d'autres pays est limitée, étant donné les différences de qualité de certification et de codage d'un pays à l'autre. La comparaison des résultats dans le temps est également limitée à cause de l'évolution au cours du temps de la structure du certificat de décès (lignes supplémentaires) et du système de codage (manuelle à automatique).

RÉFÉRENCE •

- Pequignot F., Jougla E., Le Toullec A., « Mortalité attribuée au diabète en France », *BEH* 2002 ; 20-21, 91.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et InVS.

Tableau 4 • Taux standardisés de mortalité (pour 100 000) avec mention de diabète en causes initiale ou multiples, par âge et sexe

2002	Diabète en cause initiale			Diabète en causes multiples		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Effectifs	*11 203*	*5 001*	*6 202*	*29 357*	*14 364*	*14 993*
< 25 ans	< 0,1	< 0,1	< 0,1	0,1	0,1	0,1
25-44 ans	0,7	0,9	0,4	1,4	1,9	0,9
45-64 ans	7,7	10,6	4,8	23,0	32,9	13,5
65-84 ans	65,9	80,4	55,1	182,7	240,3	140,4
≥ 85 ans*	312,0	324,7	307,3	723,3	816,0	688,5
< 65 ans	2,4	3,3	1,5	6,9	9,8	4,1
≥ 65 ans	88,3	102,6	78,1	231,8	292,7	190,2
Tous âges	11,8	14,2	9,9	31,7	41,0	24,6

* Taux bruts (répartition par âge des plus de 85 ans dans la population européenne de référence non disponible).

Champ : France métropolitaine, année 2002.

Note de lecture : L'augmentation observée entre 1997 et 2001 reflétait l'introduction de lignes supplémentaires sur les certificats de décès en 1997 détaillant le diagnostic, ainsi que le changement de codification en 2000, avec le passage à la CIM 10 et la mise en place d'un système de codage automatique des causes de décès.

Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables (1)

Le taux de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 2002, 49 % des usagers des structures de première ligne se déclaraient ainsi séropositifs au VHC contre 10 % pour le VIH. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence : un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé (de l'ordre de 10 fois plus), une opportunité de contact beaucoup plus importante lors d'un partage de matériel d'injection ou de préparation) et une plus grande résistance du VHC dans le milieu extérieur. L'objectif de la loi de santé publique est pour les personnes dépendantes aux opiacés et polytoxicomanes de « maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et amorcer une baisse de l'incidence du VHC ».
Les systèmes d'information disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas encore de mesurer de façon rigoureuse l'évolution de l'incidence des séroconversions pour le VIH et le VHC. Le taux d'incidence des séroconversions pour le VIH et le VHC ne peut être approché que par un calcul de la prévalence.
En ce qui concerne le VIH, il existe un système de notification obligatoire de nouveaux cas d'infection à VIH mais sa mise en place ne remonte qu'à mars 2003. On manque donc aujourd'hui de recul pour observer l'évolution du nombre de notifications.
Pour le VHC, il a été choisi d'approcher l'incidence par la prévalence du VHC chez les usagers de drogue de moins de 25 ans. C'est en effet dans cette population que la prévalence dépend le plus fortement des nouvelles contaminations. Une première enquête multicentrique avec prélèvement d'échantillons sanguins a été réalisée en 2004. On dispose ainsi pour la première fois d'une mesure, à l'échelon national, de la prévalence réelle du VHC dans la population des usagers de drogues. Il faudra cependant attendre la réédition de cette enquête et d'autres enquêtes de ce type pour pouvoir mesurer les évolutions. En attendant, seules des données de prévalences déclaratives peuvent être utilisées pour tenter d'apprécier la tendance récente en matière de transmission du VHC.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre (et proportion) de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les usagers de drogues injectables

Compte tenu de la date de mise place du système d'information, en 2003, les évolutions ne peuvent être retracées. De plus, l'année de mise en place d'un tel système d'information ne fournit pas une bonne référence pour analyser les tendances. On ne peut donc aujourd'hui que fournir un indicateur de la situation dans les années 2003-2004.

Entre mars 2003 et la fin 2004, 6 302 découvertes de séropositivité VIH ont été recensées. Il faut préciser que ces effectifs sont sans doute sous-estimés pour différentes raisons : la montée en charge progressive du système en 2003, les délais de déclaration (pour les cas recensés en 2004) et le problème général de la sous-déclaration. Parmi ces 6 302 cas, 56 % (n = 3 511) ont été contaminés par rapports hétérosexuels, 22 % (n = 1 405) par rapports homosexuels – ou bisexuels et 2 % (n = 143) par usage de drogues injectables (UDI) (graphique).

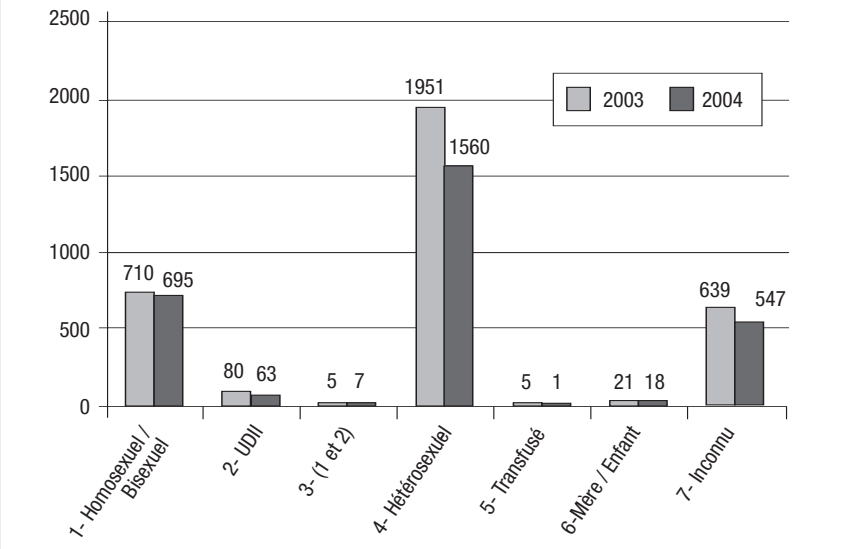
L'usage de drogues injectables n'était donc en cause en 2003-2004 que pour une proportion faible des nouvelles contaminations. On peut rappeler qu'au milieu des années 1990, le mode de contamination par usage de drogues par voie injectable représentait 30 % des nouveaux cas de sida. Les deux chiffres ne sont pas exactement comparables (contamination par le VIH *versus* sida) mais sont néanmoins liés.

La seule information sur les contaminations de la période 2003-2004 ne permet pas de se prononcer sur la poursuite du mouvement de baisse de l'incidence des séroconversions. Il existe néanmoins plusieurs indices convergents (baisse des nouveaux cas de sida associés à ce mode de contamination entre 1997 et 2004, baisse de la prévalence déclarée du VIH dans les enquêtes effectuées auprès des usagers de drogue) permettant de penser que cette tendance ne s'est pas infléchie.

Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne) âgés de moins de 25 ans ayant recours aux différentes structures de prise en charge

Les chiffres de prévalence du VHC (ou du VIH) doivent être interprétés avec précaution. Il importe tout d'abord de tenir compte du caractère déclaratif ou biologique des résultats d'une part et des caractéristiques de la population interrogé, de l'autre. En effet, de fortes divergences entre les sérologies VHC déclarées et les résultats de tests sur des échantillons biologiques ont été constatées dans certaines enquêtes. En second lieu, il est nécessaire de considérer l'exposition aux risques de la population interrogée, ceux-ci étant essentiellement liés à l'utilisation de la voie intraveineuse et du partage des seringues et, dans une moindre

Graphique 1 • **Nouveaux diagnostics d'infection par le VIH par mode de contamination et année de diagnostic**



Source : Système de notification obligatoire de l'infection à VIH.

CHAMP • France entière.

SOURCE • Système de notification obligatoire de l'infection à VIH.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • La notification des découvertes de séropositivité est initiée par les biologistes et complétée par les médecins cliniciens. Nombre de nouveaux cas pour lesquels le mode de contamination imputé est l'injection de drogues, rapporté à l'ensemble des découvertes de séropositivité durant la période considérée.

LIMITES ET BIAIS • La déclaration des infections à VIH est encore récente (contrairement à la déclaration des cas de sida), l'importance de la sous-déclaration de cas devra estimée.

RÉFÉRENCE •

- InVS Département des maladies infectieuses, unité VIH/sida-IST-VHC, «Surveillance de l'infection à VIH-sida en France : 2003-2004», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (*BEH*), n° 46-47, novembre, p. 230-232, InVS.

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

Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables (2)

mesure, à l'utilisation du sniff et du partage des pailles.

Les données de prévalence du VHC disponibles proviennent actuellement de trois enquêtes différentes. Une seule d'entre elles, l'enquête Coquelicot, fournit des données reposant sur des tests biologiques, ce qui en fait aujourd'hui la source la plus fiable. D'après les résultats de cette enquête, la proportion d'usagers de drogues de moins de 25 ans interrogés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (centres spécialisés de soins aux toxicomanes – CSST – et structures de première ligne) ayant sniffé ou reçu une injection dans le dernier mois et ayant une sérologie VHC positive est de 16,2 % (n = 11) en 2004 (tableau 1). Ces résultats, isolés pour l'instant, ne permettent pas d'indiquer une tendance d'évolution.

Les deux autres enquêtes permettant de calculer un taux de prévalence du VHC chez les moins de 25 ans sont déclaratives. D'après les données issues du dispositif TREND, la prévalence déclarée de séropositivité au VHC chez les moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne et ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne a décrû entre 2001 et 2003, passant de 27 % à 17 % (tableau 2). Cela pourrait s'expliquer par la diminution, entre 2001 et 2002, de la proportion d'utilisateurs de la voie intraveineuse (de 48 % à 31 %) chez les sujets jeunes interrogés. Il est à remarquer que le taux de prévalence calculé est proche de celui de l'enquête Coquelicot.

Parmi les jeunes usagers d'opiacés et de cocaïne de moins de 25 ans pris en charge dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en novembre 2003, la prévalence des sérologies positives au VHC déclarées par ces structures est égale à 12,7 % contre 27,1 % en novembre 1999. Cette prévalence est plus élevée pour les jeunes usagers qui ont utilisé la voie intraveineuse : 20,2 % contre 5,6 % dans le cas contraire (tableau 3). La prévalence des sérologies positives au VHC semble ainsi avoir diminué d'environ 50 % entre 1999 et 2003 dans cette population de jeunes usagers d'opiacés ou de cocaïne, la diminution étant également de 47 % pour les utilisateurs de la voie intraveineuse. Toutefois, la part des usagers pour lesquels la sérologie n'est pas connue est particulièrement élevée à ces âges et a même augmenté entre 1999 et 2003 (43,8 % en 2003). ●

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

synthèse

Le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH chez les usagers de drogues était de 80 en 2003 et de 63 en 2004, soit 2 % de l'ensemble des cas de notifications (n = 6302) depuis la mise en place du système de déclaration en mars 2003. Ces données ne sont pas suffisantes pour se prononcer sur la poursuite de la diminution de l'incidence des séroconversions. Toutefois la baisse des nouveaux cas de sida associés à ce mode de contamination continue entre 1997 et 2004. Quant à la baisse de la prévalence de la séropositivité au VIH déclarée lors des enquêtes auprès des usagers de drogue, elle permet de penser que cette tendance ne s'est pas infléchie.

Selon les données biologiques de l'enquête Coquelicot en 2004, le pourcentage d'usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie ayant sniffé ou reçu une injection dans le dernier mois et ayant une sérologie VHC positive est de 16,2 %.

Les seules données permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC chez les moins de 25 ans sont aujourd'hui déclaratives. Elles semblent indiquer une tendance à la baisse au début des années 2000 vraisemblablement liée à la baisse de la proportion d'utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. En raison des limites inhérentes aux données déclaratives et au taux de réponse assez faible sur la sérologie VHC, il faut toutefois rester prudent sur la réalité de cette évolution. Seules les enquêtes dont les résultats reposent sur des tests biologiques permettront de confirmer cette tendance à la baisse.

Tableau 1 • Prévalence de séropositivité au VHC chez les moins de 25 ans enquêtés dans des structures spécialisées ayant récemment « sniffé ou injecté » (données biologiques)

Usagers de moins de 25 ans (sniff ou injection dans le mois)	2004
Sérologie positive au VHC	16,2 %*

* Données provisoires.
Source : Enquête Coquelicot 2004 – InVS/Données provisoires.

Tableau 2 • Prévalence de séropositivité au VHC chez les moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne (données déclaratives)

	2001	2002	2003
15-24 ans	27 %	17 %	17 %
25-34 ans	49 %	44 %	46 %
> 34 ans	60 %	64 %	54 %
Ensemble	49 % (259)	49 % (217)	43 % (310)

Source : Enquête « TREND ».

Tableau 3 • Consultants en CSST âgés de moins de 25 ans ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne (données déclaratives)

	1999	2003
N	1 895	2 493
Sérologie VHC non connue	36,9 %	43,8 %
Sérologie VHC négative	72,9 %	87,3 %
Sérologie VHC positive :	**27,1 %**	**12,7 %**
Usagers de la voie intraveineuse	38,2 %	20,2 %
Non-usagers de la voie intraveineuse	*9,0 %*	*5,6 %*

Source : Enquête « novembre ».

ENQUÊTE « NOVEMBRE » – DREES

CHAMP • France entière, tous les consultants en CSST au cours du mois de novembre âgés de moins de 25 ans et pris en charge pour consommation d'opiacés ou de cocaïne.

SOURCE • Enquêtes novembre 1999 et 2003 (enquêtes sur la prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours aux structures sanitaires et sociales).

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • L'indicateur a été construit à partir des déclarations faites par les structures de soins. Ont été pris en considération les consultants de CSST âgés de moins de 25 ans et pris en charge pour consommation d'opiacés (et par extension de produits de substitution aux opiacés), de cocaïne ou de crack. Les sérologies positives indiquées correspondent au rapport des sérologies positives à l'ensemble des sérologies connues.

LIMITES ET BIAIS • Cette enquête ne prend en compte que les usagers de drogues ayant recours au système de soins. Pour cet indicateur, seuls les usagers des CSST sont pris en compte. Le statut sérologique VHC est déclaré par les structures de soins (et non par les usagers eux-mêmes). Le taux des non-réponses (sérologie non connue) est élevé.

RÉFÉRENCES •
- Tellier S., 2001, « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales », *Document de travail série statistiques*, n° 19, DREES.
- Bellamy V., 2005, « La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social », *Document de travail série statistiques*, n° 83, DREES.

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

ENQUÊTE « COQUELICOT » - InVS

CHAMP • Usagers de drogues âgés de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (haut seuil/bas seuil) ayant sniffé ou injecté dans le dernier mois. Étude multicentrique (Bordeaux-Lille-Marseille-Paris-Strasbourg).

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Rapport des usagers de moins de 25 ans ayant sniffé et injecté dans le mois et présentant une sérologie VHC positive, à l'ensemble des usagers de moins de 25 ans ayant sniffé et injecté dans le mois pour lesquels une sérologie a été pratiquée.

LIMITES ET BIAIS • Champ géographique limité à cinq grandes villes, première enquête en 2004, après une étude de faisabilité en 2001-2002.

RÉFÉRENCE •
- Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M., 2003, « Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude coquelicot) », InVS.

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

ENQUÊTE « TREND » AUPRÈS DES USAGERS DES STRUCTURES DE PREMIÈRE LIGNE - OFDT

CHAMP • Consultants des structures dites de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues), ayant consommé des opiacés ou de la cocaïne.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Enquête réalisée auprès des usagers des structures de première ligne (boutiques et Programme d'échange de seringues), sur la base du volontariat. Cette enquête repose sur des données déclaratives des usagers de drogues actifs (opiacés ou cocaïne) avec une forte population d'injecteurs. D'abord annuelle (de 2001 à 2003), cette enquête devient bi-annuelle à partir de 2005 avec ajout d'informations sur les dosages biologiques.

LIMITES ET BIAIS • Enquête basée sur le volontariat et les déclarations des usagers.

RÉFÉRENCE •
- Bello P.-Y. *et al.*, 2004, « phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 ».

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

Prise en charge des toxicomanes

Le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées et/ou de cocaïne était compris entre 150 000 à 180 000 en 1999 selon l'OFDT[1]. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs. Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la Méthadone, dont la prescription ne peut être initiée actuellement que dans les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la Buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins.
En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution concluait notamment qu'une amélioration de l'accès à ces traitements était nécessaire et qu'il fallait en particulier faciliter l'accès à la Méthadone.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de patients sous traitement de substitution et proportion de patients sous Méthadone

Deux sources sont utilisées pour quantifier le nombre de patients concernés : les données du système d'information SIAMOIS (InVS), basées sur les chiffres de ventes fournies par le Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS) (ville + hôpital) et les données issues de l'assurance maladie, reposant sur les demandes de remboursement de traitements de substitution qui lui sont adressées. Ces deux sources permettent ainsi de définir des intervalles pour l'usage des deux médicaments dont les bornes hautes correspondent aux calculs effectués à partir des données du GERS, les bornes inférieures reposant sur les données de l'assurance maladie.

Ainsi en 2003, selon les données SIAMOIS, et sous l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour, on pouvait estimer à 84 500 le nombre de patients sous traitement par Subutex®. Pour la Méthadone, sous l'hypothèse d'une posologie moyenne de 60 mg par jour, le nombre de patients traités par ce médicament était estimé à près de 16 900 cette même année. Ces données représentent des nombres maximaux de patients, dans la mesure où les posologies moyennes réelles semblent être supérieures aux posologies utilisées dans ce calcul.

Les données de l'assurance maladie – en s'appuyant sur les doses moyennes remboursées aux patients recevant un traitement continu – permettent quant à elles d'estimer à 71 800 le nombre d'usagers sous traitement par Subutex® et à 11 200 le nombre d'usagers sous Méthadone (graphique 1).

Il faut cependant préciser qu'une part de la Buprénorphine prescrite est détournée de son usage et n'est donc pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement. En effet, selon les données de l'assurance maladie, sur les 79 000 patients ayant reçu au moins une prescription, on peut estimer que 65 % d'entre eux sont inscrits dans une démarche de traitement médical, que 28 % reçoivent des prescriptions de produits substitutifs de manière irrégulière et qu'environ 6 % se font prescrire ces traitements, le plus souvent par plusieurs médecins, dans un but de revente.

En 2003, la part du Subutex® dans les traitements de substitution se situe entre 75 et 80 % selon ces deux sources de données.

La Buprénorphine haut dosage représente 20 % des traitements substitutifs en Europe en 2005, avec 77 % de la prescription effectuée en France. Deux autres pays européens, la République tchèque et la Suède, ont recours à la Buprénorphine haut dosage dans plus de 60 % des cas[2].

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la Méthadone sont accessibles

L'enquête conjointe DGS/DHOS au sein des établissements pénitentiaires repose sur un questionnaire adressé à tous les médecins responsables d'unités médicales implantées en milieu pénitentiaire et relevant du service public hospitalier (Unités de consultation et de soins ambulatoires [UCSA], Services médico-psychologiques régionaux [SMPR], ou secteurs de psychiatrie générale). Cette enquête exhaustive a été réalisée à quatre reprises, sur une journée d'une semaine donnée, auprès des 168 établissements recensés. La dernière enquête date de février 2004. À cette date, les traitements de substitution par Méthadone étaient disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

La population sous traitement de substitution augmentait progressivement : de 2 % en mars 1998 à 6,6 % en février 2004 (tableau). À cette date, 20 % des personnes bénéficiant d'un traitement de substitution étaient sous Méthadone (n = 773). Ce résultat est en légère augmentation par rapport aux années précédentes où la Méthadone représentait 15 % des traitements (graphique 2). ●

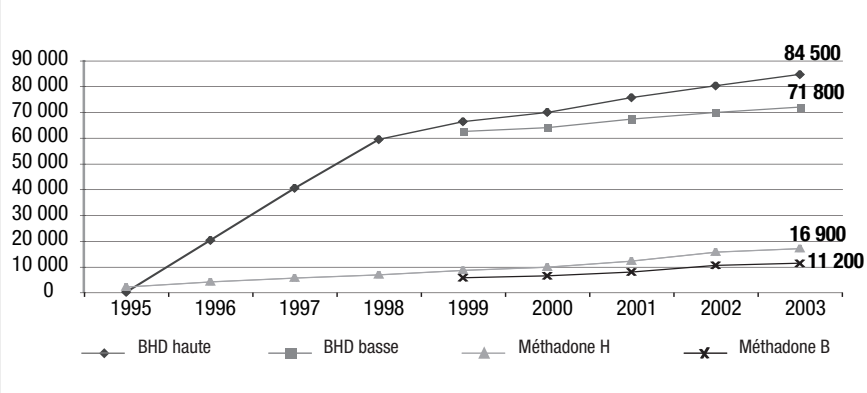
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT.

1. Source : 2005, « Drogues et dépendances, données essentielles », éditions La Découverte, OFDT.
2. 2005, « Standard tables on drugs treatment, Annual report », Observatoire européen pour les drogues et les toxicomanies (OEDT).

synthèse

Le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées et/ou de cocaïne était compris entre 150 000 à 180 000 personnes en 1999 selon l'OFDT. En 2003, entre 71 800 et 84 500 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et entre 11 200 et 16 900 sous Méthadone. Ainsi, selon la source de données utilisée, la Méthadone est utilisée dans 20 à 25 % des traitements de substitution aux opiacés.
En 2004, les traitements de substitution par Méthadone étaient disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Graphique 1 • Traitements de substitution aux opiacés : nombre d'usagers de drogues traités par Buprénorphine haut dosage (Subutex®) et Méthadone – Évolution 1995-2003



Sources : SIAMOIS/InVS et estimations OFDT.

CHAMP • Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) : données de ventes de médicaments aux officines en France entière, et aux établissements de santé en France métropolitaine. Assurés aux trois caisses principales de l'assurance maladie, France entière.

SOURCES • InVS - SIAMOIS : estimation de nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) à partir des données de ventes (bases de données GERS). CNAMTS : demande de remboursement de TSO à l'assurance maladie (CNAM, MSA et CANAM).

RÉFÉRENCES •
- Emmanuelli J., 2000, « Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques – SIAMOIS-Description, analyse et mise en perspective des ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999 », *InVS,* nov.
- Cadet-Tairou A., Cholley D., 2004, « Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002 : Pratiques et disparités à travers 13 sites français », *OFDT*, juin.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS (SIAMOIS), CNAMTS.

Tableau 3 • Part de la population incarcérée ayant un traitement de substitution aux opiacés

	Mars-98	Nov.-99	Déc.-01	Févr.-04
Établissements participants à l'enquête	160/168	159/168	168	165/168
Population incarcérée	52 937	50 041	47 311	56 939
Population substituée (%)	**1 036 (2,0 %)**	**1 653 (3,3 %)**	**2 548 (5,4 %)**	**3 793 (6,6 %)**

Source : Enquête DGS-DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

CHAMP • France entière, tous types d'établissements pénitentiaires.

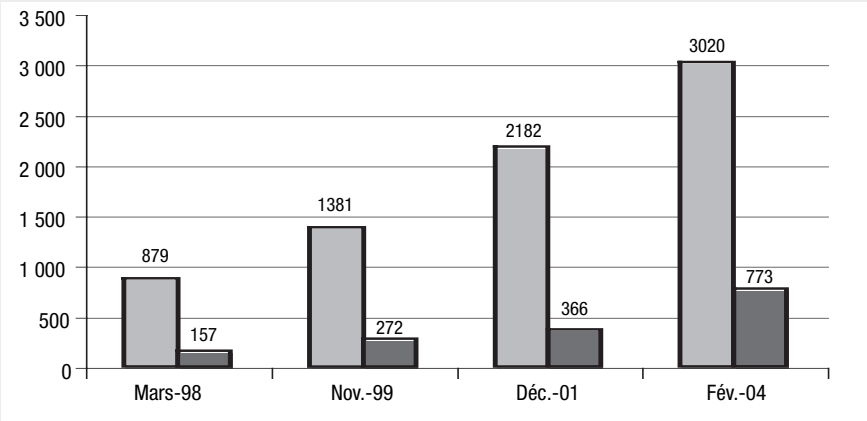
SOURCE • Enquête DGS-DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

LIMITES ET BIAIS • Taux d'exhaustivité 98,2 % (réponses des établissements) ; enquête administrative déclarative.

RÉFÉRENCE •
- Morfini H., Feuillerat Y., 2001, « Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire », *DGS-DHOS,* décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DGS/DHOS.

Graphique 2 • Évolution du nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés



Source : Enquête DGS-DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

Atteintes sensorielles chez l'adulte (1)

Concernant les atteintes sensorielles chez l'adulte, la loi relative à la politique de santé publique s'est donnée pour objectifs de « réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences ». Ces affections méritent en effet d'être prises en compte à cause de leur grande fréquence et de leur caractère potentiellement évitable. Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle ; la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome sont à l'origine de la plupart des cécités[1].
Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce.
Parmi les atteintes de l'audition, la presbyacousie, l'altération des facultés d'audition liée à l'âge, reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs du sujet âge. L'altération de l'audition est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail (voir objectif 16) et lors des loisirs (musique enregistrée écoutée au casque par exemple).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence des difficultés déclarées de vision de près sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

Une personne sur deux de 18 ans et plus déclare avoir des difficultés à voir de près, qu'elle ait ou non recours par ailleurs à une correction : 49 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour voir clairement les caractères d'imprimerie. Les femmes manifestent un peu plus souvent que les hommes ce type de difficultés – respectivement 52 contre 46 % (graphique 1). Cet écart se retrouve aux différents âges.

La difficulté pour voir de près devient très fréquente après 45 ans ; près de 8 personnes sur 10 ont des difficultés à voir de près après cet âge (graphique 2). La déclaration de difficultés pour voir de près est plus fréquente parmi les personnes les moins instruites que parmi celles qui déclarent avoir suivi des études supérieures.

Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de près

96 % parmi les personnes déclarant des difficultés à voir de près ont recours à une correction. Le recours aux corrections est semblable pour les deux sexes, et reste élevé même parmi les personnes les plus âgées. En revanche, la part des corrections efficaces parmi ceux qui en utilisent diminue avec l'âge. Si globalement 92 % de ceux qui utilisent une correction n'ont plus de difficultés à voir de près, cette part est de 98 % chez les 18-25 ans et de 71 % chez les plus de 85 ans. Dès lors, les difficultés résiduelles (qui ne sont pas compensées ou persistent en dépit d'une correction) sont seulement de l'ordre de 5 % pour l'ensemble de la population, mais s'accroissent avec l'âge et touchent 11 % des 65-84 ans et près de 27 % des plus de 85 ans (tableau 1). L'absence de correction et la mauvaise correction sont difficiles à interpréter ; elles peuvent être dues à des gênes modérées jugées supportables, à un défaut d'accès aux aides (ou aux aides appropriées), ou enfin à des gênes sévères qu'il est difficile ou impossible à compenser.

Parmi les 4 % d'adultes qui n'ont pas de corrections en dépit de difficultés déclarées, les différences selon le niveau d'instruction sont faibles. Par contre, il semble qu'il y ait un désavantage des moins instruits quant à l'efficacité de ces corrections. À âge et sexe équivalents, comparées aux personnes qui ont suivi des études supérieures, les personnes qui ont un niveau d'étude secondaire ou inférieur au secondaire ont des risques relatifs significativement plus forts d'avoir une correction peu efficace (odd ratios de 1,40 et 2,1 respectivement).

Prévalence des difficultés déclarées de vision de loin sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

Les difficultés à voir de loin semblent moins fréquentes que les difficultés à voir de près, et ce quel que soit l'âge (graphique 4) : 16 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres de distance. Ce trouble est beaucoup plus souvent déclaré par les femmes que par les hommes (respectivement 20 % et 12 %) (graphique 3) et ce dans chaque groupe d'âge.

La déclaration de gênes pour voir de loin est plus fréquente parmi les personnes les moins instruites. Mais ces différences semblent en partie liées à la structure par âge des groupes de niveau d'instruction, la progression avec l'âge étant plus régulière que pour les difficultés pour voir de près, surtout présentes à partir de

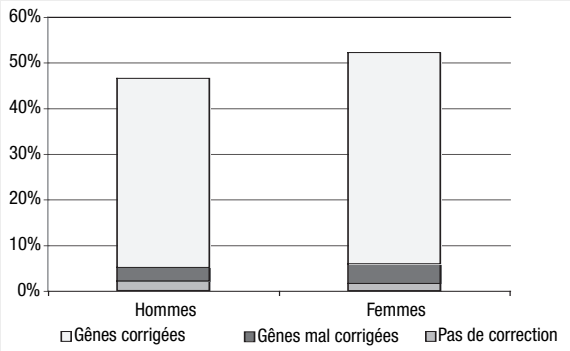
1 Direction Générale de la Santé, Rapport technique national de définition des objectifs, mise à jour 13/03/2003 http://www.sante.gouv.fr/

Tableau 1 • Difficultés à voir de près chez les personnes de 18 ans et plus (%) (voir les caractères d'imprimerie d'un journal)

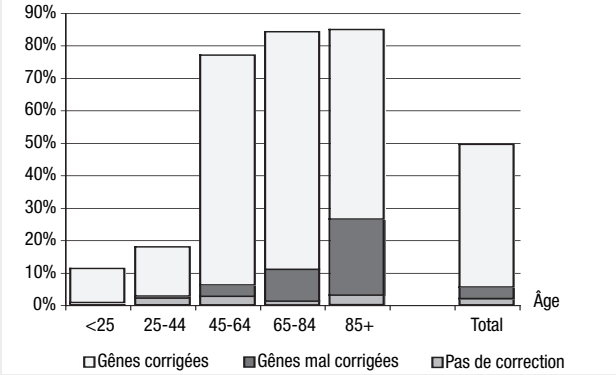
Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Sans correction	Gênes résiduelles	Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25	11,2	0,7	10,5	0,2	0,5	95,6	97,9
25-44	17,8	2,8	15,0	0,7	2,0	88,6	95,3
45-64	77,0	6,1	70,9	3,5	2,6	96,6	95,3
65-84	84,2	10,9	73,3	9,8	1,1	98,7	88,2
85 +	84,8	26,4	58,3	23,5	2,9	96,5	71,3
Total	49,5	5,5	44,0	3,6	1,9	96,2	92,4

Lecture : 84,8 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de près : 58,3 % ont des gênes correctement corrigées, 23,5 %, déclarent des gênes mal corrigées et 2,9 % n'ont aucune correction. Parmi celles qui ont une gêne, 96,5 % utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 71,3 % la déclarent efficace.
Source : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003. Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Graphique 1 • Prévalences des difficultés à voir de près par sexe (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Graphique 2 • Prévalences des difficultés à voir de près par âge (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



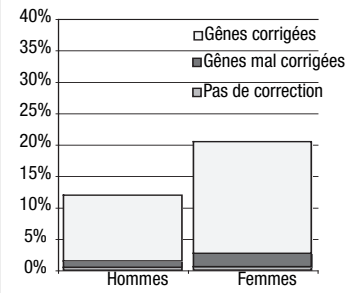
Lecture : 85 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de près : 58 % ont des gênes correctement corrigées, 24 %, déclarent des gênes mal corrigées et 3 % n'ont aucune correction.
Source : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Tableau 2 • Difficultés à voir de loin chez les personnes de 18 ans et plus (%) (reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres de distance)

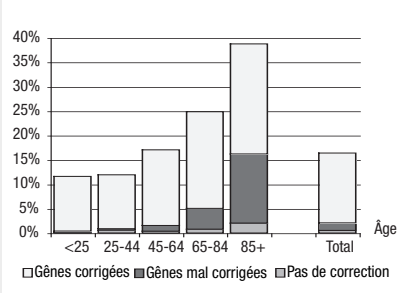
Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Sans correction	Gênes résiduelles	Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25	11,6	0,4	11,2	0,2	0,2	98,6	98,1
25-44	11,9	0,9	11,0	0,4	0,6	95,3	96,8
45-64	17,1	1,6	15,5	1,2	0,4	97,8	92,6
65-84	24,9	5,0	19,8	4,3	0,8	96,9	82,3
85 +	38,8	16,2	22,5	14,2	2,0	94,8	61,4
Total	16,4	2,1	14,3	1,6	0,5	96,8	90,1

Lecture : 38,8 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de loin : 22,5 % déclarent des gênes correctement corrigées, 14,2 % ont des gênes mal corrigées et 2,0 % n'ont aucune correction. Parmi celles qui ont une gêne, 94,8 % utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 61,4 % la déclarent efficace.
Source : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003. Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Graphique 3 • Prévalences des difficultés à voir de loin par sexe (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Graphique 4 • Prévalences des difficultés à voir de loin par âge (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Lecture : 39 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de loin : 23 % déclarent des gênes correctement corrigées, 14 % ont des gênes mal corrigées et 2 % n'ont aucune correction.
Source : INSEE, Enquête décennale Santé 2002-2003.
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Atteintes sensorielles chez l'adulte (2)

45 ans. Ainsi, à âge et sexe identiques, on enregistre une sous-déclaration des difficultés pour voir de loin dans les groupes les moins instruits par rapport à ceux qui ont effectué des études supérieures.

Proportion des personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de loin

Les taux de correction pour la vision de loin sont élevés, atteignant globalement 97 % mais ils décroissent quelque peu avec l'âge.

L'efficacité des corrections utilisées est légèrement plus faible que pour les difficultés pour voir de près (90 %).

Cette correction est d'une efficacité assez variable selon l'âge : bonne jusqu'à 45 ans, elle décline ensuite rapidement pour atteindre 61,4 % parmi les 85 ans et plus (58 % des femmes de cet âge et 68 % des hommes).

La prévalence des problèmes résiduels pour voir de loin est ainsi globalement de 0,4 % dans la population des plus de 18 ans mais elle atteint 16 % chez les plus de 85 ans (tableau 2).

Des différences sociales existent de la même façon que pour la vision de près dans le recours à une correction et dans l'efficacité de celles-ci : à âge et sexe équivalent, le risque d'avoir des difficultés résiduelles pour voir de loin est plus important parmi les personnes n'ayant pas atteint le secondaire (odd ratio de 2).

Prévalence des difficultés d'audition sans appareillage spécifique

Les difficultés d'audition sont globalement moins fréquentes que les gênes visuelles mais restent pour autant non négligeables, y compris parmi les moins de 45 ans : 11 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation. Ces gênes s'accroissent avec l'âge, atteignant une personne sur deux parmi les plus de 85 ans (graphique 6). Contrairement aux autres types de difficultés, les hommes déclarent des gênes plus souvent que les femmes : 13 % des hommes de plus de 18 ans ont des difficultés pour entendre contre 9 % des femmes (la prise en compte des structures par âge accroît un peu plus la différence entre hommes et femmes avec un risque relatif de 1,6 pour les hommes) (graphique 5).

Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition

Les gênes auditives sont généralement peu corrigées et seulement 19 % des personnes déclarant présenter des troubles de l'audition ont un appareil auditif. Ce taux est de 25 % chez les 65-84 ans et atteint 34 % chez les plus de 85 ans. Par ailleurs, les gênes auditives sont mal corrigées, comparativement aux gênes visuelles, et ce quel que soit l'âge. Un peu moins de 60 % des corrections sont ainsi déclarées efficaces (39 % chez les plus de 85 ans). On ne peut dire si l'absence de correction est due à un besoin insatisfait ou à des gênes modérées que les personnes ne jugent pas nécessaires de corriger. De même, la mauvaise correction peut être le fait d'une correction inefficace ou d'un niveau de sévérité des gênes trop important pour qu'elles soient compensées entièrement. Cependant, au regard du taux de correction pour les problèmes visuels, l'ampleur de l'absence de correction pour les problèmes auditifs laisse penser que la compensation pourrait être améliorée dans ce domaine.

Si la prévalence des gênes pour entendre est plus forte chez les hommes, ils ont de surcroît moins fréquemment recours à des aides auditives que les femmes qui déclarent ces gênes. En revanche, l'efficacité de ces aides est à peu près équivalente pour les deux sexes. Ainsi, les femmes ont non seulement moins de gênes pour entendre que les hommes mais, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gênes résiduelles.

À âges et sexe identiques, les risques de déclarer ces difficultés sont plus importants parmi les moins instruits que parmi ceux qui ont suivi des études supérieures (odd ratios de 1,5) ; ces différences persistent pour les gênes résiduelles (odd ratios de 1,6). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR ET DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

Une personne sur deux de 18 ans et plus déclare avoir un trouble de la vision de près, respectivement 52 % des femmes et 46 % des hommes. Parmi eux, 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge.

Les difficultés à voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées (16 % des personnes de 18 ans et plus) mais toujours davantage par les femmes (20 %) que par les hommes (12 %). Les taux de correction sont élevés (95 %) mais l'efficacité en est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % versus 92 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe égal, les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction.

Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %) y compris avant 45 ans. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu qu'en matière de vision (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne (moins de 60 % d'efficacité). Les femmes ont moins de gênes pour entendre que les hommes. Elles sont aussi plus souvent appareillées, et ont moins de gênes résiduelles.

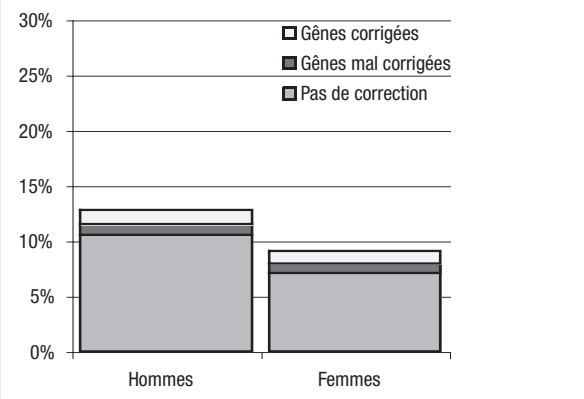
Le niveau d'éducation intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

Tableau 3 • Difficultés à entendre chez les personnes de 18 ans et plus (%) (entendre ce qui se dit dans une conversation)

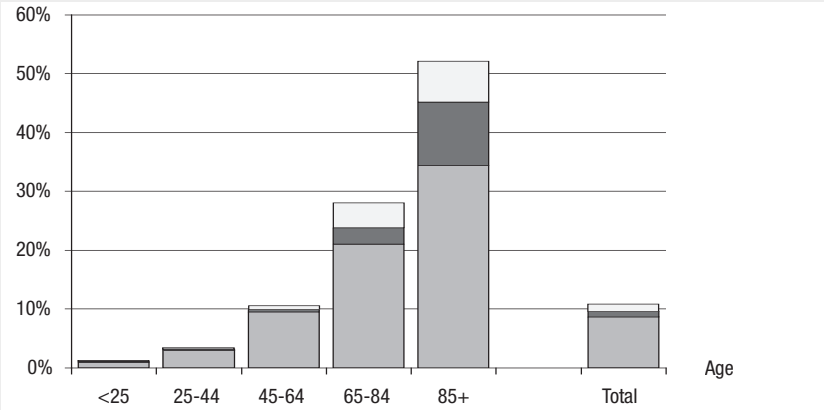
Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Sans correction	Gênes résiduelles	Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25	1,3	1,1	0,1	0,2	0,9	25,2	42,6
25-44	3,4	3,2	0,2	0,2	3,0	10,6	53,8
45-64	10,5	9,9	0,6	0,4	9,5	9,9	59,2
65-84	28,1	23,9	4,2	2,8	21,1	25,0	60,0
85 +	52,1	45,1	6,9	10,8	34,4	34,0	39,1
Total	10,8	9,7	1,2	0,9	8,7	19,4	56,6

Lecture : 52,1 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes auditives : 6,9 % déclarent des gênes correctement corrigées, 10,8 %, ont des gênes mal corrigées et 34,4 % n'ont aucune correction. Parmi celles qui ont une gêne, 34,0 % utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 39,1 % la déclarent efficace.
Source : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Graphique 5 • Prévalences des difficultés à entendre par sexe (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Graphique 6 • Prévalences des difficultés à entendre par âge (gênes corrigées, gênes mal corrigées et gênes non corrigées)



Lecture : 52 % des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes auditives : 7 % déclarent des gênes correctement corrigées, 11 %, ont des gênes mal corrigées et 34 % n'ont aucune correction.
Source : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

CHAMP • France métropolitaine, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.

SOURCE • Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE, Exploitation DREES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'enquête nationale sur la Santé des personnes vivant en ménages ordinaires permet de repérer dans la population adulte vivant à domicile, les personnes exprimant des gênes pour voir et entendre : difficultés à « voir bien de près (lire un journal, un livre, dessiner…) », à « reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres » et « à entendre ce qui se dit dans une conversation ». Ces gênes sensorielles reflètent les conséquences de tout type de maladies ou troubles sur les capacités des personnes à voir ou à entendre correctement. Elles ne permettent pas de déterminer la cause. Ces questions sont posées en deux temps : les difficultés « intrinsèques », lorsque les personnes n'utilisent aucune correction (lunettes, lentilles, appareil auditif) ; les difficultés « résiduelles », qui persistent lorsque les personnes utilisent leurs corrections visuelles ou auditives ou qui ne sont pas corrigées. On peut alors mettre en évidence, parmi les personnes qui expriment des gênes visuelles ou auditives les différences selon l'âge, le sexe ou encore le niveau d'instruction, face aux taux de correction de ces gênes et à leur efficacité.

LIMITES ET BIAIS • La population de référence des autoquestionnaires de l'enquête est constituée des individus ayant effectué toute l'enquête (c'est-à-dire l'ensemble des visites 1 à 3) et n'ayant pas de handicap déclaré les rendant non aptes à remplir un autoquestionnaire.

Cardiopathies ischémiques, thromboses veineuses profondes

L'objectif proposé par la loi de santé publique est d'obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques (de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008) ; thromboses veineuses profondes (de 15 % d'ici à 2008).
Les indicateurs de suivi de cet objectif sont basés sur l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM. Les maladies cardio-vasculaires sont les causes les plus fréquentes de décès en France devant les cancers. Les cardiopathies ischémiques (codes CIM9 : 410-414, CIM10 : I20-I25) représentaient en 2002 28 % des décès cardio-vasculaires et 8 % du total des décès. Certains travaux, basés sur la comparaison des données des registres Monica et des données du CépiDc, indiquaient, pour la France, une tendance à la sous-déclaration des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès.
Pour le suivi du second objectif, un indicateur a été constitué en prenant en compte l'ensemble des décès ayant pour cause initiale une thrombose veineuse (codes CIM9 : 451.1-451.2 et CIM10 : I80.1-I80.3) ou une embolie pulmonaire (CIM9 : 415 CIM10 : I26.0, I26.9). Une réflexion est actuellement en cours sur la possibilité d'intégrer également à cet indicateur les causes associées et les causes immédiates de décès.

CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES
■ INDICATEUR PRINCIPAL

Effectifs et taux de décès par cardiopathies ischémiques en population générale

En 2002, 43 577 décès par cardiopathies ischémiques ont été enregistrés en France (36 701 pour les maladies cérébro-vasculaires), principalement chez des personnes de plus de 65 ans (tableau 1).

Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 24 256 et 19 321), ce qui correspondait à des taux de décès standardisés par âge de 69,9 et 28,3 pour 100 000 (taux de décès à structure d'âge identique multiplié par 2,5 chez les hommes).

Entre 1990 et 2002, une diminution importante des effectifs, des taux bruts et des taux standardisés de décès a été enregistrée (-23 % pour les hommes et -28 % pour les femmes, pour les taux standardisés, graphique 1), cette diminution étant plus marquée avant 65 ans.

Le niveau de la mortalité variait fortement selon les régions françaises (tableau 2). Les taux de décès prématurés les plus élevés s'observaient dans le Nord - Pas-de-Calais et la Corse surtout, puis en Lorraine, Haute-Normandie et Picardie et les taux tous âges, dans le Nord - Pas-de-Calais, puis en Haute-Normandie, Alsace et Picardie. Les taux les plus faibles (tous âges) s'observaient en Île-de-France et en régions PACA et Poitou-Charentes. La baisse des taux de décès concernait toutes les régions.

Parmi les 25 pays de l'Union européenne, c'est en France que l'on observe la mortalité la plus basse. Viennent ensuite le Portugal, l'Espagne et l'Italie (graphique 2). Les faibles taux de décès des pays du Sud s'opposent aux taux élevés des pays du Nord et particulièrement des nouveaux adhérents à l'Union européenne (Pays baltes, Slovaquie, Hongrie, République tchèque, Finlande).

THROMBOSES VEINEUSES PROFONDES
■ INDICATEUR PRINCIPAL

Effectifs et taux de décès par thromboses veineuses et embolies pulmonaires en population générale

Cet indicateur n'est pas simple à définir en terme de cause de décès car ces affections peuvent constituer la cause terminale d'un décès ayant pour origine un grand nombre d'autres pathologies. Nous avons choisi dans un premier temps de constituer un indicateur uniquement fondé sur la cause initiale de décès. Le nombre de décès observé en 2002 comportant une thrombose veineuse ou une embolie pulmonaire en cause initiale était de 5 757. Le taux de décès standardisé correspondait à 6,0 pour 100 000 (6,3 chez les hommes et 5,7 chez les femmes). Les taux de décès progressent très fortement avec l'âge et ont légèrement augmenté entre 1990 et 2002. Les taux les plus élevés s'observaient dans les régions Nord - Pas-de-Calais, Auvergne, Picardie et Limousin. ●

synthèse

Les taux de décès par cardiopathies ischémiques sont nettement plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions, avec des taux plus importants dans le nord de la France. La mortalité a fortement baissé entre 1990 et 2002. Comparée aux autres pays européens, la France a un taux particulièrement bas de décès.
En 2002, les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires correspondaient à environ 6 000 décès en cause initiale, les taux de décès ayant tendance à augmenter modérément.

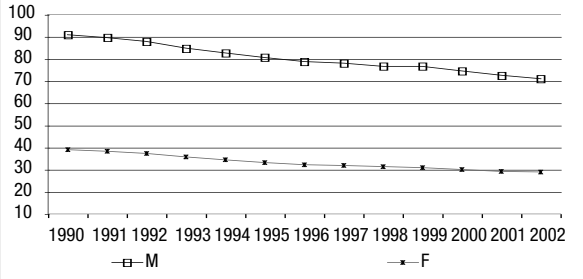
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-CÉPIDC.

Tableau 1 • Effectifs et taux de décès* par cardiopathies ischémiques en 1990 et 2002 selon le sexe et la classe d'âge

Âge/sexe	Année	Effectif	Taux de décès *	Var 2002-1990 **
0-64 ans				
Hommes	1990	6 269	27,8	
	2002	4 731	19,2	-31 %
Femmes	1990	1 156	4,8	
	2002	775	3,1	-36 %
65 ans ou plus				
Hommes	1990	20 455	604,5	
	2002	19 525	479,6	-21 %
Femmes	1990	21 408	320,4	
	2002	18 546	232,4	-27 %
Tous âges				
Hommes	1990	26 724	91,2	
	2002	24 256	69,9	-23 %
Femmes	1990	22 564	39,5	
	2002	19 321	28,3	-28 %
Total	1990	49 288	61,9	
	2002	43 577	46,1	-25 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge. ** (Taux 2002 – Taux 1990) X 100/Taux 1990.
Source : INSERM-CépiDc.

Graphique 1 • Taux de décès* par cardiopathies ischémiques de 1990 à 2002 selon le sexe



* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge.
Source : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat – population Europe IARC 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale une cardiopathie ischémique (codes CIM-9 410 à 414 jusqu'en 1999 et CIM-10 I20 à I25 à partir de 2000) et les décès comportant en cause initiale une thrombose veineuse profonde (codes CIM-9 451.1 à 451.2 jusqu'en 1999 et CIM-10 I80.1 à I80.3 à partir de 2000) ou une embolie pulmonaire (codes CIM-9 415 jusqu'en 1999 et CIM-10 I26.0 et I26.9 à partir de 2000).

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

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès.

RÉFÉRENCES •

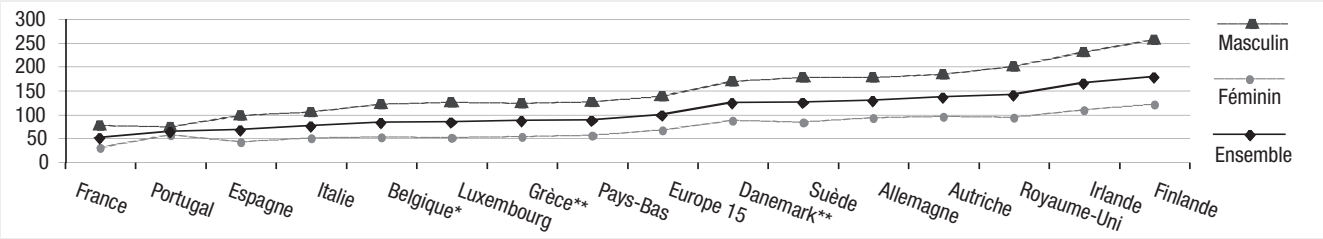
- Salem G., Rican S., Jougla E., 1999, « Atlas de la santé en France - les causes de décès » John Libbey édition, 187 p.
- BEH Numéro thématique R*egistres Monica*, n° 8-9, 28 février 2006.

Tableau 2 • Décès par cardiopathies ischémiques dans les régions (moyenne annuelle 2000-2002 – deux sexes)

	Nb Total	Nb < 65	TxS* Total	TxS* < 65	Var** Total	Var** < 65 ans
Île-de-France	5 763	775	40,6	8,8	-14,9 %	-24,1 %
Champagne-Ardenne	1 005	136	49,3	12,4	3,2 %	7,5 %
Picardie	1 397	204	55,3	13,6	15,8 %	18,0 %
Haute-Normandie	1 441	199	56,3	13,8	17,9 %	19,3 %
Centre	2 174	225	48,3	10,8	1,2 %	-6,3 %
Basse-Normandie	1 296	114	52,9	9,7	10,9 %	-15,7 %
Bourgogne	1 506	170	49,6	12,2	3,9 %	5,7 %
Nord - Pas-de-Calais	3 168	512	62,3	16,9	30,6 %	46,0 %
Lorraine	1 740	265	53,0	13,8	11,1 %	19,2 %
Alsace	1 295	177	56,1	12,3	17,5 %	6,6 %
Franche-Comté	818	115	47,8	12,3	0,1 %	6,2 %
Pays de Loire	2 379	251	43,9	9,5	-8,1 %	-17,7 %
Bretagne	2 707	270	52,8	11,0	10,6 %	-4,7 %
Poitou - Charentes	1 385	140	42,0	9,8	-12,0 %	-15,0 %
Aquitaine	2 447	309	45,0	12,1	-5,7 %	5,0 %
Midi-Pyrénées	2 212	224	44,3	10,1	-7,2 %	-12,9 %
Limousin	767	74	47,3	11,7	-0,9 %	1,0 %
Rhône-Alpes	3 795	500	44,9	10,5	-6,0 %	-8,8 %
Auvergne	1 265	149	51,0	12,8	6,7 %	10,4 %
Languedoc-Roussillon	2 068	267	48,3	13,1	1,1 %	13,7 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 337	442	40,8	11,0	-14,6 %	-4,6 %
Corse	245	40	52,8	16,5	10,5 %	43,1
France métropolitaine			**47,7**	**11,6**		

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge. ** (Taux région – taux France métropolitaine)/ Taux France métropolitaine.
Source : INSERM-CépiDc.

Graphique 2 • Taux de décès par maladies cardio-ischémiques en 2000 dans l'Union européenne (Taux pour 100 000 standardisés par âge)



* 1997. **1999.
Source : Eurostat.

Accidents vasculaires cérébraux (1)

Les données épidémiologiques françaises sur les AVC proviennent du seul registre existant dans notre pays (ville de Dijon) qui a estimé l'incidence globale entre 150 et 240 pour 100 000 habitants, les taux augmentant fortement avec l'âge (75 % des patients avaient plus de 65 ans). La loi de santé publique a retenu pour objectif de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC. Les séquelles des AVC représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence[1]. Leur létalité serait en outre élevée : selon des estimations standardisées sur l'âge, le sexe et l'étiologie, un peu plus de 12 % des patients décéderaient au cours du mois suivant la survenue de l'AVC, 5 % supplémentaires avant la fin du troisième mois, et 8 % supplémentaires entre 3 mois et un an. Toutefois, la mortalité liée aux AVC diminue progressivement.
Afin d'approcher l'incidence, le nombre et le taux d'hospitalisations suite à un accident vasculaire cérébral sont disponibles dans le PMSI, aux niveaux national et régional. Cependant ces données ne sont pas exhaustives, dans la mesure où le PMSI ne comptabilise pas les AVC avec décès survenus à domicile, ni les AVC non hospitalisés. À cet égard, l'Institut de Veille Sanitaire prévoit de développer un programme de surveillance des maladies cardiovasculaires en lien avec les trois registres : « Monica » concernant les cardiopathies ischémiques et, pour les AVC, le registre local de Dijon en cours d'extension au département.

■ INDICATEUR APPROCHÉ

Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour accidents vasculaires cérébraux (codes CIM10 I60 à I66)

En 2003, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 121 000 séjours motivés par un accident vasculaire cérébral ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 195,9 séjours pour 100 000 habitants (tableau 1). Ce taux augmentant fortement avec l'âge, il atteignait 916,7 pour 100 000 pour les personnes de 65 ans ou plus et 1 789,5 pour 100 000 pour les 85 ans ou plus (tableau 2). Ces séjours ont majoritairement concerné des hommes (54 %). Pour ceux-ci, environ 70 % des séjours ont été le fait de personnes âgées de 65 ans ou plus, cette proportion atteignant 81 % pour les femmes. Les taux d'hospitalisation étaient en 2003 plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les groupes d'âges. En particulier, le taux d'hospitalisation des hommes était 1,7 fois plus élevé que celui des femmes pour les 65-84 ans et 2,2 fois pour les 45-64 ans.

Les taux standardisés d'hospitalisation pour AVC ont diminué entre 1997 et 2003 de 9 % pour les hommes et 5 % pour les femmes.

Les départements d'outre-mer, la Corse et la Picardie ont des taux standardisés d'hospitalisation pour AVC sensiblement plus élevés que la moyenne nationale (taux standardisé d'hospitalisation supérieur de plus de 20 %) (tableau 3). À l'inverse, les régions Limousin, Haute-Normandie, Pays-de-la-Loire et Île-de-France étaient moins touchées pour les hommes comme pour les femmes (taux standardisé d'hospitalisation inférieur de 10 à 15 % à la moyenne nationale), de même que le Centre pour les hommes et l'Auvergne pour les femmes.

Au niveau international, les bases de données disponibles retiennent les séjours pour l'ensemble des maladies cérébrovasculaires (codes CIM-10 : I60 à I69). Selon les données 2002 de la base HFA-DB de l'OMS, Malte, puis Chypre, le Luxembourg, les Pays-Bas, la France, la Slovénie, le Royaume Uni et l'Irlande apparaissent comme les pays européens enregistrant les taux d'hospitalisation les plus faibles. Les taux les plus élevés sont observés en Hongrie, Lituanie, Lettonie, Autriche et Finlande.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Décès par maladies cérébro-vasculaires

En 2002, le nombre de décès par maladies cérébro-vasculaires était de 36 701 en France métropolitaine, ce qui représentait le quart des décès par maladie de l'appareil circulatoire et 7 % de l'ensemble des décès.

Une forte diminution du nombre de décès a été observée entre 1990 et 2002 : 36 701 en 2002 contre 48 528 en 1990 (-24 %). À structure d'âge constante, la baisse des taux standardisés était de 34 %, soit une diminution encore plus importante, cette décroissance étant tout aussi importante pour les hommes et les femmes, les moins de 65 ans et les plus âgés (tableau 4).

Le nombre total de décès par maladies cérébro-vasculaires était un peu plus élevé en 2002 pour les personnes de 65-84 ans (17 694 soit 48,2 % des décès) que pour les personnes de 85 ans ou plus (15 959 soit 43,5 %). Mais les taux, rapportés aux effectifs des populations correspondantes, étaient beaucoup plus élevés pour les personnes de 85 ans ou plus : 1 404,8 pour 100 000 (contre 206,8 pour 100 000 entre 65 et 84 ans). De fait, chez les plus de 85 ans, le taux de décès était presque aussi élevé que le taux d'hospitalisation (1 789,5 pour 100 000).

Contrairement aux hospitalisations, les décès étaient majoritairement féminins en 2002 (58 % du nombre total de décès). Toutefois, les taux de mortalité par AVC demeuraient constamment plus élevés dans la population masculine : 23,2 *versus* 11,9 pour 100 000 entre 45 et 64 ans, 247,4 *versus* 176,7 pour 100 000 entre 65 et 84 ans et, pour les 85 ans ou plus, 1 438,0 *versus* 1 392,3 pour 100 000 femmes, celles-ci étant beaucoup plus nombreuses à ces âges.

Il existait de fortes disparités régionales, qui n'étaient toutefois pas identiques à celles observées pour les séjours hospitaliers suite à un AVC. Ainsi, outre les départements d'outre-mer, dans lesquels les taux standardisés étaient très élevés (plus du double de la moyenne en France métropolitaine à la Réunion), on observait en 2002 une mortalité (standardisée) supérieure de plus de 15 % en Alsace, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Bretagne et en Lorraine. À l'opposé, le taux

1. D'après les experts du Groupe Technique National de Définition des Objectifs 2003-2008.

Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I66) selon le sexe

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1997	63 700	53 900	117 600	219,5	175,5	196,9	205,4	110,5	152,6
1998	65 400	55 100	120 500	224,5	178,8	201,0	206,7	111,5	153,7
1999	65 300	55 800	121 100	223,5	180,5	201,4	202,8	110,7	151,7
2000	65 000	54 800	119 800	221,2	176,3	198,1	198,5	107,8	148,0
2001	64 600	54 700	119 300	218,5	174,7	196,0	193,4	104,9	144,3
2002	65 500	55 800	121 300	220,2	177,2	198,1	192,3	106,2	144,6
2003	65 000	55 700	120 700	217,0	175,9	195,9	186,8	104,6	141,4

Source : Bases nationales PMSI.

Tableau 2 • Hospitalisations en 2003 en soins de courte durée MCO pour accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I66) selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	800	500	1 300
25 à 44 ans	2 600	2 500	5 100
45 à 64 ans	15 900	7 600	23 500
Moins de 65 ans	*19 300*	*10 600*	*29 900*
65 à 84 ans	39 500	31 100	70 600
85 ans ou plus	6 200	14 000	20 200
65 ans ou plus	*45 700*	*45 100*	*90 800*
Total tous âges	65 000	55 700	120 700
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			
Moins de 25 ans	7,6	5,5	6,6
25 à 44 ans	30,5	28,3	29,4
45 à 64 ans	220,2	101,7	160,1
Moins de 65 ans	*74,7*	*41,0*	*57,9*
65 à 84 ans	1 057,2	617,6	804,6
85 ans ou plus	1 998,2	1 711,1	1 789,5
65 ans ou plus	*1 128,8*	*770,5*	*916,7*
Total tous âges	**217,0**	**175,9**	**195,9**

Source : Bases nationales PMSI.

CHAMP • France entière.

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés d'hospitalisation. La population utilisée pour calculer les taux standardisés est la population européenne (Eurostat – population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 I60 à I66 en diagnostic principal ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 92 % en 1998 à 97 % en 2003.

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

Tableau 3 • Hospitalisations en 2003 en soins de courte durée MCO pour accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I66) selon la région de résidence

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 100 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000
Île-de-France	15 400	137,2	120,1
Champagne-Ardenne	3 000	221,4	161,3
Picardie	4 100	218,8	176,6
Haute-Normandie	2 900	162,4	124,7
Centre	4 900	198,1	130,8
Basse-Normandie	3 000	207,7	140,7
Bourgogne	3 800	235,6	145,2
Nord - Pas-de-Calais	7 200	178,6	150,0
Lorraine	4 900	209,0	154,1
Alsace	3 400	190,5	153,4
Franche-Comté	2 400	216,8	151,9
Pays-de-la-Loire	5 900	178,9	121,8
Bretagne	6 900	229,9	149,4
Poitou-Charentes	3 800	228,9	133,7
Aquitaine	7 200	238,5	146,7
Midi-Pyrénées	6 400	240,5	148,1
Limousin	1 800	246,6	126,7
Rhône-Alpes	10 600	181,8	135,4
Auvergne	2 900	221,0	135,8
Languedoc-Roussillon	5 800	239,2	153,0
PACA	10 400	224,6	143,4
Corse	800	304,1	188,4
Guadeloupe	750	167,5	172,4
Martinique	850	214,1	186,0
Guyane	///	///	///
La Réunion	1 300	176,4	260,1
France entière	**120 700**	**195,9**	**141,4**

Source : Bases nationales PMSI.

Accidents vasculaires cérébraux (2)

standardisé de mortalité par maladies cérébro-vasculaires était inférieur de 20 % en région Île-de-France (tableau 5).

Avec un taux de décès standardisé égal à 39 pour 100 000, la France était en 2000 le pays où la mortalité par maladies cérébro-vasculaires était la plus faible de l'Union européenne (graphique 1), les moyennes étant de 60,2 pour 100 000 pour l'UE à 15 et de 67,7 pour 100 000 pour l'UE à 25. ●

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

Note • À l'heure actuelle, il n'existe pas de données nationales validées sur les séquelles des accidents vasculaires cérébraux. Les nouveaux cas d'affections de longue durée pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n° 1) ont été envisagés. Ceux-ci n'ont pas été retenus comme indicateur valide des accidents vasculaires avec séquelles du fait d'un risque élevé de sous-estimation, surtout lorsqu'il existe déjà une autre pathologie reconnue en ALD. Notons toutefois que, en 2004, 36 176 personnes ont été mises en ALD n° 1 par l'un des trois principaux régimes d'assurance-maladie et qu'à cette période près de 263 000 personnes bénéficiaient de cette ALD.

synthèse

Les maladies cérébro-vasculaires représentent une cause importante de mortalité et de morbidité. Les accidents vasculaires cérébraux ont motivé près de 121 000 séjours hospitaliers en MCO en 2003. Ils ont été la cause initiale de 36 701 décès en 2002, soit 7 % de l'ensemble des décès. On observait entre 1997 et 2002 une diminution continue des taux standardisés de décès et, à un moindre degré, d'hospitalisation MCO : respectivement 14,8 et 5,2 %.

Cette pathologie touche essentiellement les personnes âgées : 75 % des séjours hospitaliers suite à un AVC concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus et 91,7 % des décès par AVC touchaient des personnes de cette tranche d'âge en 2002.

Les disparités géographiques sont importantes, les taux de décès étant particulièrement élevés dans les départements d'outre-mer (à la Réunion et en Guyane), puis en Alsace, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Bretagne et en Lorraine. Par ailleurs, les départements d'outre-mer, la Corse, la Picardie et, à un moindre degré, la région Champagne-Ardenne enregistrent des taux standardisés d'hospitalisation MCO très supérieurs à la moyenne nationale.

Tableau 4 • Décès par maladies cérébro-vasculaires en France métropolitaine

	TAUX DE DÉCÈS															
	Effectifs					Taux Bruts								Taux Standardisés*		
DEUX SEXES	**0-64**	**> 65**	**65-84**	**85 et +**	**Tous âges**	**0-24**	**25-44**	**45-64**	**65-84**	**85 et +**	**0-64**	**> 65**	**Tous âges**	**0-64**	**> 65**	**Tous âges**
Années																
1990	4 302	44 226	24 816	19 410	48 528	0,5	4,1	29,7	342,4	1 961,5	8,9	536,9	85,5	9,2	429,3	55,4
1995	3 623	39 930	20 155	19 775	43 553	0,4	3,7	22,6	256,6	1 633,7	7,4	440,4	74,9	7,6	350,5	45,3
2000	3 099	35 305	17 277	18 028	38 404	0,5	3,0	18,2	210,1	1 446,5	6,3	372,9	65,2	6,4	303,2	39,0
2001	3 083	34 686	17 589	17 097	37 769	0,4	3,0	17,9	209,8	1 432,7	6,2	362,2	63,8	6,3	294,6	38,0
2002	3 048	33 653	17 694	15 959	36 701	0,3	3,0	17,4	206,8	1 404,8	6,1	347,2	61,5	6,1	284,3	36,7
Var 02-90**	-29 %	-24 %	-29 %	-18 %	-24 %	-29 %	-29 %	-41 %	-40 %	-28 %	-31 %	-35 %	-28 %	-34 %	-34 %	-34 %
SEXE MASCULIN																
1990	2 845	16 873	11 453	5 420	19 718	0,6	5,4	40,2	382,6	2 039,4	11,7	517,7	71,4	12,5	494,2	65,5
2002	1 944	13 461	9 006	4 455	15 405	0,4	3,3	23,2	247,4	1 438,0	7,8	340,8	53,1	7,9	331,7	43,5
Var 02-90**	-32 %	-20 %	-21 %	-18 %	-22 %	-34 %	-39 %	-42 %	-35 %	-29 %	-34 %	-34 %	-26 %	-37 %	-33 %	-34 %
SEXE FÉMININ																
1990	1 457	27 353	13 363	13 990	28 810	0,4	2,8	19,6	314,2	1 932,8	6,0	549,5	99,0	6,1	387,0	48,0
2002	1 104	20 192	8 688	11 504	21 296	0,3	2,6	11,9	176,7	1 392,3	4,4	351,5	69,4	4,3	251,2	31,5
Var 02-90**	-24 %	-26 %	-35 %	-18 %	-26 %	-23 %	-9 %	-40 %	-44 %	-28 %	-27 %	-36 %	-30 %	-29 %	-35 %	-34 %

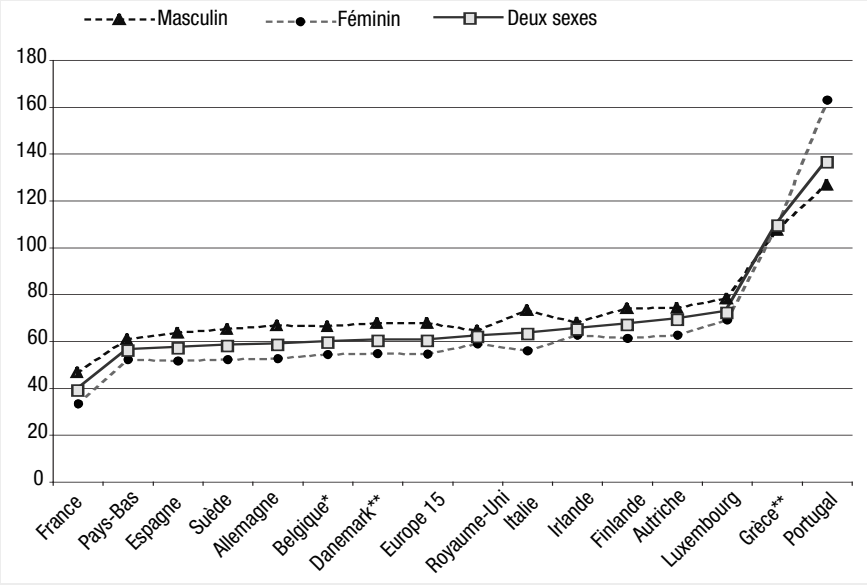
* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge. ** (Taux 2002 – Taux 1990) *100/Taux 1990.
Source : INSERM-CépiDc.

Tableau 5 • Décès par maladies cérébro-vasculaires : moyennes annuelles par régions

	DEUX SEXES															
	ANNÉES 89-91						ANNÉES 00-02						VAR. ANNÉES 00-02/89-91			
RÉGIONS	Nb	Nb	TxS*	TxS*	Var	Var	Nb	Nb	TxS*	TxS*	Var	Var	Nb	Nb	TxS	TxS
	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total**	< 65**	Total	< 65	Total	< 65
Île-de-France	6211	682	48,4	8,2	-19%	-12%	4434	479	30,2	5,3	-20%	-15%	-29%	-30%	-38%	-35%
Champagne-Ardenne	1083	104	58,0	9,9	-3%	6%	821	74	38,0	6,7	0%	8%	-24%	-29%	-34%	-32%
Picardie	1485	153	65,4	10,9	10%	16%	1094	116	41,4	7,7	9%	23%	-26%	-24%	-37%	-29%
Haute-Normandie	1251	148	57,0	11,0	-4%	18%	1090	113	40,8	7,8	8%	25%	-13%	-24%	-28%	-29%
Centre	2048	164	51,2	8,4	-14%	-10%	1726	137	36,7	6,6	-3%	6%	-16%	-16%	-28%	-21%
Basse-Normandie	1089	100	55,6	8,9	-7%	-5%	880	65	34,9	5,5	-8%	-12%	-19%	-34%	-37%	-38%
Bourgogne	1635	136	57,1	10,0	-4%	7%	1214	84	36,9	6,1	-2%	-3%	-26%	-38%	-35%	-39%
Nord - Pas-de-Calais	3526	405	76,9	13,3	29%	42%	2463	273	46,4	9,0	23%	43%	-30%	-33%	-40%	-32%
Lorraine	1987	196	69,5	10,3	17%	10%	1556	125	44,5	6,5	18%	3%	-22%	-36%	-36%	-37%
Alsace	1572	131	77,2	9,8	30%	5%	1155	87	47,7	6,2	26%	-2%	-26%	-34%	-38%	-37%
Franche-Comté	964	77	62,7	8,6	5%	-8%	698	55	37,8	5,8	0%	-7%	-28%	-29%	-40%	-33%
Pays de la Loire	2401	202	54,2	8,3	-9%	-11%	2138	164	37,6	6,1	-1%	-2%	-11%	-19%	-31%	-26%
Bretagne	2818	278	68,6	11,7	15%	25%	2410	160	45,0	6,5	19%	5%	-14%	-43%	-34%	-44%
Poitou - Charentes	1693	121	56,7	8,6	-5%	-8%	1340	88	37,6	6,1	-1%	-2%	-21%	-27%	-34%	-28%
Aquitaine	3100	215	61,5	8,8	3%	-5%	2341	156	39,0	6,2	3%	-1%	-24%	-27%	-37%	-30%
Midi-Pyrénées	2908	164	63,2	7,7	6%	-18%	2037	109	37,2	4,9	-2%	-21%	-30%	-33%	-41%	-36%
Limousin	1031	70	63,1	10,6	6%	13%	710	51	40,7	8,1	7%	29%	-31%	-28%	-36%	-24%
Rhône-Alpes	3976	335	54,2	7,8	-9%	-17%	3150	256	34,9	5,4	-8%	-14%	-21%	-24%	-36%	-31%
Auvergne	1490	125	64,7	10,7	9%	15%	1021	65	37,5	5,6	-1%	-11%	-31%	-48%	-42%	-48%
Languedoc-Roussillon	2256	158	58,7	8,5	-1%	-9%	1777	128	37,7	6,3	0%	1%	-21%	-19%	-36%	-25%
PACA	4320	297	59,0	8,1	-1%	-14%	3239	235	35,9	5,9	-5%	-6%	-25%	-21%	-39%	-27%
Corse	299	28	73,0	12,6	23%	35%	215	12	40,4	5,0	7%	-20%	-28%	-57%	-45%	-60%
Hors métropole	139	56					116	45					-17%	-20%		
France Métropolitaine	49281	4346	59,5	9,4	0%	0%	37625	3077	37,9	6,3	0%	0%	-24%	-29%	-36%	-33%
Guadeloupe							297	47	66,1	14,8						
Guyane***							54	17	75,6	22,0						
Martinique							314	42	66,6	14,3						
Réunion							378	97	78,8	21,4						

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge.
** Région – France métropolitaine/France métropolitaine (en %).
*** 2001 et 2002.
Source : INSERM-CépiDc.

Graphique 1 • Décès par maladies cérébro-vasculaires dans les pays de l'UE (taux standardisés tous âges, année 2000)



* 1997.
** 1999.

CHAMP • France métropolitaine et DOM, population tous âges, maladies cérébro-vasculaires.

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

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 430 à 438 jusqu'en 1999 et CIM-10 I60 à I69 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation probable des maladies cérébro-vasculaires en tant que cause initiale de décès.

RÉFÉRENCE •
- Salem G., Rican S., Jougla E., 1999, *Atlas de la santé en France. Les causes de décès*, John Libbey édition, 187 p.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM CépiDC.

Asthme

L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire de 20 % la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008.
L'indicateur principal qui concerne les hospitalisations pour asthme est issu du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) qui enregistre les données administratives et médicales pour l'ensemble des séjours dans les établissements hospitaliers de France. Les crises d'asthme ont toutefois pu être codées en insuffisance respiratoire aiguë. Les tendances entre 1998 et 2002 des hospitalisations pour asthme ont été analysées par classe d'âge et les séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme ont également été analysés.
La mortalité par asthme a été choisie comme indicateur complémentaire, avec une attention particulière portée sur les enfants et adultes jeunes (âge < 45 ans). La mise en place, en 2000, de la CIM10 et du codage automatique des causes de décès entraîne une discontinuité dans les tendances de la mortalité par asthme. Deux périodes sont distinguées : de 1990 à 1999 et de 2000 à 2002.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux d'hospitalisation pour asthme

Séjours pour asthme

En France métropolitaine, le nombre de séjours hospitaliers pour asthme (hors séances) a diminué de 62 618 en 1998 à 51 256 en 2002. Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans représentaient 47 % des séjours pour asthme et concernaient principalement des garçons. Après l'âge de 15 ans, les hospitalisations pour asthme concernaient plutôt des femmes (graphique 1).

Les taux d'hospitalisation pour asthme les plus élevés sont observés chez les enfants de moins de 10 ans, quelle que soit l'année étudiée (tableau 1). Ainsi les taux diminuaient de façon très importante avec l'âge, passant d'environ 50/10 000 chez les moins de 2 ans à environ 17/10 000 chez les 5-9 ans. Les taux les plus faibles étaient observés chez les adultes de 20-34 ans.

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme ont diminué de 10,8/10 000 en 1998 à 8,7/10 000 en 2002 (pourcentage de variation annuelle moyenne entre 1998 et 2002 de -4,8 %). De 1998 à 2002, ces taux ont diminué chez les adolescents et les adultes jeunes et, de façon encore plus marquée, chez les adultes de plus de 50 ans. Pour les enfants, les taux sont restés stables chez les moins de 10 ans avec une tendance à la diminution chez les 10-14 ans.

En 2002, les taux les plus élevés étaient observés plutôt au nord et au sud de la France et les taux les plus bas à l'Est. La tendance à la diminution du taux d'hospitalisation pour asthme était observée dans toutes les régions, excepté en Bourgogne où les taux sont stables.

Une diminution des taux d'hospitalisation pour asthme a également été observée aux États-Unis entre 1995-1996 et 2001-2002 (de -7 % à -16 % selon le sexe et l'ethnie) et au Canada entre 1988 et 1998.

Séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme ont augmenté de 0,88/10 000 en 1998 à 1,12/10 000 en 2002 (variation annuelle moyenne entre 1998 et 2002 +5,8 %) (tableau 2). Une augmentation très marquée des taux a ainsi été observée chez les enfants, notamment chez les moins de 5 ans. On notait que l'augmentation était modérée chez les adolescents et les jeunes adultes et qu'une diminution était enregistrée après 50 ans. L'augmentation observée de ces taux, notamment chez les enfants, pourrait être en partie liée à un transfert de codage d'un code d'asthme vers un code d'insuffisance respiratoire aiguë.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Mortalité par asthme

De 1990 à 1999, les taux annuels de mortalité par asthme, standardisés sur l'âge, ont diminué chez les hommes (de 3,0/100 000 en 1990 à 2,5/100 000 en 1999, -2,4 %/an), alors qu'ils restaient stables chez les femmes (de 2,4/100 000 en 1990 à 2,2/100 000 en 1999, -0,7 %/an) (graphique 2). Entre 2000 et 2002, une tendance à la diminution des taux se dessinait chez les hommes (de 2,0/100 000 en 2000 à 1,5/100 000 en 2002) et chez les femmes (de 1,8/100 000 en 2000 à 1,5/100 000 en 2002), les différences entre les hommes et les femmes s'atténuant au cours du temps.

La France occupait en 2000 une position moyenne par rapport aux autres pays européens : le taux standardisé de mortalité par asthme en France était de 1,9/100 0000 pour un taux moyen au sein de l'Europe des 15 de 1,8/100 000.

Chez les enfants et adultes jeunes (âge < 45 ans), la mortalité était voisine entre hommes et femmes. Les taux standardisés sur le sexe et l'âge ont diminué de 0,43/100 000 en 1990 à 0,32/100 000 en 1999 (-3,6 %/an) et de 0,31/100 000 en 2000 à 0,25/100 000 en 2002. ●

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

synthèse

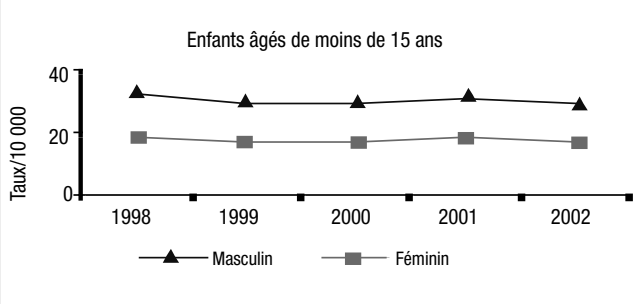
Une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme a globalement été enregistrée entre 1998 et 2002. L'analyse par classe d'âge permet de nuancer ces résultats. Les taux sont restés stables chez le jeune enfant, dans la mesure où un transfert de codage vers le code d'insuffisance respiratoire aiguë a probablement eu lieu. Chez les adultes, la diminution est d'autant plus importante que les sujets sont âgés. Toutefois, un transfert de codage vers des codes d'autres pathologies pulmonaires chroniques obstructives (bronchite chronique, BPCO) ne peut être exclu, notamment chez les plus âgés.
La mortalité par asthme a diminué chez les hommes entre 1990 et 1999 mais est restée stable chez les femmes. Cette diminution entre 2000 et 2002 s'observait également chez les plus jeunes (enfants et adultes de moins de 45 ans). Ces diminutions devront être confirmées par les données des années ultérieures.

Tableau 1 • Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme, par classe d'âge

	Taux annuel/10 000					Variation annuelle moyenne
Âge	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	
0-1 an	53,6	46,7	46,4	48,9	50,9	-0,6 %
2-4 ans	43,5	39,2	40,0	44,5	41,7	+0,4 %
5-9 ans	18,2	17,5	18,1	18,2	16,3	-1,8 %
10-14 ans	11,8	11,5	11,5	10,8	9,4	-5,0 %
15-19 ans	6,7	6,8	6,8	5,9	5,0	-7,2 %
20-34 ans	5,6	5,4	5,4	4,6	4,0	-7,9 %*
35-49 ans	6,1	5,8	5,6	4,9	4,5	-7,4 %*
50-64 ans	8,5	7,7	7,3	5,9	5,9	-9,7 %*
65 ans ou plus	12,3	10,8	10,6	8,7	8,5	-9,1 %*
Total	**10,8**	**10,8**	**9,9**	**9,3**	**8,7**	**-4,8 %***

* $p < 0,05$.

Graphique 1 • Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme, chez les enfants et les adultes



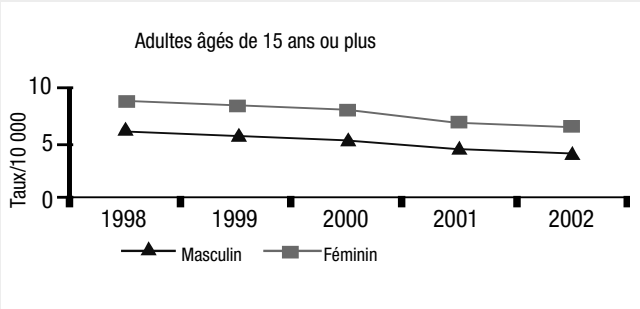
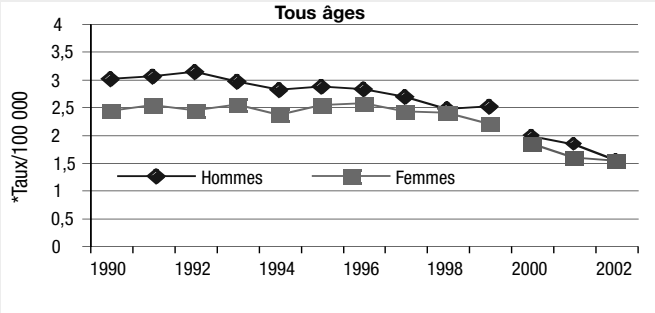


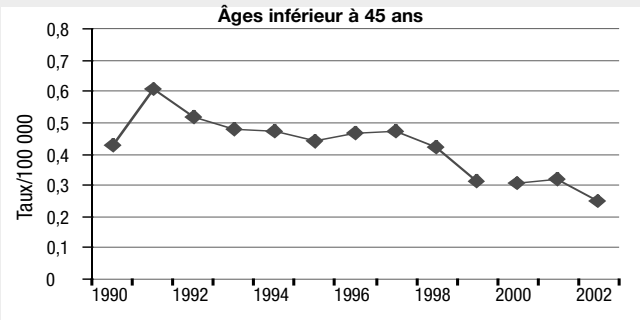
Tableau 2 • Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme, par classe d'âge

	Taux annuel/10 000					Variation annuelle moyenne
Âge	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	
0-1 an	1,18	2,51	3,98	3,96	3,73	+31,9 %
2-4 ans	1,04	1,9	2,97	3,19	2,78	+28,4 %
5-9 ans	0,47	0,82	1,28	1,17	1,09	+22,6 %
10-14 ans	0,32	0,51	0,76	0,68	0,58	+16,1 %
15-19 ans	0,26	0,26	0,33	0,32	0,35	+8,9 %*
20-34 ans	0,21	0,28	0,31	0,26	0,32	+7,9 %
35-49 ans	0,48	0,54	0,60	0,59	0,62	+6,2 %*
50-64 ans	1,52	1,57	1,63	1,46	1,45	-1,7 %
65 ans ou plus	3,53	3,57	3,80	3,26	3,39	-1,7 %
Total	**0,88**	**1,03**	**1,22**	**1.12**	**1,12**	**+5,8 %**

* $p < 0,05$.

Graphique 2 • Taux annuels standardisés de mortalité par asthme*





CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Statistiques démographiques (INSEE) ; fichiers de Résumés de sortie anonymes issus du Programme de médicalisation des systèmes d'information (ATIH) ; causes médicales des décès (CépiDc, INSERM).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Hospitalisations : sélection des séjours ayant un code d'asthme (CIM10 : J45-J46) en diagnostic principal pour les indicateurs concernant l'asthme ; sélection des séjours ayant un code d'insuffisance respiratoire aiguë en diagnostic principal (CIM10 : J960) et un code d'asthme en diagnostic associé pour les indicateurs concernant l'insuffisance respiratoire aiguë. Taux annuels standardisés sur l'âge et le sexe, par classe d'âge (population de référence : population moyenne France 1999).

Mortalité : décès ayant un code d'asthme en cause initiale (CIM9 493 de 1990 à 1999, CIM10 J45-J46 de 2000 à 2002). Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS •

Hospitalisations : étude de séjours hospitaliers et non pas de patients. Les hospitalisations pour crise d'asthme ne peuvent pas être étudiées spécifiquement (les données concernent les hospitalisations en urgence et les hospitalisations programmées). Les données du PMSI ne prennent pas en compte les passages dans les services d'urgences qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation.

Mortalité : étude des décès où l'asthme a été certifié en tant que cause initiale du décès. Mise en place en 2000 de la CIM10 et du codage automatique des causes de décès, responsable d'une discontinuité dans les tendances au cours du temps.

RÉFÉRENCES •

- Hospitalisations pour asthme, évaluation à partir des données du PMSI. Rapport InVS à paraître.
- Getahun D., Demissie K., Rhoads G.G., 2005. « Recent trends in asthma hospitalization and mortality in the United States », *J. Asthma* ; 42 : 373-8.
- « Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999 », *BEH*, 2004, n° 47.

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comprennent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH). Bien que n'étant pas une « maladie rare », la maladie de Crohn est mentionnée comme maladie « orpheline » dans la base de données Orphanet sur les maladies rares et les médicaments orphelins. Plusieurs registres recueillent les nouveaux cas de MICI en France : le registre EPIMAD qui couvre quatre départements du nord-ouest de la France (Nord, Pas-de-Calais, Somme et Seine-Maritime), le registre EPIMICI pour le Puy-de-Dôme et le registre ABERMAD pour la Bretagne. Selon les données publiées en 1994 et en 1997 par ces trois registres, le taux d'incidence standardisé pour la maladie de Crohn varie de 2,8 à 5,7 pour 100 000 (le nombre de personnes atteintes étant estimé à environ 60 000 en France) et celle de la RCH de 2,7 à 3,2 pour 100 000 habitants.
Les premiers symptômes sont relativement précoces et apparaissent habituellement entre 20 et 30 ans. Ces maladies affectent la qualité des vies des personnes atteintes dans les domaines physique, psychique et social et ce, de façon d'autant plus marquée que la pathologie est sévère. Toutefois, les progrès thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux ont permis d'améliorer la qualité de vie de ces patients.
La loi relative à la politique de santé publique prévoit de « réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes ». Dans l'attente d'une mesure directe de la qualité de vie chez les personnes atteintes de MICI, dans le cadre d'une enquête spécifique, deux indicateurs complémentaires approchant les complications médicales et chirurgicales de ces maladies sont proposés.

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

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de patients hospitalisés et, le cas échéant, durée totale moyenne de séjour

En 2003, 38 400 personnes ont été hospitalisées dans une unité de soins de courte durée MCO pour le traitement d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (tableau 1).

Les caisses d'assurance-maladie[1] estiment que 84 200 personnes s'étaient fait reconnaître au 1er janvier 2004 de l'ALD pour rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives.

Les femmes représentaient environ 58 % des personnes hospitalisées pour MC et 48 % de celles hospitalisées pour RCH. Environ 20 % des patients hospitalisés pour MC avaient moins de 25 ans et 10 %, 65 ans ou plus, ces proportions étant respectivement de 9 % et 21 % pour la RCH.

La durée moyenne d'hospitalisation dans l'année, calculée en équivalents-journées (c'est-à-dire en décomptant une journée pour les hospitalisations inférieures à 24 heures), a été, en 2003, de quatre jours pour la RCH et de près de six jours et demi pour la MC (tableau 2). En outre, 91 % des patients hospitalisés pour une RCH et 76 % de ceux hospitalisés pour MC ne sont venus qu'une seule fois dans l'année. Cette hospitalisation a alors duré moins de 24 heures pour les deux tiers d'entre eux dans le cas de la RCH et pour un peu plus de la moitié dans celui de la MC. Ces hospitalisations de très courte durée sont généralement motivées par la réalisation d'endoscopies sous anesthésie (94 % des cas pour la RCH et 86 % pour la MC).

Interventions chirurgicales mutilantes

La réalisation d'un acte de stomie[2] ou de résection du rectum, du côlon ou de l'intestin grêle a concerné, en 2003, 1 % des patients hospitalisés. Cependant, une stomie (diagnostic de présence, de surveillance ou de complication de stomie ou acte de stomie ou de fermeture de stomie) est mentionnée pour 2 % des patients. Cette mention est plus fréquente en cas de MC où la proportion de patients concernés atteint 2,7 % globalement et 3,3 % pour les 65 ans ou plus. Pour l'ensemble des patients « avec stomie », la durée moyenne d'hospitalisation dans l'année dépasse 25 jours (tableau 2).

En outre, près de 60 % d'entre eux ont effectué au moins 2 séjours en MCO dans l'année (les deux tiers pour les patients hospitalisés pour MC et près de la moitié de ceux hospitalisés pour RCH). ●

1. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime obligatoire d'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI).
2. Communication artificielle, réalisée par une opération chirurgicale, pour aboucher un organe creux à la peau. La colostomie fait déboucher le gros intestin (côlon) à la peau du ventre en cas d'occlusion plus bas située sur le côlon ou de résection du rectum emportant l'anus et son sphincter.

synthèse

Environ 38 400 personnes ont été hospitalisées en 2003 pour le traitement d'une maladie inflammatoire intestinale. Un peu plus de la moitié d'entre elles (53,2 %) étaient des femmes. Globalement, leur durée moyenne d'hospitalisation annuelle a été d'un peu plus de cinq jours. En outre, un peu plus de 80 % des patients ne sont venus qu'une seule fois dans l'année.
Une stomie est mentionnée pour environ 2 % des patients. Leur durée moyenne d'hospitalisation annuelle a dépassé les vingt-cinq jours et plus du tiers d'entre eux ont été hospitalisés au moins deux fois dans l'année.

Tableau 1 • Patients hospitalisés en 2003 en soins de courte durée MCO pour MICI (codes CIM10 K50 et K51) selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Maladie de Crohn			Rectocolite hémorragique			Ensemble		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	1 700	2 300	4 000	800	800	1 600	2 500	3 100	5 600
25 à 44 ans	3 600	5 500	9 100	3 300	3 400	6 700	6 900	8 900	15 800
45 à 64 ans	2 200	2 400	4 600	3 700	2 800	6 500	5 900	5 200	11 100
25 à 64 ans	*5 800*	*7 900*	*13 700*	*7 000*	*6 200*	*13 200*	*12 800*	*14 100*	*26 900*
65 ans ou plus	800	1 200	2 000	1 900	2 000	3 900	2 700	3 200	5 900
Total tous âges	8 300	11 400	19 700	9 700	9 000	18 700	18 000	20 400	38 400
Proportion de patients « avec stomie »									
Moins de 25 ans	2,3	2,1	2,2	2,7	1,7	2,2	2,4	2,0	2,2
25 à 44 ans	2,5	2,8	2,7	1,5	1,5	1,5	2,0	2,3	2,2
45 à 64 ans	2,7	3,4	3,1	1,3	1,2	1,3	1,8	2,2	2,0
25 à 64 ans	*2,6*	*3,0*	*2,8*	*1,4*	*1,4*	*1,4*	*1,9*	*2,3*	*2,1*
65 ans ou plus	3,4	3,1	3,3	1,8	1,3	1,5	2,3	2,0	2,1
Total tous âges	2,6	2,8	2,7	1,6	1,4	1,5	2,0	2,2	2,1
Nombre de personnes en affection de longue durée (ALD) au 1er janvier 2004 (CNAMTS + MSA + AMPI)									
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD 24)									**84 200**

Source : Base nationale PMSI.

Tableau 2 • Durée moyenne d'hospitalisation* en 2003 en soins de courte durée MCO pour MICI (codes CIM10 K50 et K51) selon le sexe et l'âge (en jours)

Groupes d'âges	Maladie de Crohn			Rectocolite hémorragique			Ensemble		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Ensemble des patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	6,9	6,1	6,5	5,3	4,7	5,0	6,4	5,7	6,0
25 à 44 ans	5,9	5,6	5,7	3,5	3,3	3,4	4,7	4,7	4,7
45 à 64 ans	6,2	5,8	6,0	3,2	3,1	3,2	4,3	4,4	4,3
25 à 64 ans	*6,0*	*5,7*	*5,8*	*3,3*	*3,2*	*3,3*	*4,5*	*4,6*	*4,5*
65 ans ou plus	10,2	11,0	10,7	5,7	6,8	6,3	7,1	8,4	7,8
Total tous âges	6,6	6,3	6,4	4,0	4,1	4,0	5,2	5,3	5,3
Dont pour les patients « avec stomie »									
Moins de 25 ans	18,7	25,6	22,5	23,6	23,5	23,5	20,3	25,1	22,8
25 à 44 ans	28,4	21,6	24,1	32,1	22,7	27,2	29,7	21,9	25,0
45 à 64 ans	28,8	24,7	26,4	23,3	25,3	24,1	26,3	24,9	25,5
25 à 64 ans	*28,6*	*22,7*	*24,9*	*27,7*	*23,7*	*25,8*	*28,2*	*23,0*	*25,2*
65 ans ou plus	38,5	29,0	33,1	29,9	17,9	24,5	33,9	24,3	29,0
Total tous âges	28,1	23,8	25,5	27,6	22,4	25,2	27,9	23,4	25,4

* En « équivalent-journées », c'est-à-dire en comptant la durée de séjour pour les hospitalisations complètes et une journée pour les hospitalisations de moins de 24 heures. Source : Base nationale PMSI.

CHAMP • France entière.

SOURCE • Bases nationales PMSI (DHOS, Atih, exploitation DREES).

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des patients ; ont été retenus les séjours comportant les codes CIM10 K50 ou K51 en diagnostic principal, relié ou associé ; lorsque ces codes n'apparaissaient qu'en diagnostic associé, les séjours n'ont été gardés que si l'affection principale traitée était une maladie de l'appareil digestif (sauf hernies) ou l'hospitalisation motivée par la réalisation d'une endoscopie sous anesthésie en ambulatoire ; un patient a été considéré comme « ayant une stomie » si un code diagnostic de présence, de surveillance ou de complication de stomie ou un acte chirurgical de stomie ou de fermeture de stomie a été mentionné dans au moins un de ses séjours pour traitement de MICI. En plus des 38 400 patients hospitalisés en 2003 pour MICI, on a repéré 5 900 patients avec une MICI mentionnée en diagnostic associé mais hospitalisés, en 2003, uniquement pour une autre pathologie ; un peu moins de 2 % d'entre eux étaient codés comme « ayant une stomie ». Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) s'élève à 97 % en 2003.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Tableau 3 • Répartition des patients hospitalisés en 2003 en soins de courte durée MCO pour MICI (codes CIM10 K50 et K51) selon la nature de l'hospitalisation et l'âge (en %)

Groupes d'âges	Maladie de Crohn		Rectocolite hémorragique		Ensemble	
	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures
Ensemble des patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI						
Moins de 25 ans	57,8 (34,1)	42,2 (36,2)	47,0 (34,6)	53,0 (50,6)	54,7 (34,2)	45,3 (40,3)
25 à 44 ans	50,2 (30,6)	49,8 (44,9)	28,4 (21,4)	71,6 (69,2)	40,9 (26,7)	59,1 (55,2)
45 à 64 ans	52,9 (36,0)	47,1 (43,8)	32,6 (26,6)	67,4 (65,7)	41,0 (30,5)	59,0 (56,6)
25 à 64 ans	*51,1 (32,4)*	*48,9 (44,5)*	*30,4 (24,0)*	*69,6 (67,5)*	*41,0 (28,3)*	*59,0 (55,7)*
65 ans ou plus	74,3 (59,0)	25,7 (23,9)	59,4 (52,8)	40,6 (39,5)	64,5 (54,9)	35,5 (34,2)
Total tous âges	54,9 (35,5)	45,1 (40,7)	37,9 (30,9)	62,1 (60,2)	46,6 (33,3)	53,4 (50,2)
Dont patients « avec stomie »						
Moins de 25 ans	83,0 (19,3)	17,0 (11,4)	80,0 (42,9)	20,0 (11,4)	82,1 (26,0)	17,9 (11,4)
25 à 44 ans	90,9 (25,1)	9,1 (4,1)	86,4 (41,7)	13,6 (13,6)	89,6 (30,1)	10,4 (6,9)
45 à 64 ans	89,4 (29,6)	10,6 (6,3)	95,1 (41,5)	4,9 (4,9)	91,5 (33,9)	8,5 (5,8)
25 à 64 ans	*90,4 (26,8)*	*9,6 (4,9)*	*90,3 (41,6)*	*9,7 (9,7)*	*90,4 (31,6)*	*9,6 (6,5)*
65 ans ou plus	92,4 (43,9)	7,6 (4,5)	81,7 (53,3)	18,3 (16,7)	87,3 (48,4)	12,7 (10,3)
Total tous âges	89,4 (27,6)	10,6 (5,9)	87,1 (44,1)	12,9 (11,5)	88,7 (33,3)	11,3 (7,8)

Lecture : En 2003, 57,8 % des patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie de Crohn, âgés de moins de 25 ans ont eu au moins une hospitalisation dans l'année effectuée en hospitalisation complète et (34,1 % des patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie de Crohn, âgés de moins de 25 ans ont eu une seule hospitalisation en 2003 et celle-ci s'est effectuée en hospitalisation complète).
Source : Base nationale PMSI.

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie comme « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient » (ANAES[1] 2003). Le retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des femmes varie avec l'intensité du trouble.
L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire, chez les femmes, la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire.
Les stratégies de prévention comprennent l'accès à une rééducation périnéale dans les suites de l'accouchement ainsi que l'accès au dépistage des troubles de la statique pelvienne et à la rééducation sphinctérienne au moment de la ménopause.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de femmes déclarant l'existence « de perte involontaire d'urine » depuis moins d'un an et plus d'un an

En 2004, 4,8 % des femmes ayant participé à l'enquête Santé Protection Sociale (SPS) déclaraient présenter des pertes involontaires d'urines. La prévalence de l'incontinence urinaire augmente de manière importante avec l'âge (3,1 % chez les femmes de 25-44 ans, 4,8 % chez les femmes de 45-64 ans, 10,8 % chez les femmes de 65-84 ans et 17,2 % chez les femmes de 85 ans et plus) (graphique 1 et tableau 1). Cette augmentation s'observe quelle que soit l'ancienneté de l'incontinence. Toutefois, les données sur l'ancienneté de l'incontinence urinaire restent imprécises à partir des données de l'enquête SPS 2004 (tableau 1).

L'augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire avec l'âge relevée dans l'enquête SPS 2004 l'est également dans tous les travaux nationaux et internationaux traitant de cette affection. Par contre, la plupart des études soulignent une prévalence nettement supérieure à celle de l'enquête SPS[2].

Ainsi en est-il des résultats de l'enquête réalisée en 2002 par le Centre de documentation et de recherche en médecine générale (CDRMG)[3]. Cette étude résulte de l'appel d'offres lancé par l'ANAES qui, dans le cadre de la préparation des recommandations professionnelles concernant l'incontinence urinaire de la femme de mars 2003, a souhaité réaliser un « état des lieux » de cette affection et notamment une évaluation de sa prévalence. Cette enquête a été réalisée auprès de 2 116 femmes consultant en médecine générale et âgées de plus de 35 ans ou ayant accouché depuis plus de 2 ans.

Dans cet échantillon, la prévalence de l'incontinence urinaire variait de 20 à 53 % selon la définition de l'incontinence urinaire qui était retenue. La définition la plus restrictive correspondait à l'utilisation nécessaire de garniture du fait des fuites urinaires. Dans cette étude, 39,8 % des femmes se considéraient comme incontinentes et 53 % avaient des risques de fuites involontaires quotidiennes ou non[4]. ●

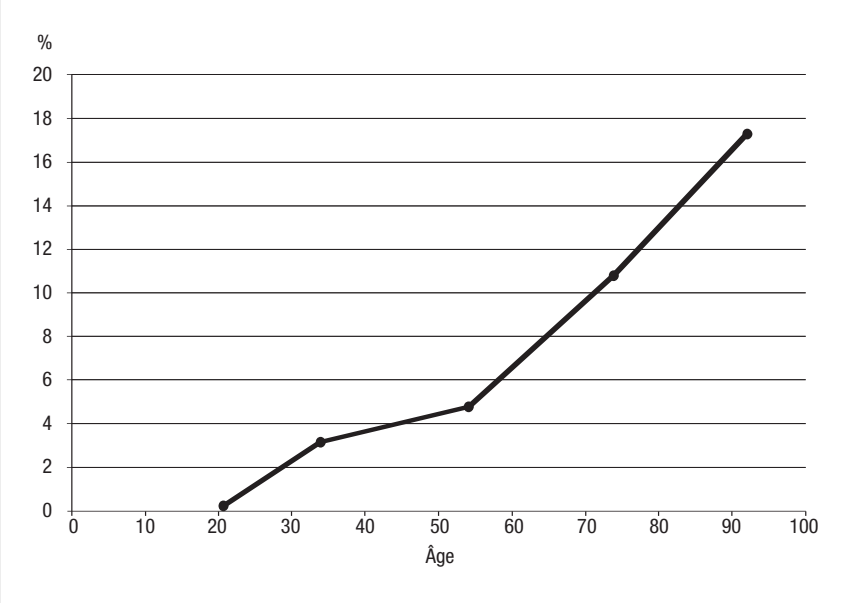
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • IRDES.

1. ANAES – Service des recommandations professionnelles (2003). Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale – Actualisation.
2. Hunskaar S., Lose G., Sykes D. *et al.*, 2004, « The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries », *BJU int.* 93[3], p. 324-330.
3. Vallee J.-P. *et al.*, 2003, « Prévalence de l'incontinence urinaire féminine en France - Enquête transversale en médecine générale » Centre de documentation et de recherche en médecine générale, UNAFORMEC.
4. Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U. *et al.*, 2002, « The standardisation of terminology of lower urinary tract function : report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society », *Neurourol Urodyn*; 21 (2) : 167-78.

synthèse

En 2004, 4,8 % des femmes ayant répondu à l'enquête Santé Protection Sociale de l'IRDES déclarent des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge (plus de 10 % après 65 ans). Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, la méthodologie d'enquête étant probablement à l'origine d'une sous-déclaration de ce trouble.

Graphique 1 : Prévalence des pertes involontaires d'urines déclarées en fonction de l'âge en 2004



Source : Enquête SPS.

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de femmes ayant déclaré une incontinence urinaire en 2004

Âge	Indicateur	Effectif	%
18-24 ans	pas de perte urinaire	843	99,8
	perte urinaire depuis moins un an	1	0,1
	perte urinaire depuis plus d'un an	0	0,0
	perte urinaire durée inconnue	1	0,1
25-44 ans	pas de perte urinaire	2 266	96,9
	perte urinaire depuis moins un an	9	0,4
	perte urinaire depuis plus d'un an	41	1,8
	perte urinaire durée inconnue	22	0,9
45-64 ans	pas de perte urinaire	2 120	95,2
	perte urinaire depuis moins un an	9	0,4
	perte urinaire depuis plus d'un an	58	2,6
	perte urinaire durée inconnue	39	1,8
65-84 ans	pas de perte urinaire	1 009	89,2
	perte urinaire depuis moins un an	7	0,6
	perte urinaire depuis plus d'un an	60	5,3
	perte urinaire durée inconnue	55	4,9
85 ans et plus	pas de perte urinaire	82	82,8
	perte urinaire depuis moins un an	1	1,0
	perte urinaire depuis plus d'un an	11	11,1
	perte urinaire durée inconnue	5	5,1

Nombre de femmes interrogées ayant répondu n = 6 639.
Source : Enquête SPS.

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

SOURCE • L'enquête SPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les 2 ans depuis 1998.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'existence d'une incontinence urinaire est relevée par l'intermédiaire d'un questionnaire auto-administré comportant une liste de 44 affections à cocher si la personne en est atteinte. Cette méthode de recueil tend probablement à minimiser la prévalence de ce trouble. Pour diminuer ce biais de recueil, il est prévu en 2006 de relever l'incontinence urinaire, toujours par l'intermédiaire du questionnaire santé, mais dans une partie comportant des questions spécifiquement destinées aux femmes (ménopause, frottis, mammographie…).

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (1)

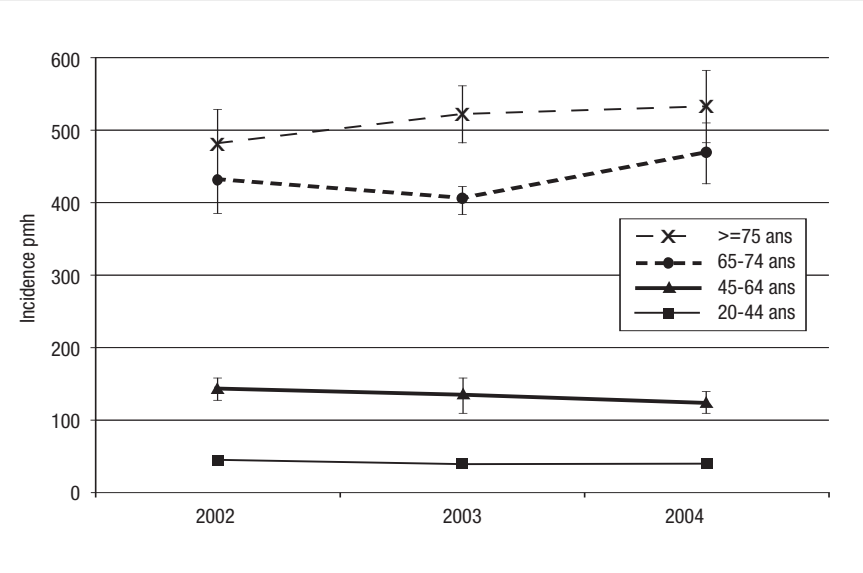
L'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est estimée à travers l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT) par dialyse ou par greffe préemptive. La mise en route d'un traitement de suppléance permet d'identifier les cas incidents d'IRCT, car il existe peu de contre-indications à la dialyse et l'accès aux traitements de suppléance n'est pas limité. Les variations d'incidence susceptibles d'être observées ne sont toutefois pas forcément le reflet de l'efficacité de mesures de prévention en amont du stade terminal. Par exemple, des variations géographiques et/ou temporelles liées à l'accès aux soins ainsi que l'évolution des pratiques dans le temps peuvent également en être à l'origine. La loi de santé publique se donne pour objectif de stabiliser d'ici à 2008 l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (actuellement 112 par million).

INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive

D'après les données du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN), le nombre de nouveaux malades débutant un premier traitement de suppléance était de 1293 en 2002 (4 régions), de 2067 en 2003 (7 régions) et de 3470 (9 régions) en 2004. Parmi ces nouveaux malades, 2899 (84%) débutent en hémodialyse, 462 (13%) en dialyse péritonéale et 109 (3%) par une greffe préemptive. Les taux d'incidence bruts sont ainsi passés de 128,2 par million d'habitants en 2002 à 122,8 par million d'habitants en 2003 et à 135,6 par million d'habitants en 2004. Les taux standardisés sur l'âge et le sexe ont suivi la même évolution (tableau 1). Il convient cependant de rester prudent sur l'interprétation et la généralisation à l'ensemble du territoire des variations d'incidence observées entre 2002 et 2004, qui pourraient être rapportées à la prise en compte de nouvelles régions se situant aux extrêmes, comme la Bretagne en 2003 et le Nord - Pas-de-Calais en 2004. Pour les 4 régions dans lesquelles les données ont pu être recueillies sur 3 années consécutives, l'incidence standardisée reste stable entre 2002 et 2004 (graphique 1). Cette stabilité résulte toutefois de deux tendances :

Graphique 1 • Évolution de l'incidence standardisée de l'insuffisance rénale terminale traitée, par tranche d'âge, entre 2002 et 2004 sur les 4 régions permanentes (Auvergne, Limousin, Lorraine et Rhône-Alpes)



CHAMP • France métropolitaine, population de patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges. La couverture géographique du Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) s'étend progressivement : 4 régions en 2002, 7 en 2003, 13 en 2004 et 17 en 2005.

SOURCES • Les données d'incidence de l'IRTT viennent du registre du REIN pour la dialyse et du système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives. Statistiques démographiques (INSEE). En 2004, les données d'incidence étaient exploitables pour 9 des 13 régions ayant débuté suffisamment tôt le recueil pour permettre un recueil exhaustif sur l'année.

LIMITES ET BIAIS • La population des régions couverte par le REIN est plus âgée que la population nationale. L'extension progressive du registre impose de s'intéresser dans un premier temps aux variations des taux standardisés. La comparaison dans le temps doit tenir compte du fait que les régions considérées ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre.

RÉFÉRENCE •
- http://www.agence-biomedecine.fr/ pour les données annuelles du REIN entre 2002 et 2004 ; http://www.era-edta.org/ pour les données européennes.

Tableau 1 : Incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée par région : effectifs par type de traitement et taux standardisés par âge et sexe (par million d'habitants)

	2002		2003		2004	
Auvergne						
Hémodialyse (n et %)	158	*82 %*	141	*82 %*	161	*84 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	32	*17 %*	23	*13 %*	23	*12 %*
Greffe préemptive (n et %)	3	*2 %*	7	*4 %*	8	*4 %*
Total cas incidents (n et %)	**193**	*100 %*	**171**	*100 %*	**192**	*100 %*
Taux standardisé	**129,6**		**114,6**		**125,9**	
Limousin						
Hémodialyse (n et %)	99	*74 %*	58	*73 %*	68	*73 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	34	*25 %*	20	*25 %*	20	*22 %*
Greffe préemptive (n et %)	1	*1 %*	2	*3 %*	5	*5 %*
Total cas incidents (n et %)	**134**	*100 %*	**80**	*100 %*	**93**	*100 %*
Taux standardisé	**153,7**		**91,7**		**105,1**	
Lorraine						
Hémodialyse (n et %)	261	*78 %*	297	*85 %*	287	*83 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	63	*19 %*	46	*13 %*	51	*15 %*
Greffe préemptive (n et %)	9	*3 %*	7	*2 %*	9	*3 %*
Total cas incidents (n et %)	**333**	*100 %*	**350**	*100 %*	**347**	*100 %*
Taux standardisé	**146,5**		**154,8**		**152,7**	
Rhône-Alpes						
Hémodialyse (n et %)	512	*81 %*	561	*83 %*	561	*81 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	102	*16 %*	101	*15 %*	110	*16 %*
Greffe préemptive (n et %)	19	*3 %*	18	*3 %*	22	*3 %*
Total cas incidents (n et %)	**633**	*100 %*	**680**	*100 %*	**693**	*100 %*
Taux standardisé	**113,8**		**121,5**		**123,3**	
Bretagne						
Hémodialyse (n et %)	-	-	214	*80 %*	250	*84 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	-	-	40	*15 %*	30	*10 %*
Greffe préemptive (n et %)	-	-	14	*5 %*	17	*6 %*
Total cas incidents (n et %)	-	-	**268**	*100 %*	**297**	*100 %*
Taux standardisé			**85,2**		**94,1**	
Champagne-Ardenne						
Hémodialyse (n et %)	-	-	123	*82 %*	148	*77 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	-	-	24	*16 %*	40	*21 %*
Greffe préemptive (n et %)	-	-	3	*2 %*	3	*2 %*
Total cas incidents (n et %)	-	-	**150**	*100 %*	**191**	*100 %*
Taux standardisé			**112,7**		**143,6**	
Languedoc-Roussillon						
Hémodialyse (n et %)	-	-	304	*83 %*	334	*80 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	-	-	51	*14 %*	63	*15 %*
Greffe préemptive (n et %)	-	-	13	*4 %*	21	*5 %*
Total cas incidents (n et %)	-	-	**368**	*100 %*	**418**	*100 %*
Taux standardisé			**136,4**		**154,4**	
Provence-Alpes-Côte d'Azur						
Hémodialyse (n et %)	-	-	-	-	580	*91 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	-	-	-	-	41	*6 %*
Greffe préemptive (n et %)	-	-	-	-	14	*2 %*
Total cas incidents (n et %)	-	-	-	-	**635**	*100 %*
Taux standardisé					**122,7**	
Nord - Pas-de-Calais						
Hémodialyse (n et %)	-	-	-	-	510	*84 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	-	-	-	-	84	*14 %*
Greffe préemptive (n et %)	-	-	-	-	10	*2 %*
Total cas incidents (n et %)	-	-	-	-	**604**	*100 %*
Taux standardisé					**168,9**	
Total						
Hémodialyse (n et %)	1 030	*80 %*	1 698	*82 %*	2 899	*84 %*
Dialyse Péritonéale (n et %)	231	*18 %*	305	*15 %*	462	*13 %*
Greffe préemptive (n et %)	32	*2 %*	64	*3 %*	109	*3 %*
Total cas incidents (n et %)	1 293	*100 %*	2 067	*100 %*	3 470	*100 %*
Population couverte (mha)	10,09		16,83		25,6	
Taux d'incidence annuel moyen standardisé dans les régions contribuant au registre [IC95 %]	**126,4**	**[119,5-133,3]**	**118,3**	**[113,2-123,4]**	**132,2**	**[127,8 - 136,6]**

CHAMP • France métropolitaine, population de patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges. La couverture géographique du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) s'étend progressivement : 4 régions en 2002, 7 en 2003, 13 en 2004 et 17 en 2005.

SOURCES • Les données d'incidence de l'IRTT viennent du registre du REIN pour la dialyse et du système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives. Statistiques démographiques (INSEE). En 2004, les données d'incidence étaient exploitables pour 9 des 13 régions ayant débuté suffisamment tôt le recueil pour permettre un recueil exhaustif sur l'année.

LIMITES ET BIAIS • La population des régions couverte par le REIN est plus âgée que la population nationale. L'extension progressive du registre impose de s'intéresser dans un premier temps aux variations des taux standardisés. La comparaison dans le temps doit tenir compte du fait que les régions considérées ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre.

RÉFÉRENCES •
- http://www.agence-biomedecine.fr/ pour les données annuelles du REIN entre 2002 et 2004.
- http://www.era-edta.org/ pour les données européennes.

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (2)

une baisse de l'incidence chez les personnes de moins de 65 ans et une augmentation chez les plus de 65 ans. Dans le premier groupe, on assiste peut-être aux effets bénéfiques de la prise en charge par les traitements permettant de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique. Chez les personnes de plus de 65 ans, l'augmentation pourrait être liée au vieillissement de la population, à la diminution de l'incidence d'autres pathologies (amélioration de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires) ou à un meilleur accès aux traitements de suppléance.

L'incidence de l'IRTT augmente avec l'âge : en 2004, 61 % des malades ont plus de 65 ans. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (de 1,3 à 2 fois selon les régions). Les causes les plus fréquentes d'IRTT sont les néphropathies vasculaires et les néphropathies diabétiques, représentant à elles deux 60 nouveaux cas annuels par million d'habitants.

Des variations importantes existent d'une région à l'autre. L'incidence standardisée la plus élevée est observée dans le Nord - Pas-de-Calais : 168,9 par million d'habitants contre 94,1 en Bretagne (tableau 1). Ce constat va de pair avec un taux d'incidence standardisé pour la néphropathie diabétique particulièrement peu élevé en Bretagne, égal à 9,0 contre 50,2 dans le Nord - Pas-de-Calais.

En 2004, la France a un taux d'incidence standardisé sur la population européenne de 127,4 par million d'habitants, proche de ceux observés en Andalousie et en Catalogne (127,7 et 126,1 par million d'habitants). Le taux le plus bas est observé en Islande (84,6 par million d'habitants) et les taux les plus élevés en Belgique flamande (168,1 par million d'habitants) et en Allemagne (171,5 par million d'habitants).

Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (Code CIM 10 N18.0)

Les données d'admission en ALD 19 ne permettent pas actuellement d'estimer correctement l'incidence de l'IRCT (voir encadré méthodologique). Des études plus fines sont nécessaires sur les pratiques de codage (biais d'information) et sur l'exhaustivité par rapport à l'ensemble des causes d'insuffisance rénale chronique (diabète, HTA, mais aussi uropathies ou polykystose). On observe cependant une augmentation de plus de 80 % du nombre d'admission en ALD 19 entre 2000 et 2004 (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • AGENCE DE LA BIOMÉDECINE.

synthèse

Le taux d'incidence annuel moyen (par million d'habitants) de l'insuffisance rénale terminale traitée standardisé sur l'âge et le sexe dans les régions contribuant au Réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) est passé de 128,2 en 2002 (4 régions) à 122,8 en 2003 (7 régions) et 132,2 en 2004 (9 régions). Dans les 4 régions pour lesquelles des données sur les 3 années consécutives ont été recueillies, l'incidence standardisée ne varie pas de manière significative. Ces résultats suggèrent une stabilisation de l'incidence, comme cela est constaté dans d'autres pays européens. Cette tendance reste à confirmer dans les années à venir avec une couverture nationale plus large du registre.

Le nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique nécessite, pour être utilisée comme un indicateur de l'insuffisance rénale chronique terminale, une étude plus fine sur les pratiques de codage et sur l'exhaustivité des données. On constate cependant une augmentation importante des déclarations d'ALD 19 entre 2000 et 2004.

Tableau 2: **Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique (code cim10 N18.0)**

Année ALD	SEXE	0 à 24 ANS	25 à 44 ANS	45 à 64 ANS	65 à 84 ANS	85 ANS ET PLUS	
2000	Hommes	168	413	730	1 260	278	2 849
	Femmes	99	242	498	908	305	2 052
	Total	267	655	1 228	2 168	583	4 901
2001	Hommes	161	423	944	1 530	329	3 387
	Femmes	92	280	546	1 179	333	2 430
	Total	253	703	1 490	2 709	662	5 817
2002	Hommes	207	517	1 089	1 746	344	3 903
	Femmes	99	317	632	1 287	410	2 745
	Total	306	834	1 721	3 033	754	6 648
2003	Hommes	210	622	1 226	2 039	386	4 483
	Femmes	141	413	788	1 641	495	3 478
	Total	351	1 035	2 014	3 680	881	7 961
2004	Hommes	222	636	1 383	2 312	454	5 007
	Femmes	139	403	919	1 930	614	4 005
	Total	361	1 039	2 302	4 242	1 068	

Sources: Données CANAM, MSA et CNAMTS.

CHAMP • CHAMP Mise en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique (code CIM10 N18.0) – France entière.

SOURCE POPULATION • Données MSA, CANAM et CNAMTS.

LIMITES ET BIAIS • Biais potentiellement très important, non quantifié à ce jour. L'ALD 19 a pour libellé «Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif». Les malades relevant de cette ALD ne présentent donc pas tous une insuffisance rénale chronique. L'introduction du code CIM 10 N18.0 correspondant au libellé «Insuffisance rénale chronique» et sous réserve des pratiques de codage (plutôt dans le sens d'une sous-déclaration), est sensé permettre de mieux identifier la population des IRC. Mais un volume non quantifié de malades diabétiques ou hypertendus, déjà en ALD 8 ou 12 avant le passage en IRC et ne sont pas forcément reclassés, or ces catégories de malades sont susceptibles de déterminer des variations importante d'incidence.

Insuffisance rénale chronique et qualité de vie

La qualité de vie est un problème important pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique. Les contraintes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. En outre, les personnes transplantées, même si les bénéfices apportés par la greffe sont considérables, restent soumises à des traitements ayant des effets secondaires importants. L'objectif préconisé par la loi relative à la santé publique est à cet égard de réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles sous dialyse.
Dans l'attente d'une mesure directe de la qualité de vie chez les dialysés et chez les greffés (une étude a débuté en octobre 2005), deux indicateurs complémentaires peuvent aujourd'hui être soumis : le temps d'accès moyen au centre de dialyse et la durée médiane d'attente avant greffe, afin de tenter d'approcher la qualité de vie des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Temps d'accès moyen au centre de dialyse

D'après les données de 2003 du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) sur les six régions pour lesquelles les modalités d'accès et le temps de transport moyen au centre de dialyse étaient connus, la modalité de transport la plus fréquente est le véhicule sanitaire léger (VSL) ou le taxi utilisé dans toutes les régions dans 82,1 % des cas. L'utilisation d'une ambulance par les malades varie de 3,5 % en Bretagne à 15,4 % en Languedoc-Roussillon et en Lorraine (tableau 1). Ces variations relèvent vraisemblablement plus des caractéristiques des malades pris en charge (sévérité des co-morbidités, âge), de la distribution de l'offre de soins et de la géographie que de variations des pratiques.

La durée médiane d'un trajet pour l'hémodialyse se situe autour de 20 minutes dans toutes les régions. Cependant, entre 6,0 % des malades en Languedoc-Roussillon et 20,3 % en Limousin ont un trajet supérieur à 45 minutes (tableau 2), la durée de trajet la plus élevée étant observée pour les centres lourds (tableau 3).

Durée médiane d'attente avant greffe

Pour les cohortes de malades inscrits entre 1993 et 2004, la durée médiane d'attente avant greffe est de 15,3 mois, avec un intervalle de confiance (à 95 %) allant de 14,9 à 15,8 mois. La durée médiane d'attente avant greffe varie avec le groupe sanguin, l'inter-région d'inscription et l'équipe de greffe (tableau 4).

Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, la durée d'attente s'est allongée avant greffe, passant de 13,8 mois pour la cohorte des malades inscrits entre 1993 et 1995 à 17,6 mois pour la cohorte 2002-2004.

Le constat de disparités d'accès à la greffe, la possibilité d'optimiser la qualité de l'appariement en âge et en HLA[1] entre donneur et receveur, ainsi que la nécessité de mieux gérer les difficultés d'accès à la greffe des malades immunisés ont conduit l'Agence de la Biomédecine à promouvoir une modernisation de l'ensemble du système de répartition des greffons. Le renforcement significatif des moyens du prélèvement et les efforts réalisés par les régions les plus en retard sont également susceptibles d'atténuer les disparités notées d'une région à l'autre et accumulées au cours du temps. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • AGENCE DE LA BIOMÉDECINE.

1. Human leucocytes antigens : antigènes (ou marqueurs) des leucocytes humains.

synthèse

Dans les régions pour lesquelles on dispose de données, la durée du trajet pour les malades se rendant en hémodialyse est en moyenne de 23 minutes. Pour 8,4 % des patients, la durée de trajet est supérieure à 45 minutes.
La durée médiane d'attente avant greffe pour les cohortes de malades inscrits entre 1993 et 2004 était de 15,3 mois, cette durée variant en fonction du groupe sanguin, de l'inter-région d'inscription et de l'équipe de greffe. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, une augmentation significative de cette durée d'attente avant greffe a été observée : celle-ci est passée de 13,8 mois pour la cohorte des malades inscrits entre 1993 et 1995 à 17,6 mois pour la cohorte 2002-2004. Ces constats ont conduit l'Agence de la Biomédecine à promouvoir une modernisation de l'ensemble du système de répartition des greffons. Un renforcement significatif des moyens du prélèvement est en cours.

Tableau 1 • Modalités de transport des malades en hémodialyse, par région de traitement, en 2003

	Effectif	Ambulance (%)	VSL/Taxi (%)	Autre (%)
Bretagne	230	3,5	96,5	0,0
Champagne-Ardenne	358	9,5	82,1	8,4
Languedoc-Roussillon	992	15,4	75,2	9,4
Limousin	304	6,6	83,2	10,2
Lorraine	558	15,4	75,2	9,4
Rhône-Alpes	2 112	12,3	79,8	7,9
Total	**4 554**	**10,9**	**82,1**	**7,0**

Globalement 27 % de valeurs manquantes.
Source : REIN.

Tableau 2 • Durée du trajet simple pour les malades en hémodialyse, par région de traitement en 2003

	Effectif	Durée du trajet en minutes					% de malades avec trajet > 45 min
		Moyenne	Écart-type	Médiane	Min	Max	
Bretagne	113	23,1	15,7	20	5	120	6,2
Languedoc-Roussillon	1 185	22,5	16,1	20	0	120	5,9
Limousin	311	32,0	23,5	25	0	150	20,3
Lorraine	242	28,2	22,6	20	5	105	21,1
Rhône-Alpes	2 040	21,5	15,7	18	3	137	6,7
Total	3 891	23,1	17,3	20	0	150	8,4

Globalement 38 % de valeurs manquantes.
Source : REIN.

Tableau 3 • Durée du trajet simple pour les malades en hémodialyse au 31/12/2003, selon la modalité de traitement, en 2003

	Effectif	Durée du trajet en minutes					% de malades avec trajet > 45 min
		Moyenne	Écart-type	Médiane	Min	Max	
Centre lourd	2 427	25	18	20	0	150	9,5
Centre allégé	391	23	17	20	0	90	7,7
Autodialyse	1 001	20	15	15	0	90	5,9
Entraînement	72	19	18	15	0	60	9,7

Source : REIN.

Tableau 4 • Durée médiane d'attente avant greffe selon l'inter-région d'inscription, le groupe sanguin et le taux d'anticorps anti-HLA

Durée d'attente avant greffe (mois)	Médiane	[IC 95 %]
Globale	15,3	[14,9-15,8]
Selon Inter région		
Nord	7,7	[7,0-8,2]
Est	8,5	[8,1-9,0]
Centre-Est/La Réunion	16,7	[16,0-17,7]
Ouest	8,5	[8,1-8,9]
Île-de-France/Centre/Les Antilles	27,0	[25,7-28,3]
Sud	23,0	[21,8-24,3]
Selon groupe sanguin		
A	9,8	[9,5-10,2]
AB	9,0	[7,9-10,1]
B	20,2	[18,8-21,7]
O	23,2	[22,4-24,1]
Selon taux d'anticorps anti-HLA		
≤ 5 %	12,3	[12,0-12,7]
6-79 %	33,5	[31,5-36,1]
≥ 80 %	47,3	[42,1-53,4]

Source : REIN.

CHAMP • France métropolitaine, population de patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges (traités hors domicile). La couverture géographique du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) s'étendent progressivement : 4 régions en 2002, 7 en 2003, 13 en 2004 et 17 en 2005.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • La durée médiane d'attente avant greffe est mesurée pour les malades inscrits en liste d'attente à partir d'une date donnée (inscrits « incidents ») en utilisant la méthode de Kaplan Meeir avec censure des sorties de liste d'attente pour un motif autre que la greffe.

SOURCES • Registre du REIN (données de prévalence 2003) pour la dialyse et système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives. En 2003, les données étaient exploitables dans six régions pour le temps d'accès moyen au centre de dialyse.

LIMITES ET BIAIS • La population des régions couverte par le REIN est plus âgée que la population nationale. De plus, la proportion de données manquantes est importante (27 % pour la variable « modalité de transport » et 38 % pour la variable « durée de trajet »). La représentativité des données est discutée et la généralisation des résultats France entière doit être prudente.

RÉFÉRENCES •

- http://www.agence-biomedecine.fr/ rapport annuel du REIN pour les données annuelles du REIN en 2003.
- Rapport d'activité de l'Agence de la Biomédecine pour 2004.

Ostéoporose

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 en population masculine. La loi relative à la santé publique prévoit de réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur d'ici à 2008 (actuellement 67,9 pour 10 000 chez les femmes et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans et plus). L'ostéoporose est une maladie « silencieuse » qui ne se manifeste pas en tant que telle et le diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Près de 90 % des femmes et 70 % des hommes qui présentent une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) sont âgés de plus de 69 ans lors de la fracture. Plus de 10 % des sujets victimes d'une FESF décéderaient de leurs complications et 50 % conserveraient un handicap chronique.
L'impact de la FESF sur la mortalité est donc important chez les personnes âgées alors qu'il est minime avant 65 ans : il est lié d'une part à l'acte chirurgical mais aussi aux complications de l'acte. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de séjours pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)

En 2003, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, près de 75 000 séjours motivés par une fracture du col du fémur (tableaux 1 et 2). Ces séjours ont concerné un peu plus de 71 000 patients différents (tableau 2). Le nombre de séjours est proche du nombre de patients. En effet, 95 % d'entre eux n'ont effectué dans l'année qu'un seul séjour hospitalier pour fracture du col du fémur et 4,5 % en ont compté deux.

Il s'agit dans près de huit cas sur dix de femmes, plus nombreuses dans la population générale avec l'avancée en âge. Elles représentent un peu plus des deux tiers des patients hospitalisés entre 65 et 74 ans, un peu plus des trois quarts entre 75 et 84 ans et près de 85 % chez les 85 ans ou plus (tableau 2).

En nombre de séjours, les taux bruts d'hospitalisation tous âges ont atteint, en 2003, 100 pour 10 000 femmes et 40 pour 10 000 hommes. En termes de nombre de patients, ils étaient, respectivement, de 95 et 38, valeurs sensiblement plus élevées que celles envisagées par l'objectif. Ils sont dans tous les groupes d'âges environ deux fois plus importants pour les femmes (tableau 2). Les taux standardisés d'hospitalisation (tous âges) ont décru, en moyenne, entre 1997 et 2003, d'environ 1,2 % par an pour les hommes et 1,4 % pour les femmes (tableau 1).

Les variations régionales des taux standardisés d'hospitalisation sont faibles. Pour dix-neuf régions, l'écart est de moins de 10 % par rapport au taux national. Les Antilles enregistrent, quant à elles, des taux très inférieurs au taux national (environ -60 % pour le total deux sexes). À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs (environ + 30 % pour les deux sexes) (tableau 3). Le classement de ces quatre régions est le même pour les hommes et les femmes mais avec des écarts un peu différents de la moyenne nationale. En revanche, à la Réunion, le taux standardisé d'hospitalisation des femmes est sensiblement plus bas que le taux national (-30 %), tandis que celui des hommes est nettement plus élevé (+ 20 %).

Cet indicateur n'est pas utilisé dans les bases internationales, les comparaisons européennes n'étant pas disponibles. ●

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

synthèse

Les fractures du col du fémur ont motivé près de 75 000 séjours hospitaliers en MCO en 2003 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces séjours ont concerné des femmes dans près de huit cas sur dix.
Les taux standardisés d'hospitalisation ont décru, en moyenne, entre 1997 et 2003, d'environ 1,2 % par an pour les hommes et 1,4 % pour les femmes. Les Antilles enregistrent des taux standardisés d'hospitalisation très inférieurs à la moyenne nationale. À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs.

Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe Personnes âgées de 65 ans ou plus - 1997-2003

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 10 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 10 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1997	15 400	58 400	73 800	42,0	106,8	80,7	41,8	79,9	66,7
1998	15 200	58 400	73 600	40,5	105,2	79,1	40,3	78,5	65,1
1999	15 700	59 300	75 000	41,3	105,5	79,6	40,8	78,7	65,4
2000	15 500	59 200	74 700	40,2	104,0	78,2	39,6	77,1	63,9
2001	16 100	60 400	76 500	41,1	105,0	79,0	40,1	77,4	64,3
2002	16 300	59 900	76 200	40,8	103,2	77,8	39,9	75,8	63,2
2003	16 100	58 700	74 800	40,0	100,2	75,6	39,0	73,6	61,5

Source : Base nationale PMSI.

Tableau 2 • Hospitalisations en 2003 en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe et l'âge - Personnes âgées de 65 ans ou plus

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
65 à 74 ans	3 300	7 100	10 400
75 à 84 ans	7 300	23 800	31 100
85 ans ou plus	5 500	27 800	33 300
Total 65 ans ou plus	16 100	58 700	74 800
Taux brut d'hospitalisation pour 10 000			
65 à 74 ans	14,1	24,7	19,9
75 à 84 ans	52,8	109,1	87,3
85 ans ou plus	179,9	339,3	295,8
Total 65 ans ou plus	40,0	100,2	75,6
Nombre de patients			
65 à 74 ans	3 200	6 700	9 900
75 à 84 ans	6 900	22 700	29 600
85 ans ou plus	5 300	26 400	31 700
Total 65 ans ou plus	15 400	55 800	71 200
Taux brut d'incidence ayant entraîné une hospitalisation pour 10 000			
65 à 74 ans	13,4	23,6	19,0
75 à 84 ans	50,1	103,8	83,0
85 ans ou plus	171,3	323,0	281,6
Total 65 ans ou plus	38,0	95,3	71,9
Taux standardisé d'incidence ayant entraîné une hospitalisation pour 10 000			
Total 65 ans ou plus	37,1	70,1	58,6

Source : Base nationale PMSI.

CHAMP • France entière.

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

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients. Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 S720 à S722 en diagnostic principal et les séjours comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur même s'ils ne mentionnaient pas de diagnostic de fracture du col du fémur. Un décompte des patients concernés a toutefois été réalisé pour 2003 et les taux d'incidence ayant entraîné une hospitalisation reposent alors sur l'hypothèse qu'en cas de séjours multiples dans l'année, ils concernent tous une seule fracture du col du fémur. Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 92 % en 1998 à 97 % en 2003. La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne, les deux sexes.

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

Tableau 3 • Hospitalisations en 2003 en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon la région de résidence Personnes âgées de 65 ans ou plus

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 10 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 10 000
Île-de-France	9 900	72,3	56,9
Champagne-Ardenne	1 600	72,8	60,1
Picardie	2 000	73,5	63,2
Haute-Normandie	1 800	67,9	56,3
Centre	3 200	71,1	55,7
Basse-Normandie	1 600	63,7	53,5
Bourgogne	2 400	78,1	61,0
Nord - Pas-de-Calais	4 200	74,2	65,3
Lorraine	2 700	72,3	64,2
Alsace	2 300	89,9	79,8
Franche-Comté	1 400	76,1	62,8
Pays-de-la-Loire	4 000	71,0	58,0
Bretagne	4 000	72,4	61,3
Poitou-Charentes	2 500	75,1	58,9
Aquitaine	4 400	75,5	59,6
Midi-Pyrénées	4 300	84,4	66,4
Limousin	1 300	78,0	58,7
Rhône-Alpes	7 200	81,1	66,5
Auvergne	2 000	74,5	59,7
Languedoc-Roussillon	3 800	81,9	66,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7 200	84,1	65,8
Corse	500	97,5	80,9
Guadeloupe	100	25,9	22,5
Martinique	200	31,8	26,5
Guyane	///	///	///
Réunion	300	51,3	50,3
France entière	74 800	75,6	61,5

Source : Base nationale PMSI.

Suicides

La France est l'un des pays qui enregistre l'un des taux de suicide les plus élevés en Europe. Cependant les comparaisons internationales posent des difficultés du fait de différences éventuelles dans les causes et les volumes des sous-déclarations.
En France, la sous-déclaration des cas de suicide est estimée entre 20 et 25%. Cependant ce biais reste relativement stable et les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction (*cf.* Références).
L'objectif préconisé par la loi relative à la politique de santé publique est de passer d'ici à 2008 à moins de 10 000 décès par an.
L'indicateur complémentaire que constitue l'incidence des tentatives de suicides (ou des récidives) n'a pas été retenu du fait du manque de données existantes et des difficultés de définition et de mesure.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre et taux de décès par suicide en population générale

En 2002, on a enregistré 10 643 décès par suicide en France. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 20 %, ce nombre serait après correction de 12 800 décès.

Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 728 et 2 915), ce qui correspond à des taux de décès standardisés par âge de 25,1 et 8,6 pour 100 000 (taux de décès multiplié par 3 chez les hommes). Le taux de décès augmente fortement avec l'âge (7,6 pour 100 000 entre 15 et 24 ans et 36,6 après 74 ans). Par contre, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 13 % 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 % des décès.

Les taux de décès par suicide ont, entre 1990 et 2002, eu tendance à baisser (-14 % chez les hommes et -16 % chez les femmes), cette diminution concernant davantage les populations âgées que les jeunes.

Les taux de décès varient fortement selon régions, les taux les plus élevés s'observent en Bretagne, puis viennent la Basse-Normandie, le Nord - Pas-de-Calais, les Pays-de-la-Loire, le Limousin, la Picardie, la Haute-Normandie, la Franche-Comté, la Bourgogne, l'Auvergne, le Poitou-Charentes et la région Centre. La surmortalité en Bretagne s'observe pour les hommes et pour les femmes.

La France se situe dans le groupe des pays européens à taux de suicide élevés après la Finlande, la Belgique et l'Autriche.

Part de chaque mode de suicide parmi les décès par suicide

45 % des suicides ont lieu par pendaison, 16 % par arme à feu, 15 % par prise de médicaments, enfin 7 % par saut d'un lieu élevé.

Ces modes de décès sont sensiblement différents selon le sexe. Pour les hommes, les modes de suicides les plus utilisés sont la pendaison (50 %) et les armes à feu (21 %). Pour les femmes, deux modes sont prépondérants avec une fréquence équivalente : la pendaison (30 %) et la prise de médicaments (30 %).

Les modes de décès varient selon les régions, la pendaison étant plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud. ●

synthèse

Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées.
Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus importants dans la moitié nord de la France
Ils ont diminué de 1990 à 2002.
Au sein de l'Europe des 15, comme de l'Europe des 25, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide.

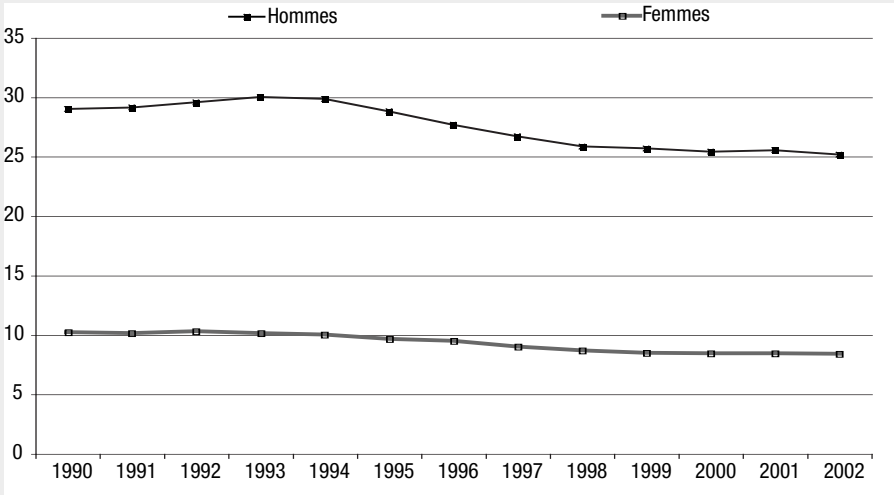
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • **INSERM-CÉPIDC.**

Tableau 1 • Effectifs et taux de décès par suicide en 1990 et 2002 selon le sexe et la classe d'âge

Âge/Sexe	Année	Effectif	Taux de décès *	Var 2002-1990 **
15-24 ans				
M	1990	607	14,1	
	2002	469	11,9	-15 %
F	1990	184	4,4	
	2002	120	3,1	-29 %
25-74 ans				
M	1990	6 116	37,5	
	2002	6 047	34,2	-9 %
F	1990	2 375	14,0	
	2002	2 298	12,4	-11 %
> 74 ans				
M	1990	1 441	105,9	
	2002	1 189	72,5	-32 %
F	1990	661	25,6	
	2002	483	16,5	-35 %
Tous âges				
M	1990	8 178	29,1	
	2002	7 728	25,1	-14 %
F	1990	3 225	10,2	
	2002	2 915	8,6	-16 %
T	1990	11 403	19,0	
	2002	10 643	16,3	-14 %

* Taux de décès pour 100 000 tous âges, standardisés selon pop Eurostat (pour les décès tous âges).
** (Taux 2002 – Taux 1990) *100/Taux 1990.

Graphique 1 • Taux de décès par suicide de 1990 à 2002 selon le sexe *



* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (réf. pop Eurostat) - lissé.

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

SOURCES • INSERM-CépiDc. Exploitation des certificats de décès.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des effectifs de suicides d'environ 20 %. Un certain nombre de suicides ne sont pas connus à partir de la statistique nationale (cas ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'INSERM ou cas pour lesquels l'intention de la mort violente est restée indéterminée).

RÉFÉRENCES •

- Jougla E., Pequignot F., Chappert J.-L., Rossolin F., Le Toullec A., Pavillon G., 2002, « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Rev Epidémiol Santé Publique*; 50(1) : 49-62.
- Jougla E., Pequignot F., Le Toullec A., Bovet M., Mellah M., 2003, « Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide », *Actualité et dossier en santé publique*, 45 ; décembre : 31-34.

Accidents de la vie courante chez les enfants et les adolescents

L'objectif préconisé par la loi de santé publique est de réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante (AVC) des enfants de moins de 14 ans d'ici à 2008. Les décès sont présentés selon l'âge (moins de 1 an, 1-4 ans, 5-14 ans) et le sexe. Cet objectif porte sur les traumatismes non intentionnels consécutifs aux accidents de la vie courante touchant les enfants de moins de 14 ans. Ces accidents regroupent les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs et sont répartis en chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu, et autres accidents, à l'exclusion des accidents de la circulation. Les données de mortalité sont fournies à partir de 2000, première année d'utilisation en France de la 10e version de la Classification internationale des maladies (CIM10). Les données antérieures reposent sur l'usage de la CIM9. Les données étant disponibles par tranches d'âge quinquennales, les indicateurs retenus portent sur les enfants de moins de 15 ans.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

En 2002, 308 enfants de moins de 15 ans sont décédés d'un accident de la vie courante (AcVC) en France métropolitaine (2,8/100 000), parmi lesquels 206 garçons (3,6/100 000) et 102 filles (1,9/100 000) (tableau 1). On observait ainsi une surmortalité masculine (sex-ratio = 1,9).

Les taux de décès par AcVC les plus élevés étaient ainsi observés chez les enfants de moins de 1 an : 7,5/100 000 (57 décès). Ils diminuent ensuite avec l'âge : de 1 à 4 ans 4,7/100 000 (140 décès), entre 5 et 14 ans 1,5/100 000 (111 décès).

Les disparités régionales observées étaient globalement non significatives en 2002 (tableau 2). Les taux de mortalité par AcVc les plus élevés (3,7/100 000 et au-delà) ont été relevés en Picardie, Corse, Bourgogne, Haute-Normandie, Limousin, Basse-Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur, et les taux les plus bas (2,7/100 000 et en deçà) en Lorraine, Franche-Comté, Île-de-France, Alsace et dans le Centre.

Les taux de mortalité par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans ont diminué de façon très importante depuis les années 1990 : -42 % entre 1989-1991 et 2000-2002. Cette diminution, qui coïncidait avec le développement de campagnes de d'information et d'éducation sur les risques domestiques, a été légèrement plus importante chez les garçons (-46 %) que chez les filles (-38 %). Elle a été de 72 % chez les moins de 1 an, de 29 % chez les 1-4 ans, de 28 % chez les 5-14 ans.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité par type d'accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

La noyade est la première cause de mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans. En 2002, 99 enfants sont décédés par noyade (0,9/100 000). Les suffocations ont entraîné 65 décès (0,6/100 000), les accidents par le feu 31 décès (0,3/100 000), les chutes 28 décès (0,3/100 000), les intoxications 8 décès (0,1/100 000), les autres accidents de cause connue 21 décès (0,2/100 000) et les autres accidents de cause non précisée 56 décès (0,5/100 000)[1].

La répartition selon les causes (suffocation, chute, etc.) révèle des différences selon les âges (tableau 3). Les suffocations et les autres accidents non précisés sont plus fréquents chez les moins d'1 an, les chutes et les noyades chez les 1 à 4 ans. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS

1. Voir note du tableau 3.

synthèse

Le taux de mortalité par accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans a diminué de 42 % entre 1989-1991 et 2000-2002. Cette diminution coïncide avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques.
En 2002, cette cause de mortalité continue à représenter un problème important de santé publique, surtout chez les garçons (sex ratio 1,9) et pour les plus jeunes avec 7,5 décès pour 100 000 enfants de 1 an ; 4,7 de 1 à 4 ans ; 1,5 de 5 à 14 ans.

Tableau 1 • Effectifs des décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans, selon le sexe et l'âge, de 2000 à 2002.

	2000		2001		2002	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Garçons						
< 1 an	42	10,9	39	9,9	28	7,2
1-4 ans	81	5,5	109	7,3	97	6,4
5-14 ans	86	2,3	105	2,8	81	2,1
Total	209	3,7	253	4,4	206	3,6
Filles						
< 1 an	30	8,2	24	6,4	29	7,8
1-4 ans	65	4,6	65	4,6	43	3
5-14 ans	54	1,5	44	1,2	30	0,8
Total	149	2,8	133	2,5	102	1,9
Total						
< 1 an	72	9,6	63	8,2	57	7,5
1-4 ans	146	5,1	174	6	140	4,7
5-14 ans	140	1,9	149	2	111	1,5
Total	358	3,2	386	3,5	308	2,8

Tableau 2 • Effectifs des décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans, selon le sexe et par région de résidence, en moyenne annuelle sur les trois années 2000-2002

	Garçons		Filles		Total	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Île-de-France	37	3,3	16	1,5	52	2,4
Champagne-Ardenne	6	4,6	4	3,2	9	3,5
Picardie	10	5,1	7	3,8	17	4,5
Haute-Normandie	9	4,9	4	2,3	14	3,9
Centre	9	3,9	4	1,8	12	2,7
Basse-Normandie	5	3,6	5	3,8	10	3,7
Bourgogne	8	5,5	4	2,9	12	4,3
Nord - Pas-de-Calais	15	3,5	10	2,4	25	3,0
Lorraine	5	2,3	4	1,9	8	1,8
Alsace	6	3,5	3	1,8	9	2,7
Franche-Comté	3	2,8	3	2,9	5	2,4
Pays de la Loire	16	5,0	5	1,6	21	3,3
Bretagne	7	2,5	9	3,4	16	3,0
Poitou-Charentes	5	3,5	4	2,9	9	3,2
Aquitaine	15	5,8	5	2,0	20	4,0
Midi-Pyrénées	9	4,0	5	2,3	14	3,2
Limousin	2	3,7	1	2,0	4	3,8
Rhône-Alpes	21	3,7	9	1,6	31	2,8
Auvergne	4	3,7	2	1,9	6	2,8
Languedoc-Roussillon	9	4,2	4	2,0	12	2,9
PACA	16	3,8	15	3,8	30	3,7
Corse	1	4,4	1	4,7	2	4,5
Hors métropole	5		4		9	
France métropolitaine	223	3,9	128	2,4	351	3,2

Note : les différences observées sont globalement non significatives.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCE • INSERM-CépiDc : Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès.

CALCUL DE L'INDICATEUR • Nombre de décès obtenus par sélection des codes correspondant aux accidents de la vie courante, en cause principale. Taux de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours)*100 000.

LIMITES ET BIAIS • Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

RÉFÉRENCES •

- Ermanel C., Thélot B., 2004, « Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 19-20, mai, p. 76-78, InVS.
- http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/ et http://www.invs.sante.fr/ Dossiers thématiques, Accidents de la vie courante.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et InVS accidents@invs.sante.fr..

Tableau 3 • Effectifs des décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans, selon le type d'accident et l'âge, 2000 à 2002 (codes CIM10)

	2000		2001		2002	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Chutes (W00-W19)						
< 1 an	5	0,7	2	0,3	2	0,3
1-4 ans	10	0,3	26	0,9	13	0,4
5-14 ans	8	0,1	17	0,2	13	0,2
Total	23	0,2	45	0,4	28	0,3
Suffocations (W75-W84)						
< 1 an	43	5,7	34	4,4	30	3,9
1-4 ans	17	0,6	18	0,6	21	0,7
5-14 ans	6	0,1	10	0,1	14	0,2
Total	66	0,6	62	0,6	65	0,6
Intoxications (X40-X49)						
< 1 an	1	0,1	1	0,1	0	0
1-4 ans	5	0,2	3	0,1	4	0,1
5-14 ans	4	0,1	6	0,1	4	0,1
Total	10	0,1	10	0,1	8	0,1
Noyades (W65-W74)						
< 1 an	7	0,9	7	0,9	11	1,4
1-4 ans	60	2,1	63	2,2	60	2
5-14 ans	45	0,6	40	0,5	28	0,4
Total	112	1	110	1	99	0,9
Feu (X00-X09)						
< 1 an	5	0,7	4	0,5	3	0,4
1-4 ans	25	0,9	28	1	13	0,4
5-14 ans	17	0,2	19	0,3	15	0,2
Total	47	0,4	51	0,5	31	0,3
Autres, précisés*						
< 1 an	0	0	1	0,1	0	0
1-4 ans	4	0,1	6	0,2	8	0,3
5-14 ans	15	0,2	19	0,3	13	0,2
Total	19	0,2	26	0,2	21	0,2
Autres, non précisés (X58-X59)						
< 1 an	11	1,5	14	1,8	11	1,4
1-4 ans	25	0,9	30	1	21	0,7
5-14 ans	45	0,6	38	0,6	24	0,3
Total	81	0,7	82	0,7	56	0,5

* Autres : V90-V94 : accidents de transport par eau ; V96 : accidents d'aéronef sans moteur ; V98-V99 : accidents de transport, autres et sans précision ; W53-W64, X20-X29 : morsures et piqûres ; W44, pénétration de corps étranger ; W20-W22, W50-W52 : chocs accidentels ; W23 : compression ; W25-W29, W45 : coupure, perforation ; W35-W38 : accidents provoqués par explosion de récipients sous pression ; W32-W34 : accidents par arme à feu ; W39-W40 : accidents causés par explosifs ; X10-X19 : brûlures ; W85-W87 : accidents causés par le courant électrique ; X50 : efforts excessifs et faux mouvements ; W41 : exposition à un jet à haute pression ; W49 : exposition à des forces mécaniques autres et sans précision ; Y86 : séquelles d'accidents, autres que de transport.

Violence routière (1)

En 1970, le taux de mortalité à 30 jours était de 325,5 par million d'habitants en métropole. Il est passé de 198,2 en 1990 à 136,4 en 2000 mais a de nouveau augmenté en 2001. En 2005, le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route est de 87 par million d'habitants en métropole. Les accidents de la circulation constituent la première cause de décès chez les jeunes de 15-25 ans. L'objectif de la loi de santé publique est de réduire fortement, en tendance régulière et permanente, le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.
Il existe en effet une surmortalité constatée en France relativement à des pays comparables qui devrait pouvoir être évitée.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route

En 2005, 5 318 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 225 dans les départements d'outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). Rapportés à la population, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants sont respectivement de 87 en métropole et de 122 dans les DOM. C'est la classe d'âge des 18-24 ans qui est la plus exposée avec un taux de risque 2,6 fois plus fort que la moyenne en métropole et 1,9 fois plus élevé dans les DOM (tableau 1). Pour le même nombre de kilomètres parcourus au volant, les femmes ont 3,7 fois moins de risque d'être victime d'un accident mortel que les hommes. La moto reste le mode de déplacement le plus dangereux avec 16,6 % des tués pour moins de 1 % du trafic. Parmi eux, 82 % ont entre 15 et 44 ans et 54 % entre 20 et 34 ans. Les routes de rase campagne (nationales ou départementales) sont les plus dangereuses avec 75 % des tués pour 52 % du trafic.

Par rapport à 2004, avec 4,9 % de tués en moins au cours de l'année 2005 (3,7 % pour les résultats France entière), c'est la quatrième année consécutive d'évolution favorable, la réduction étant de 20,9 % en 2003 et de 8,7 % en 2004. Cette décroissance a surtout été constatée sur les routes de campagne alors qu'une hausse des accidents en zone urbaine était observée. La diminution a avant tout concerné les usagers de voitures de tourisme (-10 %) et de véhicules utilitaires (- 9 %), tandis qu'une augmentation était observée pour les autres catégories : de + 0,6 % pour les cyclistes à + 1,3 % pour les motocyclistes et + 8,0 % pour les piétons. Les taux de mortalité sont toujours les plus élevés pour les 18-24 ans mais ont diminué de 6,9 % dans cette classe d'âge. Ils décroissent également chez les moins de 15 ans (-25,1 %) et chez les 25-44 ans (-10,5 %). En revanche, la classe des 15-17 ans enregistre une augmentation de 12,6 % et celle des 65 ans et plus de 3,5 %.

Il existe des disparités régionales (tableau 2). Pour apprécier les disparités régionales en tenant compte du trafic et de sa répartition entre les différentes catégories de réseaux, un indicateur d'accidentologie locale (IAL) basé sur le nombre de décès est calculé : l'IAL compare les résultats d'une région à ce qu'ils seraient si cette région avait les mêmes taux de risque que la France métropolitaine sur ses différents réseaux routiers. Il existe, en ce domaine, un gradient nord-sud. Les régions les plus mal classées sont la Corse, la région PACA et le Languedoc-Roussillon. Plus au nord, trois régions se distinguent par une accidentologie plus élevée : la Picardie, le Centre et la région Champagne-Ardenne. Parmi les meilleurs résultats se trouvent les régions à fortes caractéristiques urbaines : l'Île-de-France, le Nord - Pas-de-Calais et la région Rhône-Alpes.

Les résultats de 2004 placent la France métropolitaine au septième rang des 20 pays de l'Union européenne pour lesquels les données sont disponibles. Elle se situe devant l'Autriche, l'Espagne, la Belgique et l'Italie mais après l'Allemagne et le Royaume-Uni (graphique). Le taux le plus bas est observé aux Pays-Bas avec un taux de mortalité de 49,3 par million d'habitant.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de mortalité après accident de la route

En 2002, 7 200 décès par accident de la circulation ont été enregistrés, dont 75 % sont

Tableau 1 • Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route par tranche d'âge, en 2005 (taux par million d'habitants de la tranche d'âge considérée)

Âge (en années)	Métropole	Départements d'outre-mer	France entière
0-14	13	17	13
15-17	111	163	113
18-24	222	233	223
25-44	98	149	100
45-64	68	114	69
≥ 65	99	191	101
Ensemble	87	122	88

Source : ONISR.

CHAMP • France entière, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. En France, jusqu'en 2004, était comptabilisé le nombre de victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours suivant l'accident. Pour obtenir le nombre de victimes à 30 jours conformément aux dispositions retenues au niveau international, un coefficient multiplicateur a été appliqué. Pour les comparaisons européennes et temporelles entre 1970 et 1994, ce coefficient est égal à 1,09 pour les données jusqu'en 1992 et à 1,057 pour les données de 1993 à 2004. Il a été revu à 1,069 en 2005, date à laquelle la définition internationale a été adoptée. C'est ce coefficient qui a été appliqué pour comparer les données 2004 aux données 2005 en France et pour le calcul des indicateurs d'accidentologie locale (IAL) au niveau régional entre 1995 et 2004. Les taux sont calculés globalement, par tranche d'âge et par région. Le dénominateur correspond à la population sur laquelle est calculé le taux de décès. L'IAL est un indicateur basé sur les données de mortalité. Il permet d'apprécier le risque de décès à 30 jours par rapport à la référence constituée par les données de la métropole en prenant en compte les particularités des réseaux et des trafics au niveau local.

SOURCES • Fichier national des accidents corporels géré par l'ONISR (données issues des bulletins d'analyse d'accidents corporels – BAAC – établis par les services de police et de gendarmerie) et INSEE (données démographiques).

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation du nombre de décès à 30 jours.

RÉFÉRENCE •
- www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire.

Tableau 2 • Taux de mortalité (par million d'habitants) et IAL* à 30 jours après accident de la route en région

Régions	Taux de mortalité (2005)	IAL* (2001-2005)
Alsace	64	0,88
Aquitaine	109	0,89
Auvergne	106	1,21
Basse-Normandie	100	0,85
Bourgogne	128	0,89
Bretagne	83	0,82
Centre	124	1,23
Champagne-Ardenne	126	1,20
Corse	128	1,61
Franche-Comté	129	1,11
Haute-Normandie	85	1,07
Île-de-France	41	0,81
Languedoc-Roussillon	130	1,24
Limousin	114	0,99
Lorraine	91	0,97
Midi-Pyrénées	122	1,07
Nord - Pas-de-Calais	63	0,84
Pays de la Loire	94	1,07
Picardie	103	1,31
Poitou-Charentes	131	1,16
PACA	96	1,26
Rhône-Alpes	80	0,84
Métropole	88	1,00

* IAL : indicateur d'accidentologie locale basé sur les données de mortalité (voir encadré méthodologique).
Source : ONISR.

CHAMP • France entière, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne de décès par accident de la circulation (Eurostat – population Europe IARC 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un accident de la circulation (code CIM 9 jusqu'en 1999 : E810-E819, E826-E829 et CIM 10 à partir de 2000 : V01-V89).

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

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des accidents de la circulation en tant que cause initiale de décès.

Violence routière (2)

survenus chez des hommes. Ces données issues des certificats de décès ne sont pas limitées aux 30 jours suivant la survenue du traumatisme. Elles sont cependant très corrélées aux données issues du fichier national des accidents corporels et confirment les tendances observées dans le temps et dans les groupes à risque pour la mortalité à 30 jours : (i) en 2002, les taux de décès sont trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes et, chez les jeunes de 15-24 ans (230 pour 1 000 000 d'habitants) que chez les personnes plus âgées (146 pour les plus de 65 ans) ; (ii) une forte diminution des taux de décès est observée dans le temps (-30 % chez les hommes et -35 % chez les femmes, entre 1989-1991 et 2000-2002) ; (iii) les disparités régionales sont du même ordre : les taux standardisés les plus élevés étant observés en Corse, Picardie, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes, Bourgogne, Franche-Comté, Centre, Champagne-Ardenne.

Taux d'hospitalisation de six jours ou plus après accident de la route

Les données publiées par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) ne comprennent pas le taux spécifique de « blessés graves » mais fournissent le nombre total de victimes en distinguant blessés légers, blessés graves et tués. De plus, la définition des « blessés graves » a été modifiée en 2005, le blessé hospitalisé plus de 24 heures ayant remplacé le blessé grave hospitalisé plus de 6 jours.

En 2004, pour 85 390 accidents corporels recensés en France métropolitaine, 108 727 blessés ont été dénombrés dont 16 % (n = 17 435) ont été hospitalisés pour une durée de 6 jours ou plus. La part de ces « blessés graves » est passée de 24 % en 1985, à 22 % en 1995 et 17 % en 2000. Elle était plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans (24 % des accidentés de cette tranche d'âge étaient hospitalisés au moins 6 jours) et chez les motocyclistes (19 %).

Fréquence des traumatismes responsables d'au moins une lésion IIS 3

Cet indicateur a été estimé à partir des données issues du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône qui fonctionne depuis 1995. Le niveau de déficience IIS est calculé *a priori* grâce à la codification précise des lésions et permet de prévoir le niveau de déficience à 1 an (voir encadré méthodologique).

Entre 1995 et 2002, 73 077 victimes ont été recensées par le registre. Au total, outre les victimes décédées (1,2 %), 32 % des victimes ont probablement gardé des séquelles mineures ou modérées un an après l'accident et 0,8 % des séquelles graves (sérieuses à maximales c'est-à-dire ≥ IIS3). À partir de ces données, l'incidence moyenne annuelle des séquelles graves est estimée à 5,1 pour 100 000 habitants (7,7 pour les hommes et 2,7 pour les femmes). Presque la moitié des hommes (46 %) qui garderont des séquelles lourdes sont âgés de 15 à 29 ans (35 % sont âgés de 15 à 24 ans), tandis que chez les femmes, l'âge semble jouer assez peu.

Chez les victimes âgées de 5 à 19 ans, le nombre de séquelles lourdes est supérieur au nombre de décès. Ce rapport décroît ensuite avec l'âge.

La grande majorité des victimes (98,1 %) concernées ont des séquelles graves prévues pour une seule région du corps. La tête est la première région touchée et les piétons sont particulièrement concernés (21 % des lésions graves cérébrales, alors qu'ils comptent pour 9 % des victimes). Les séquelles de la moelle épinière touchent à part égale automobilistes et usagers de deux roues à moteur, qui constituent 42 % des personnes touchées alors qu'ils représentent 19 % des victimes d'accidents. ●

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

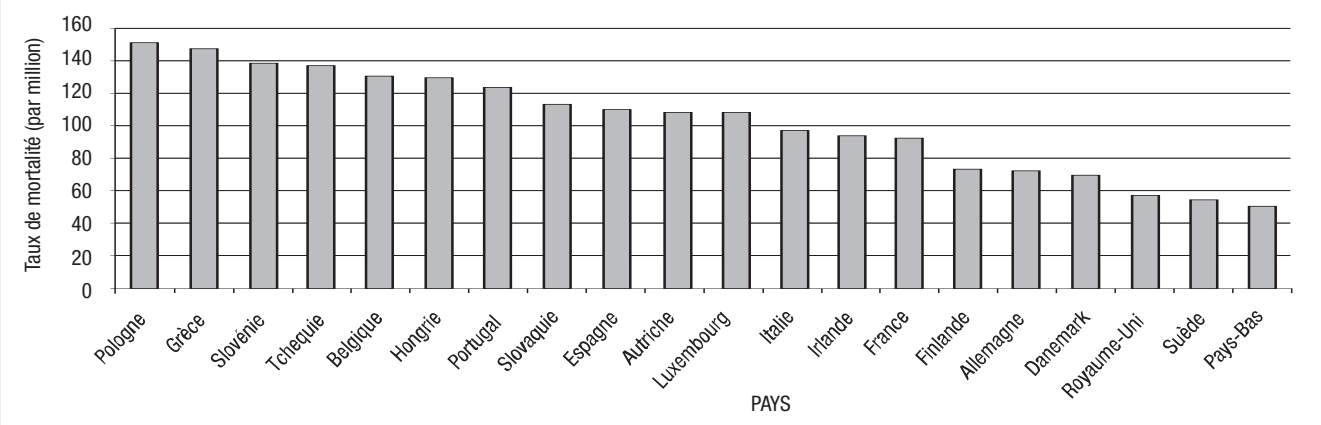
synthèse

En 2005, 5 318 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 225 dans les départements d'outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). C'est la quatrième année consécutive que le nombre de tués diminue, mais le rythme ce fléchissement ralentit après celui, exceptionnel, de 2003 (20,9 %) et de 2004 (8,7 %). C'est la classe d'âge des 18-24 ans, en particulier chez les hommes, qui reste la plus exposée avec un taux de risque 2,6 fois plus élevé que la moyenne en métropole. La moto apparaît comme le mode déplacement le plus dangereux avec 16,6 % des tués pour moins de 1 % du trafic et ce sont les routes de rase campagne (nationales ou départementales) avec 75 % des tués pour 52 % du trafic. Les régions du Nord enregistrent de meilleurs résultats que celles du Sud et, en matière de comparaisons internationales, la France se situe maintenant au 7e rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route.

La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés pour une durée d'au moins 6 jours, atteignait 16 % des blessés en 2004. Elle est plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans (24 %) et les motocyclistes (19 %). Elle tend à diminuer dans le temps.

D'après les données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône, 1,2 % des victimes d'accidents de la route décèdent et 0,8 % gardent des séquelles graves un an après l'accident.

Graphique 1 • Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route dans 20 pays de l'Union européenne (données 2004)



Source : ONISR.

CHAMP • Région Rhône-Alpes, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de victimes survivantes porteuses d'au moins une lésion causée par un accident de la route et susceptible de laisser une séquelle lourde un an plus tard (lésions IIS 3 « sérieuse » à IIS 6 « séquelle maximale »).

SOURCES • Registre des accidents de la circulation dans le département du Rhône (INRETS-UMRESTTE, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport, travail, environnement).

LIMITES ET BIAIS • Le niveau de déficience IIS repose sur la codification précise des lésions, à partir de l'examen médical réalisé à l'admission des victimes. Il représenterait le niveau effectivement atteint à 1 an chez au moins 80 % des victimes atteintes d'une lésion. Il n'a pas été validé à grande échelle. Pour les faibles niveaux (< 3), il est sujet à caution car la récupération dépend de nombreux facteurs autres que la lésion elle-même. En revanche pour les séquelles graves, la déficience reposant pour sur une perte de substance ou destruction d'organe, la prévision serait assez fiable et précise.

RÉFÉRENCE •
- www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire.

Contraception

Cet objectif de la loi de santé publique vise à assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.
La proportion de femmes concernées qui n'utilisent aucune méthode contraceptive est actuellement très faible, de l'ordre de 5 %. Au moment de la prescription, la question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes se pose. L'ANAES, associée à l'INPES et à l'AFSSAPS, a publié en décembre 2004 des recommandations dans ce sens, dans le but de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives en pratique courante.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse

La proportion de Français (hommes et femmes) âgés de 15 à 54 ans et sexuellement actifs qui déclarent ne rien faire (ou pas systématiquement) pour éviter une grossesse est de 29 % en 2005. Les principales raisons évoquées sont la ménopause, le désir d'enfant et une stérilité. En revanche, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans[1], sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfants, 4,6 % déclarent ne pas utiliser, ou pas systématiquement, un nouveau moyen de contraception (tableau 1).

Parmi les modes de contraception, la pilule demeure le plus fréquemment utilisée 58,7 % des femmes y ont recours en 2005. Le stérilet est utilisé essentiellement par les femmes âgées de 35 ans et plus, tandis que l'usage du préservatif masculin ne concerne que 11,5 % des femmes (tableau 2). En 2005, 15,2 % des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé la contraception d'urgence alors qu'elles n'étaient que 8,9 % en 2000. Les plus jeunes, âgées de moins de 20 ans, l'ont déjà utilisée dans une proportion de 31,5 % (tableau 3) et pour 19,2 % au cours de l'année précédente (tableau 4).

Taux d'incidence des IVG

En 2004, 210 664 femmes ont eu recours à une IVG en France métropolitaine soit 14,6 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Les taux d'IVG augmentent régulièrement depuis 1995 où le taux était de 12,3 ‰[2]. Les taux de recours à l'IVG sont très différenciés selon les générations, allant de 27,2 ‰ entre 20-24 ans à 5,7 ‰ chez les femmes de 40 à 44 ans. 11 000 mineures ont eu recours à une IVG en 2003.

Selon les régions les taux varient de 9 femmes pour 1 000 âgées de 15 à 49 ans (Pays de la Loire) à 21 (Île-de-France ou Corse) et 27,6 dans les DOM. Au sein de l'Union européenne à 25, la France occupe une position médiane.

Distribution des délais de prise de rendez-vous d'IVG

Entre 2002 et 2004, le délai moyen pour la prise en charge des IVG dans les établissements sanitaires est resté stable (tableau 5). La médiane est de 10 jours.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Vente de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence

En 2005, plus d'1 million de boîtes de médicaments prescrits pour la contraception d'urgence ont été vendues, soit près de 6 fois plus qu'en 1999 (tableau 6). ●

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

1. Femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, déclarant avoir eu des rapports sexuels avec pénétration, non enceintes et non stériles.
2. Vilain A., 2006, « Les interruptions de grossesse en 2004 », *Études et Résultats*, DREES, n° 522, septembre.

synthèse

4,6 % des femmes potentiellement concernées par la contraception n'utilisent pas ou pas systématiquement de moyen contraceptif. Celles qui ont recours à un moyen contraceptif utilisent à 58,7 % la pilule, 24,2 % le stérilet et 11,5 % le préservatif masculin. Ces modes de contraception représentent 94,4 % des méthodes employées. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2005, notamment chez les plus jeunes.
14,6 pour 1 000 femmes ont eu recours à une IVG en 2004 et les taux augmentent régulièrement depuis 1995. Les taux varient selon les régions, les IVG étant plus fréquentes dans le sud de la France et dans les DOM. Les délais de rendez-vous pour la réalisation d'une IVG dans un établissement de soin sont stables, en moyenne de 10 jours en 2004.

Tableau 1 • Utilisation d'un moyen de contraception selon l'âge en 2005* (%)

	Oui	Ça dépend des fois	Non
15-19 ans (n = 378)	95,20	2,70	2,10
20-24 ans (n = 616)	98,40	1,40	0,20
25-34 ans (n = 2103)	95,90	1,10	3,00
35-49 ans (n = 2957)	94,40	1,10	4,50
Total (n = 6054)	95,40	1,20	3,40

* Question posée : « Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ».
Source : Baromètre Santé 2005.

Tableau 2 • Principales méthodes contraceptives utilisées selon l'âge en 2005 (%)

	Stérilisation tubaire	Stérilet	Implant, patch, anneau	Pilule	Préservatif masculin	Autres méthodes exclusivement
15-19 ans (n = 370)	0,00	0,00	0,80	78,10	20,90	0,20
20-24 ans (n = 612)	0,00	1,10	1,10	87,70	9,60	0,50
25-34 ans (n = 2030)	0,20	16,90	1,80	67,00	11,50	2,60
35-49 ans (n = 2787)	3,90	38,20	1,10	43,30	10,60	2,90
Total (n = 5799)	2,00	24,20	1,30	58,70	11,50	1,30

Source : Baromètre Santé 2005.

Tableau 3 • Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence (pilule du lendemain) parmi l'ensemble des femmes sexuellement actives* selon l'âge en 2000 et 2005 (en %)

	2000	2005
15-19 ans	12,2 % (n = 241)	31,5 % (n = 442)
20-24 ans	16,0 % (n = 502)	31,8 % (n = 765)
25-34 ans	10,0 % (n = 1689)	16,8 % (n = 2794)
35-49 ans	6,3 % (n = 1982)	8,6 % (n = 4070)
Total	8,9 % (n = 4414)	15,2 % (n = 8071)

* C'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans leur vie.
Sources : Baromètres santé 2000 et 2005.

Tableau 4 • Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois parmi les femmes potentiellement concernées selon l'âge en 2005 (%)

	Contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois
15-19 ans (n = 401)	19,20
20-24 ans (n = 703)	9,50
25-34 ans (n = 2610)	3,30
35-49 ans (n = 3130)	1,10
Total (n = 6844)	4,10

Source : Baromètre Santé 2005.

CHAMP • France métropolitaine. Tableaux 1-2-4 : Femmes âgées de 15 à 49 ans, non stériles, non enceintes, ne souhaitant pas d'enfant, déclarant avoir eu des rapports sexuels (avec pénétration) au cours des 12 derniers mois et ayant actuellement un partenaire. Tableau 3 : Femmes sexuellement actives c'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans leur vie, 15 à 75 ans.

SOURCES • Baromètres santé 2000 et 2005 de l'INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquêtes téléphoniques de type déclaratif, sondage aléatoire.

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

Tableau 5 • Évolution sur trois ans de la répartition du délai moyen en jours pour la prise en charge des IVG dans les établissements sanitaires* (médiane, 1er quartile, 3e quartile)

	2002	2003	2004
Secteur public	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	11[8 ; 15]
Secteur privé	10[7 ; 11]	9[7 ; 15]	9[7 ; 14]
Tout secteur	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]	10[8 ; 15]

* Délai entre la date de la demande et la date de l'IVG.
Lecture : En 2000, la moitié des établissements déclarent un délai supérieur à 10 jours et la moitié un délai inférieur. On compte trois-quarts des établissements qui ont un délai plus court que 15 jours et un trois-quarts, un délai plus long que 8 jours.
Source : SAE.

CHAMP • Établissements sanitaires en France métropolitaine, relevé du mois d'octobre.

SOURCE • Statistique annuelle des établissements (SAE).

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

Tableau 6 • Nombre de boîtes de Norlevo® vendues

Année	750 mg (2 cp)	1 500 mg (1cp)*
1999	165 719	
2000	569 104	
2001	623 954	
2002	725 753	
2003	811 433	
2004	818 538	99 766
2005	99	1 039 204

* Conditionnement apparu en 2004.
Source : GERS.

CHAMP • Officines pharmaceutiques, France entière.

SOURCE • Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Regroupe la majeure partie des Laboratoires pharmaceutiques présents en France.

MÉTHODOLOGIE • Collecte des données de ventes directes et indirectes auprès des laboratoires pharmaceutiques adhérents au GERS et de grossistes répartiteurs. Retours de stocks pris en compte. Exhaustif.

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

Chutes des personnes âgées

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'objectif de la loi de santé publique est, d'ici à 2008 de réduire de 25 % le nombre chutes, dans l'année, des personnes de plus de 65 ans. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne, et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Peu d'enquêtes permettent actuellement de rendre compte de ces divers facteurs de la vie courante occasionnant les chutes.
Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées pour la première fois à partir des données 2002 de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC). Elles pourront être actualisées et affinées par âge dans les années ultérieures.
Les données déclaratives sur les chutes entre 65 et 75 ans sont issues du baromètre santé de l'INPES. Les décès par chute chez les personnes de plus de 65 ans proviennent des données de mortalité codées à partir de 2000 selon la 10e version de la Classification internationale des maladies.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence annuelle des chutes ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus

En France, en 2002, on a pu estimer à partir de l'enquête EPAC que 4,8 % (intervalle de confiance, IC [4,4-5,1]) des personnes de 65 ans et plus ont été victimes d'une chute accidentelle suivie d'un recours aux urgences hospitalières : 3 % des hommes (IC [2,8 – 3,3]) et 5,9 % des femmes (IC [5,5 – 6,4]).

Ainsi, entre 420 000 et 500 000 personnes de 65 ans et plus seraient allées aux urgences en 2002 à la suite d'une chute accidentelle (environ 120 000 hommes et 340 000 femmes).

Selon EPAC, seules 24 % de ces chutes étaient bénignes, au sens où elles n'ont entraîné aucun traitement ou n'ont pas empêché le retour au domicile après traitement. Une proportion plus importante (38 %) a fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Ces chutes ont donné lieu à une hospitalisation après passage aux urgences dans 38 % des cas, plus souvent aux âges élevés : 43 % au-delà de 90 ans, contre 29 % entre 65 et 69 ans.

Les circonstances des chutes chez les personnes de 65 ans et plus sont évaluables à partir des données EPAC cumulées de 1999 à 2003. Elles sont survenues principalement à l'intérieur de la maison (62 %) ou dans ses abords extérieurs (7 %), ainsi que sur la voie publique (16 %) et en maison de retraite (9 %). L'activité au moment de la chute était le plus souvent liée aux occupations domestiques (besoins personnels, activités ménagères, etc.), avec en particulier 5 % de chutes lors des courses et 4 % lors d'activités de bricolage. La diversité des circonstances de chutes accidentelles s'exprime à travers celle des éléments matériels en cause. Plusieurs types d'éléments peuvent intervenir, avec une variété extrême : échelle, escabeau, chaise, lit, table, chien, pantoufles, moquette, tabouret, gravier, clôture, égouts, etc. On note l'implication fréquente des escaliers ou d'un lit (près d'une fois sur dix chacun).

Incidence annuelle des chutes déclarées chez les personnes âgées de 65 ans à 75 ans

Selon le Baromètre Santé 2005[1], près d'une personne âgée de 65 à 75 ans sur quatre (23,8 %) a répondu positivement à la question « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ? », plus souvent les femmes (27,6 %) que les hommes (19,9 %).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité par chute chez les personnes de 65 ans et plus

En 2002, 4 318 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle (36,6/100 000) parmi lesquelles, 1 785 hommes (45,2/100 000) et 2 533 femmes (31,4/100 000). Ces résultats sont établis en excluant les « décès à la suite d'une fracture sans autre indication ». Les femmes décédées d'une chute étaient plus nombreuses que les hommes, du fait de leur plus grand nombre aux âges avancés. Les différences de taux de mortalité standardisés montrent en réalité une surmortalité masculine (sex-ratio 1,4), qui s'observe quasiment à tous les âges au-delà de 65 ans (tableaux 1 et 2).

Les taux de mortalité augmentent avec l'âge et sont plus élevés chez les plus de 85 ans (tableau 2).

On observe des disparités régionales globalement significatives ($p < 0,001$), aussi bien chez les hommes ($p < 0,03$) que chez les femmes ($p < 0,01$). Des différences significatives existent notamment en Rhône-Alpes (taux de mortalité le plus élevé) et en Île-de-France (taux le plus faible). Les autres différences régionales observées ne sont pas significativement différentes de la moyenne nationale (au seuil de 5 %). ●

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

1. Baromètre Santé 2005, INPES, France métropolitaine.

synthèse

Les chutes accidentelles des personnes âgées de 65 ans et plus sont très nombreuses.
En France métropolitaine, en 2005, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2002, en France métropolitaine, on estimait à 460 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,8 %.
Toujours en France métropolitaine, il y a eu 4 318 décès à la suite d'une chute en 2002 chez les personnes de 65 ans et plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,6 pour 100 000.

Tableau 1 • Effectifs de décès par chute, taux de mortalité bruts et standardisés sur la population européenne (pour 100 000) des personnes de 65 ans et plus, selon le sexe, de 2000 à 2002

	2000			2001			2002		
	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé
Hommes	1 647	42,9	42,3	1 649	42,3	42	1 785	45,2	45,2
Femmes	2 585	45,9	32,1	2 504	44	31	2 533	44,1	31,4
Total	**4 232**	**44,7**	**36,2**	**4 153**	**43,3**	**35,3**	**4 318**	**44,5**	**36,6**

Source : INSERM-CépiDc.

Tableau 2 • Effectifs de décès par chutes et taux bruts de mortalité (pour 100 000) des personnes de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, de 2000 à 2002

	2000		2001		2002	
	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut
Hommes						
65-69 ans	178	14,3	163	13,2	161	13,2
70-74 ans	251	23,6	214	19,9	241	22,1
75-79 ans	319	38,0	306	36,5	322	38,2
80-84 ans	210	60,5	286	68,2	354	72,7
85 ans et plus	689	200,2	680	207,6	707	228,2
Total	1 647	42,9	1 649	42,3	1 785	45,2
Femmes						
65-69 ans	94	6,4	87	6,1	93	6,6
70-74 ans	164	11,8	160	11,4	134	9,5
75-79 ans	347	27,5	287	22,9	304	24,2
80-84 ans	329	53,7	423	57,9	443	52,4
85 ans et plus	1 651	183,0	1 547	178,6	1 559	188,7
Total	2 585	45,9	2 504	44,0	2 533	44,1
Hommes + femmes						
65-69 ans	272	10,1	250	9,4	254	9,7
70-74 ans	415	16,9	374	15,1	375	15,0
75-79 ans	666	31,7	593	28,3	626	29,9
80-84 ans	539	56,1	709	61,7	797	59,9
85 ans et plus	2 340	187,7	2 227	186,6	2 266	199,5
Total	4 232	44,7	4 153	43,3	4 318	44,5

Source : INSERM-CépiD.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCE • INSERM-CépiDc, Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès.

CALCUL DE L'INDICATEUR • Décès selon codes CIM 10 W00-W19, effectifs en cause principale, taux brut de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours)*100 000, taux standardisés par âge selon la population européenne (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Ceux de la certification et du codage des causes de décès. L'analyse a suivi la CIM10 qui n'inclut pas dans les décès par chute les décès à la suite d'une fracture sans autre indication.

RÉFÉRENCE •
- Causes de décès CépiDc http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/

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

CHAMP • France métropolitaine, personnes âgées de plus de 65 ans.

SOURCE • InVS, Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC).

CALCUL DE L'INDICATEUR • Nombre et taux d'incidence des chutes voir rapport EPAC.

LIMITES ET BIAIS • Ceux de l'extension géographique de l'enquête EPAC et de sa représentativité.

RÉFÉRENCES •
- Enquête EPAC (InVS) http://www.invs.sante.fr/ Dossiers thématiques, Accidents de la vie courante.
- Thélot B., Ricard C., 2005, « Résultats de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante, années 2002-2003 », InVS.
- Ermanel C., Thélot B., 2004, « Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 19-20, mai, p. 76-78, InVS.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS (accidents@invs.sante.fr).

Les disparités régionales de santé

À partir des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique

Présentation

De nombreux problèmes de santé présentent des enjeux importants en matière de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. La persistance d'inégalités face à la maladie, sociales mais aussi territoriales, invite à cet égard à décliner au niveau régional les indicateurs de l'état de santé des populations pour dresser un tableau plus détaillé des problèmes de santé, et éclairer ainsi la priorisation des objectifs régionaux et la définition des politiques locales dans le champ de la prévention.

Cette annexe propose une cartographie commentée des données régionales pertinentes et disponibles recueillies dans le cadre du suivi des 100 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Réalisé pour les assises nationales de la prévention qui se sont tenues à Paris les 16 et 17 octobre 2006, cette annexe a été constituée afin de contribuer à la réflexion et au dialogue des acteurs nationaux et régionaux, notamment à l'occasion des forums régionaux de la prévention.

Organisation du document

Deux grands groupes d'indicateurs ont été distingués : des indicateurs généraux, données de cadrage et indicateurs synthétiques fondés sur des données de mortalité, et des indicateurs spécifiques regroupés en douze thèmes.

Pour chaque champ identifié, une fiche de synthèse décrit les indicateurs disponibles, précise leur définition ainsi que la source dont ils sont issus et l'année (ou les années) de leur collecte et propose une analyse descriptive des disparités régionales observées pour chaque indicateur[1]. Les cartes sont présentées après chaque fiche à laquelle elles se rapportent.

Choix des échelles pour la réalisation des cartes

Pour la plupart des cartes réalisées, le choix de présenter les données par quintiles a été retenu, principalement pour faciliter la lecture des cartes.

Standardisation des taux

Afin de prendre en compte la structure d'âge des régions, les taux rapportés à la population d'une région ont été standardisés sur l'âge, sauf exceptions notifiées au cas par cas. Pour le calcul des taux standardisés, la population-type retenue est la population-type européenne, anciennement utilisée par l'OMS dans l'Annuaire des statistiques sanitaires mondiales (population européenne IARC 1976). Ce choix avait été entériné par le groupe de travail sur les indicateurs de mesure d'atteinte des objectifs du rapport annexé à la loi relative à la santé publique.

Il faut cependant noter que la standardisation sur la population européenne peut modifier la position relative de certaines régions (par exemple pour une région de structure d'âge particulièrement élevée), mais la hiérarchie des

1. La lecture de ce document ne suppose pas celle préalable du bilan annuel.

régions reste globalement peu changée par rapport à l'utilisation d'une référence française.

Il apparaît également nécessaire de souligner que si la valeur du taux standardisé dépend de la population-type utilisée (cette population pourrait être choisie de manière relativement arbitraire), celle-ci n'a pas de signification particulière en elle-même : les taux standardisés sont le produit d'un calcul hypothétique et ne représentent pas les valeurs exactes des taux. Ils ne servent qu'à titre de comparaison entre les régions et non comme une mesure de magnitude absolue.

Unités géographiques

Les unités géographiques peuvent être fonction de l'origine des données :

- *départementales,*
- *régionales,*
- *par zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT), correspondant à un redécoupage datant de 1967 des grandes régions en 8 zones.*

Enfin, les données relatives aux départements et territoires d'outre-mer ont été représentées chaque fois qu'elles étaient disponibles.

Limites

L'approche retenue consiste à proposer des cartographies par région. La compréhension des spécificités locales reste cependant délicate, surtout quand les différences portent sur des phénomènes plurifactoriels comme c'est le cas pour les groupes de pathologies étudiées. En effet, les régions comprennent souvent des territoires distincts en termes de déterminants de santé et de profil socio-économique, du fait par exemple des différences d'urbanisation. Par ailleurs, la lecture comparée des cartes, facilitée par l'utilisation d'une seule modalité de présentation (quintiles) doit rester prudente en termes de causalité. Des études spécifiques peuvent s'avérer nécessaires pour préciser la nature causale ou non des liens observés entre événements et/ou déterminants de santé.

Données de cadrage

Densité de population

Proportion des ≥ 60 ans

Proportion des < 20 ans

Taux d'activité ● Rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et la population totale correspondante

Taux de chômage ● Défini au sens du Bureau international du travail (BIT)

Taux de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU)

■ POPULATION

Au 1er janvier 2006, la population française est estimée à 62,9 millions d'habitants, dont 61,0 millions sur le territoire métropolitain et 1,9 million dans les départements et territoires d'outre-mer (DOM-TOM).

Les hommes sont plus nombreux avant 65 ans et les femmes au-delà (et d'autant plus fortement qu'on avance en âge). Au 1er janvier 2006, 16,2 % des habitants ont 65 ans ou plus et la part des jeunes de moins de 20 ans est de 25,1 %.

La proportion de personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante dans les régions du sud de la France que dans les régions du nord (et inversement pour la proportion de personnes âgées de moins de 20 ans).

■ TAUX D'ACTIVITÉ ET TAUX DE CHÔMAGE

Le taux d'activité est particulièrement variable en France selon la classe d'âge considérée. En 2003, le taux d'activité est faible pour les personnes âgées de 15 à 24 ans (29,9 % des femmes et 37,3 % des hommes) et pour les personnes âgées de 50 ans et plus (54,6 % des femmes et 63,6 % des hommes). Par ailleurs, le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âge considérée.

La part de la population active occupée était globalement de 86 % en 1999 (France entière). Le taux le plus faible était observé dans les DOM (63 %) puis en Languedoc-Roussillon (81 %) et dans le Nord - Pas-de-Calais (82 %).

C'est également dans ces régions, ainsi que dans la région Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA), qu'au 1er trimestre 2006, les taux de chômage restent les plus élevés (12 %).

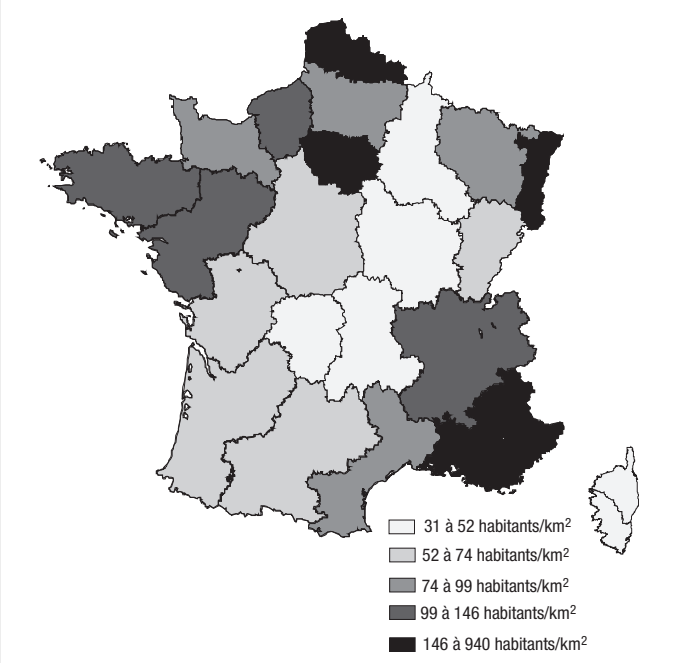
En juillet 2006, le taux de chômage s'établit à 8,9 %. Mais ce taux global dissimule de profondes disparités selon le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de diplôme dont il faut tenir compte pour interpréter les différences régionales. Les femmes enregistrent ainsi un taux de chômage plus élevé que celui des hommes (10,8 % *versus* 9 % en 2005).

Le taux de chômage est également élevé chez les jeunes (17,3 % pour les personnes âgées de 15 à 29 ans) mais cela est pour une part importante liée au nombre peu élevé d'actifs dans la tranche d'âge. Il tend à se réduire chez les personnes plus âgées (respectivement 8,3 % et 6,7 % pour les personnes âgées de 30 à 49 ans et pour les personnes âgées de 50 ans et plus).

■ COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

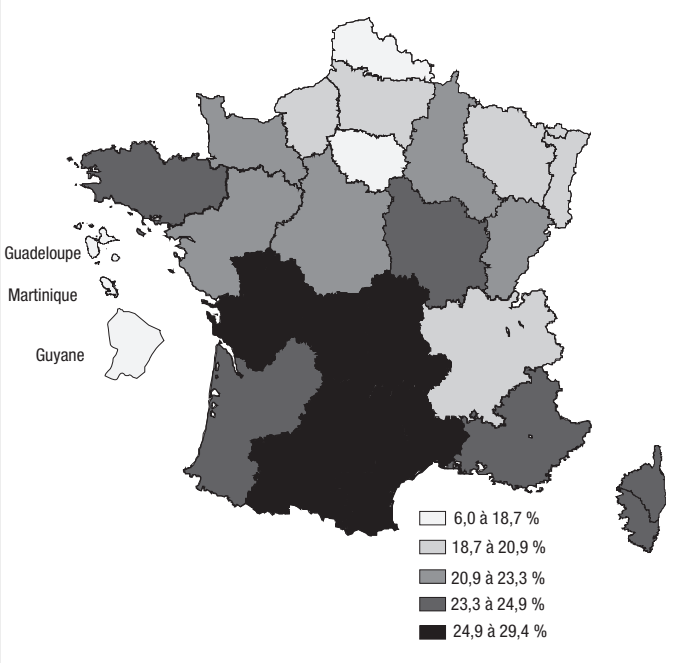
La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) constitue l'un des dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées. La part de la population couverte par la CMUC présente de très fortes disparités régionales. Fin 2005, elle demeure nettement plus élevée dans les DOM que dans les départements métropolitains (respectivement 35 % contre 7 %). En métropole, les taux de couverture se situent toujours dans un rapport de 1 à 4 d'un département à l'autre : ils varient ainsi de 3,3 % en Haute-Savoie à 12,7 % en Seine-Saint-Denis. Au niveau régional, c'est dans un croissant sud/sud-est et au nord de la France que l'on enregistre les taux de couverture les plus élevés (> 9 %) et dans l'Ouest, le Massif central et le nord des Alpes que ces taux sont les plus faibles (< 6 %). Entre le 31 décembre 2002 et le 31 décembre 2005, le nombre de départements dont le taux de couverture de la CMUC était supérieur à 5 % est passé de 64 à 71. Par ailleurs, les liens entre le nombre de bénéficiaires de la CMUC et du RMI (revenu minimum d'insertion) dans chaque département sont devenus plus étroits : le coefficient de corrélation entre les taux de couverture de la population par ces deux dispositifs est ainsi passé de 0,82 en 2000 à 0,92 en 2002 et 0,94 en 2005. ●

Densité de population au 1er janvier 2004 (quintiles)



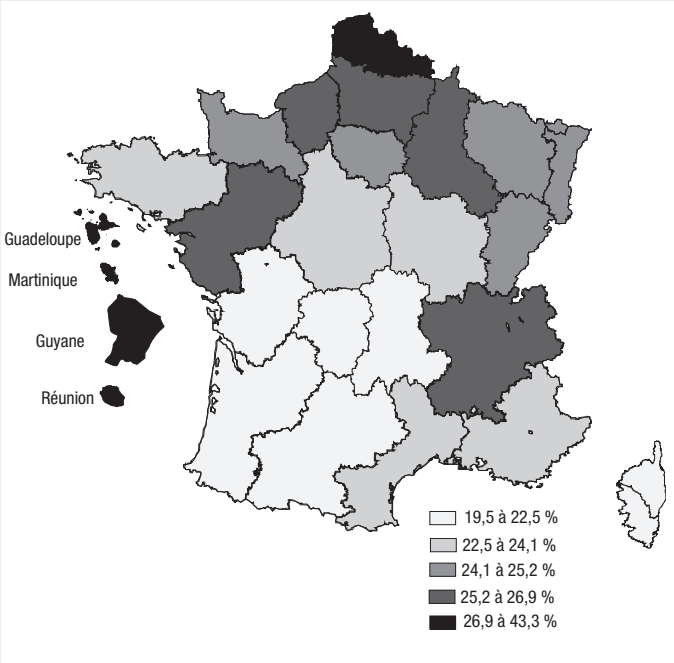
Source : INSEE, estimations localisées de population.

Proportion de personnes âgées de 60 ans et plus (quintiles)



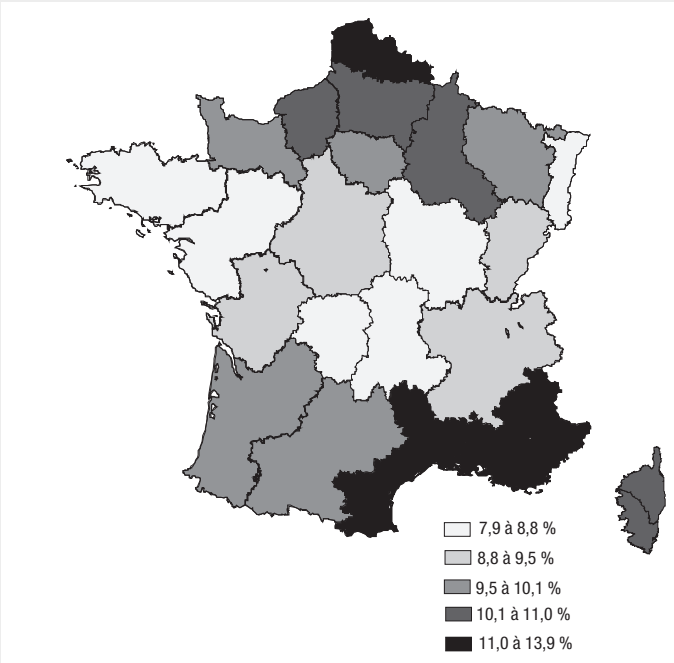
Source : INSEE, recensement général de la population 1999.

Proportion de personnes âgées de moins de 20 ans (quintiles)



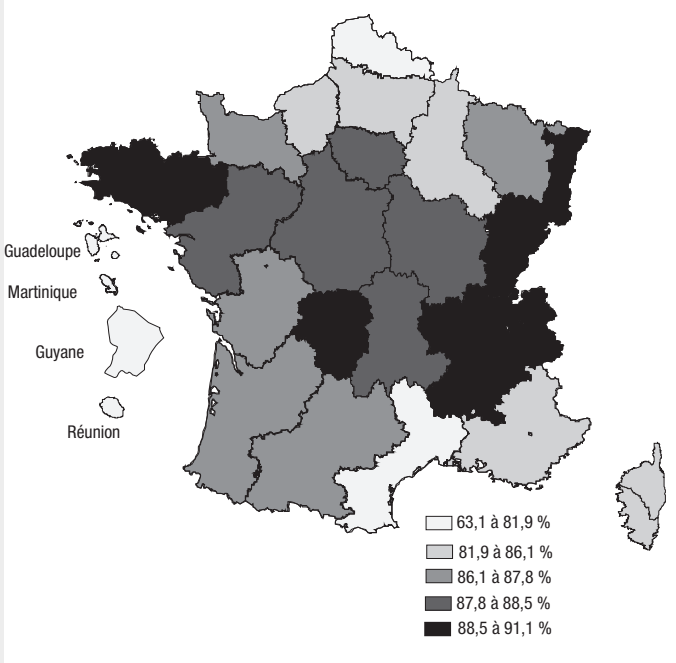
Source : INSEE, recensement général de la population 1999.

Taux de chômage par région au 1er trimestre 2005 (quintiles)



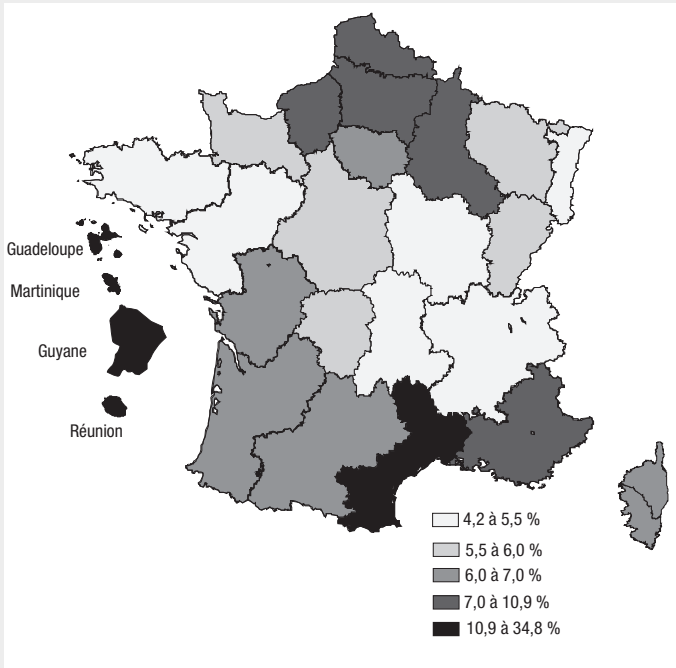
Source : INSEE.

Part de la population active occupée en 1999 (quintiles)



Sources : INSEE, © ECO-Santé Régions & Départements 2006.

Bénéficiaires de la CMU complémentaire au 31 décembre 2005 (quintiles)



Sources : DREES, INSEE.

Indicateurs synthétiques (1)

Basés sur des données de mortalité avant un an

Mortalité infantile ● Décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants

Mortalité périnatale ● Décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 enfants nés vivants

Mortalité néonatale ● Décès fœtaux et néonatals précoces, à partir de 22 semaines d'aménorrhée (ou lorsque son poids ≥ 500 g) jusqu'au 7e jour de vie, pour 1 000 naissances totales (vivantes ou non)

Mortinatalité ● Décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants

Mortalité postnéonatale ● Nombre d'enfants sans vie pour 1 000 naissances totales

La mortalité infantile est un indicateur largement utilisé dans les comparaisons internationales. Il constitue un indicateur de santé robuste, révélateur du niveau de développement d'un pays et de la qualité de son système de soins. Il dépend de plusieurs facteurs, dont le revenu, le niveau de scolarité des mères et l'efficacité des soins préventifs accordés à la mère et l'enfant.

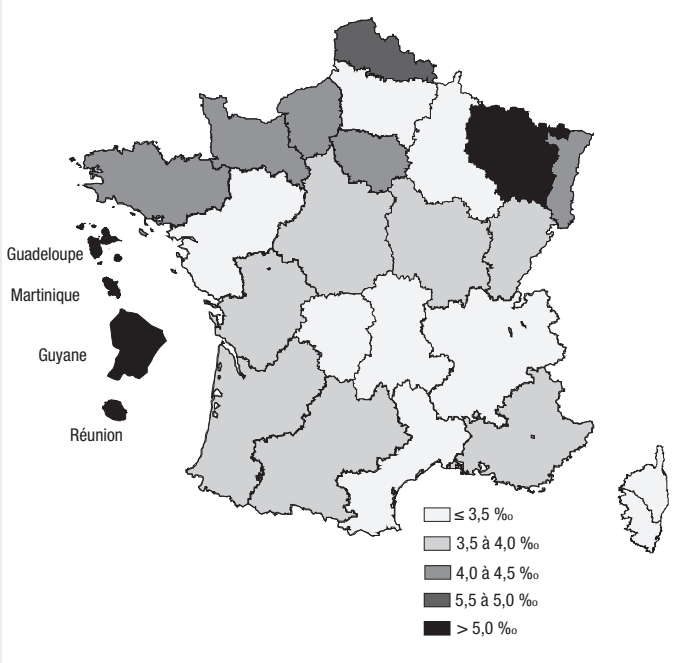
On distingue plusieurs périodes dans la mortalité infantile, notamment le taux de mortalité périnatale, considéré comme un indicateur de la qualité des soins obstétricaux et de réanimation, et le taux de mortalité post-néonatale, indicateur des conditions de vie et de la qualité de l'environnement immédiat du nouveau-né. L'indicateur de mortalité périnatale a été construit au départ pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période. Il faut prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour appréhender d'éventuels effets retardés, la mortalité infantile.

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années. La France est parmi les pays où cet indicateur est le plus bas. Le taux de mortalité infantile est ainsi passé de 51,9 décès pour 1 000 enfants nés vivants en 1950 à 4,9 pour 1 000 en 1995 et 3,6 pour 1 000 en 2005 (données provisoires). Près de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an ont lieu au cours de la première semaine de vie et deux tiers d'entre eux surviennent au cours du premier mois de vie.

C'est dans les départements d'outre-mer (DOM) que la mortalité avant un an est la plus élevée. En effet, en 2003, tous les indicateurs de mortalité y sont presque deux fois plus élevés qu'en métropole. Dans les DOM, le taux de mortalité infantile est globalement de 7,8 ‰ (contre 4 ‰ en métropole), le taux de mortalité périnatale atteint 19 ‰ (contre 10,7 ‰ en métropole), le taux de mortalité néonatale est de 5,6 ‰ (contre 2,6 ‰ en métropole) et le taux de mortinatalité, de 15,1 ‰ (contre 8,9 ‰ en métropole). Le taux de mortalité périnatale est particulièrement élevé en Guadeloupe ou en Martinique, où les taux atteignent respectivement 24 ‰ et 25 ‰. La mortinatalité est la plus élevée en Martinique, avec un taux égal à 21,3 décès pour 1 000 naissances.

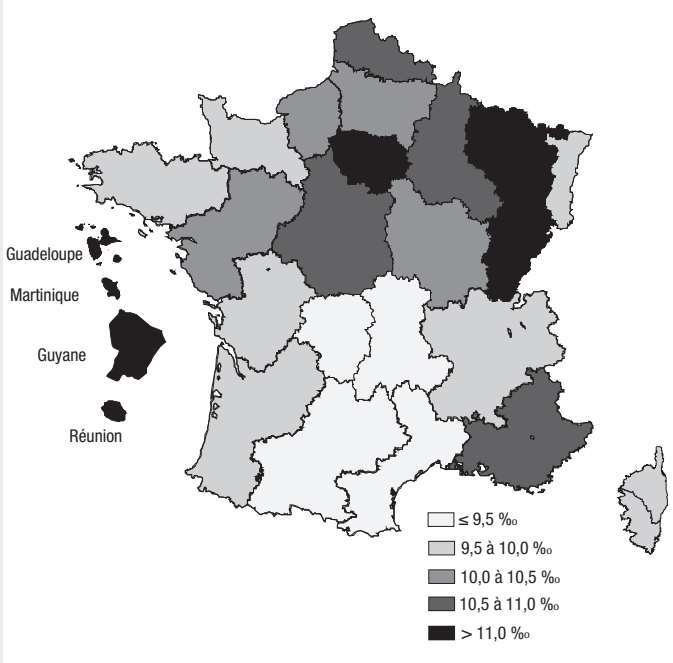
Pour la France métropolitaine, l'amplitude des variations observées pour ces différents indicateurs reste faible. Les taux de mortalité infantile varient entre 1,1 ‰ en Corse à 5,3 ‰ en Lorraine. Les taux sont supérieurs à la moyenne métropolitaine (>4 ‰) dans un croissant nord de la France incluant l'Île-de-France à l'exception des régions Picardie et Champagne-Ardenne. En ce qui concerne la mortalité périnatale, la situation varie de 9 décès pour 1 000 en Limousin ou dans le Languedoc, à plus de 12 ‰ dans les régions Lorraine et Île-de-France. Quant à la mortalité néonatale, elle varie entre 1,1 ‰ en Corse et 3,6 ‰ en Lorraine et la mortinatalité se situe entre 7,2 ‰ en Alsace et 10,2 ‰ en Île-de-France. ●

Taux de mortalité infantile (classification manuelle)



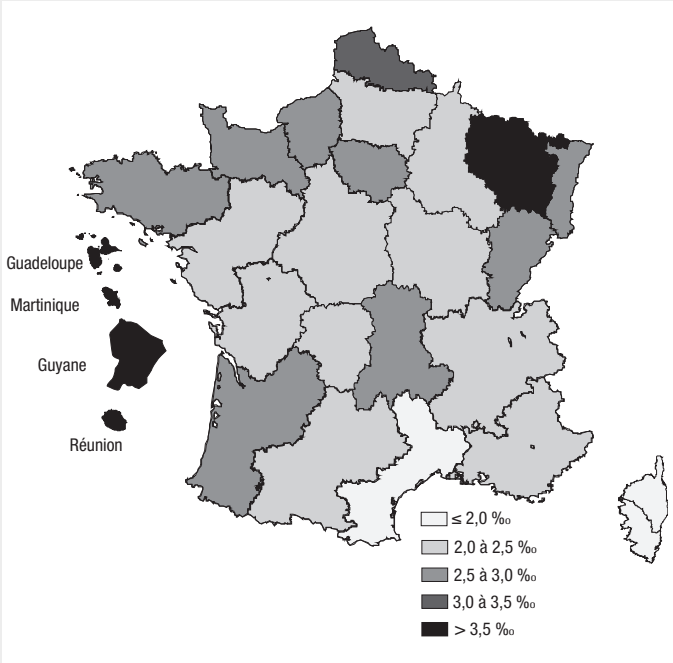
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données provisoires 2003.

Taux de mortalité périnatale (classification manuelle)



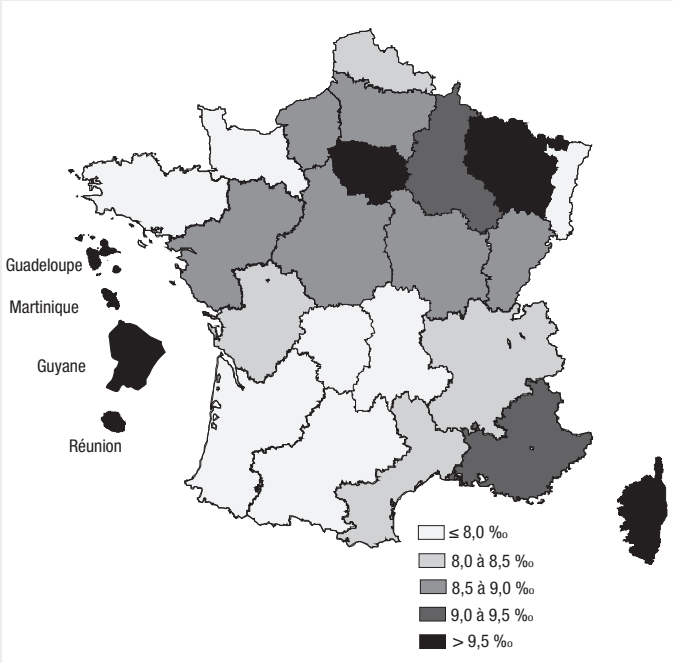
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données provisoires 2003.

Taux de mortalité néonatale (classification manuelle)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données provisoires 2003.

Taux de mortinatalité (classification manuelle)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données provisoires 2003.

Indicateurs synthétiques (2)

Basés sur des données de mortalité

Mortalité prématurée ≤ 65 ans

Mortalité prématurée évitable ≤ 65 ans

Causes de mortalité prises en compte dans le calcul de l'indice •
Sida et infections par le VIH Codes (CIM10 : B20-B24)
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du Pharynx (C00-C14)
Tumeur maligne de l'œsophage (C15)
Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (C32-C34)
Psychose alcoolique et alcoolisme (F10)
Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie (K70.,K74.6)
Accidents de la circulation (V01-V89)
Chutes accidentelles (W00-W19)
Suicides (X60-X84)
Séquelles de suicides (Y87.0)

Espérance de vie à la naissance

■ MORTALITÉ PRÉMATURÉE AVANT 65 ANS

Le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses bases de données, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. En 2002, le nombre de décès prématurés, survenus avant 65 ans, s'élevait à 113 537 pour la France entière, ce qui représente le cinquième de l'ensemble des décès. Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès), les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif puis les troubles mentaux ou du comportement. Ces cinq groupes de maladies représentent près de huit décès prématurés sur dix. Entre 1990 et 2002, les taux de décès prématuré avant 65 ans ont toutefois diminué de 18 %. La diminution était plus marquée pour les hommes (-20 % contre -13 % pour les femmes).

Le taux de décès prématurés reste nettement plus élevé chez les hommes (taux standardisé de mortalité avant 65 ans égal à 306,7 pour 100 000 contre 134,6 pour 100 000 chez les femmes). Les tumeurs sont responsables de 36 % des décès prématurés masculins, les morts violentes, de 19,5 %, et les maladies de l'appareil circulatoire, de 15,1 %. Dans la population féminine, ces proportions sont respectivement égales à 44,5 %, 14,2 % et 11,3 %. Le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée chez les femmes (11,9 %).

Le niveau de la mortalité prématurée avant 65 ans varie fortement selon les régions françaises. Les taux de décès (taux standardisés) les plus élevés s'observent dans le Nord - Pas-de-Calais (+33 % par rapport à la moyenne métropolitaine) puis en Picardie (+17 %), Haute-Normandie (+13 %), Champagne-Ardenne (+10 %) et Bretagne (+10 %) ; les taux les plus faibles s'observent en Midi-Pyrénées (-14 %), Rhône-Alpes (-14 %), Île-de-France (-9 %) et Alsace (-9 %). La baisse de la mortalité prématurée entre 1990 et 2002 a concerné toutes les régions mais avec un niveau variable : elle a été prononcée (plus de 20 %) en Alsace, Île-de-France et Rhône-Alpes et plus modérée (moins de 10 %) dans le Limousin et le Languedoc-Roussillon.

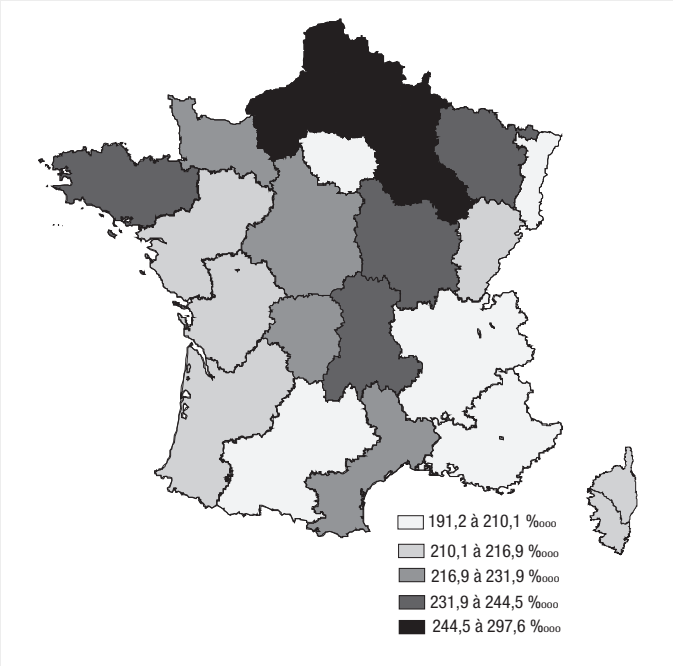
■ MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE

Au sein de la mortalité « prématurée », un sous-ensemble de causes de décès a été constitué, intitulé « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire ». Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses. Le nombre de décès par « mortalité évitable » est de 37 662 en 2002, soit un tiers de la mortalité prématurée. La mortalité est plus élevée chez les hommes (80 % des décès évitables observés et un taux de décès quatre fois supérieur). Cette surmortalité masculine se retrouve pour toutes les causes. La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité « prématurée » est de 39 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes. Ces taux de décès considérés comme évitables diminuent entre 1990 et 2002 mais plus nettement chez les hommes (-23 % contre -12 % chez les femmes). La mortalité prématurée évitable la plus élevée est observée dans le Nord - Pas-de-Calais (+44 % par rapport à la moyenne métropolitaine) puis en Picardie (+26 %), Bretagne (+26 %), Haute-Normandie (+22 %) et Champagne-Ardenne (+17 %) ; la plus faible est observée en Midi-Pyrénées (-22 %), Île-de-France (-22 %), Alsace (-18 %) et Rhône-Alpes (-18 %). Ce gradient nord-sud global se retrouve pour les hommes comme pour les femmes.

■ ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

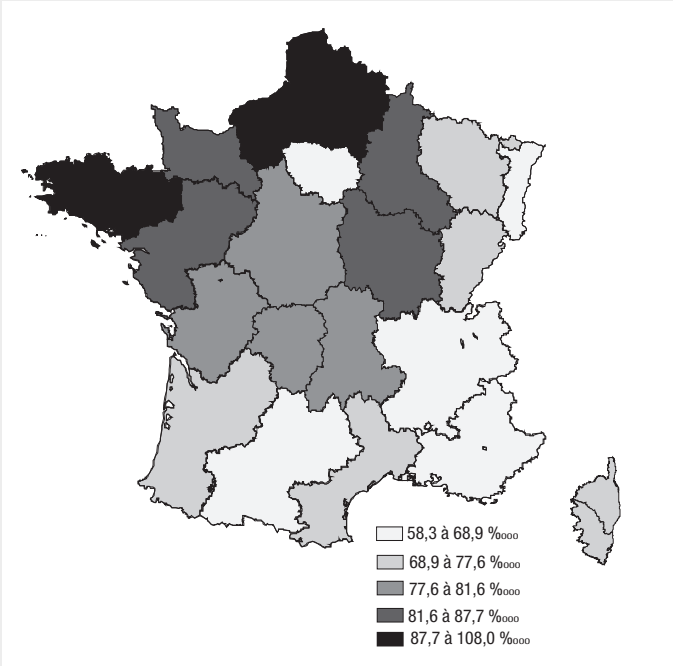
L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un nouveau-né si la structure de la mortalité par âge, telle qu'elle existe l'année de sa naissance, ne se modifie pas. C'est un indicateur de base couramment utilisé pour des comparaisons temporelles et internationales. En 2003, l'espérance de vie à la naissance était de 75,9 ans pour les hommes et de 82,9 ans pour les femmes (respectivement de 76,7 ans et 83,8 ans pour les femmes, en 2007). Des disparités régionales importantes existent en ce domaine, avec un gradient nord-sud. Exception faite du cas particulier de l'Île-de-France, ce gradient est très marqué pour les hommes : l'espérance de vie varie de 72,8 ans dans la région Nord - Pas-de-Calais à 77,3 ans dans la région Midi-Pyrénées. Le gradient est beaucoup moins net pour les femmes : l'espérance de vie varie entre 81,0 et 83,6 ans selon les régions. La façade ouest de la France, à l'exception de la Bretagne, ainsi que la région Rhône-Alpes enregistrent pour elles de bons indicateurs d'espérance de vie à la naissance. ●

Taux standardisés de mortalité prématurée avant 65 ans (deux sexes) (quintiles)



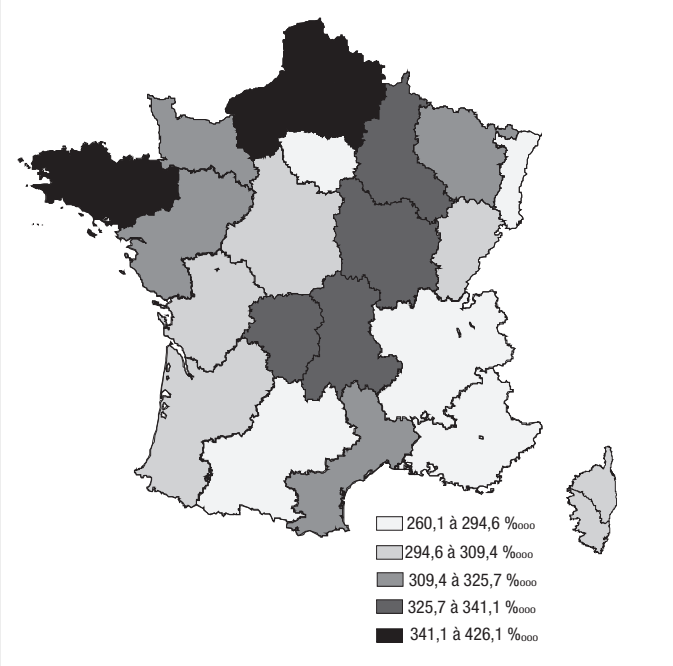
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité évitable avant 65 ans (deux sexes) (quintiles)



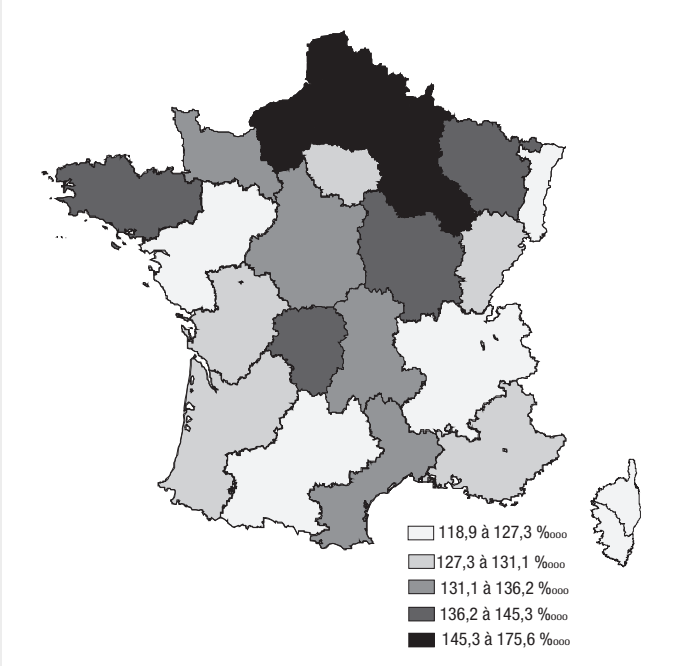
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité prématurée chez les hommes avant 65 ans (quintiles)



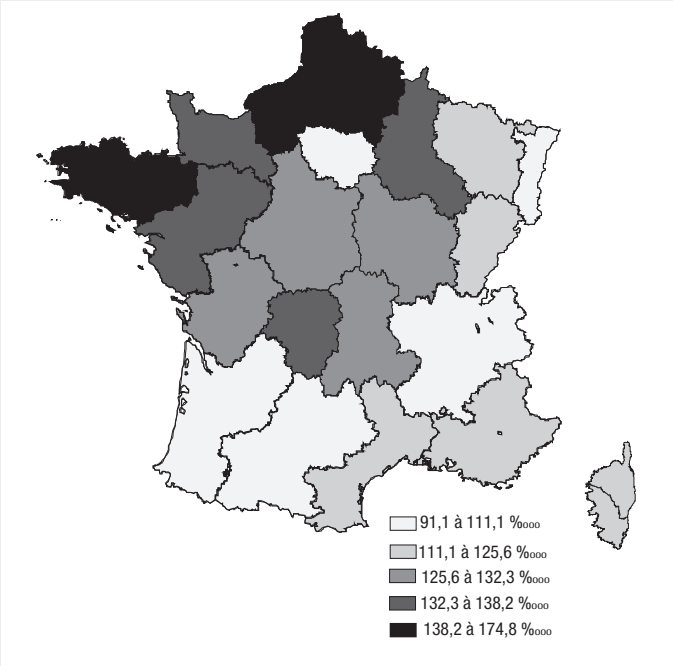
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité prématurée chez les femmes avant 65 ans (quintiles)



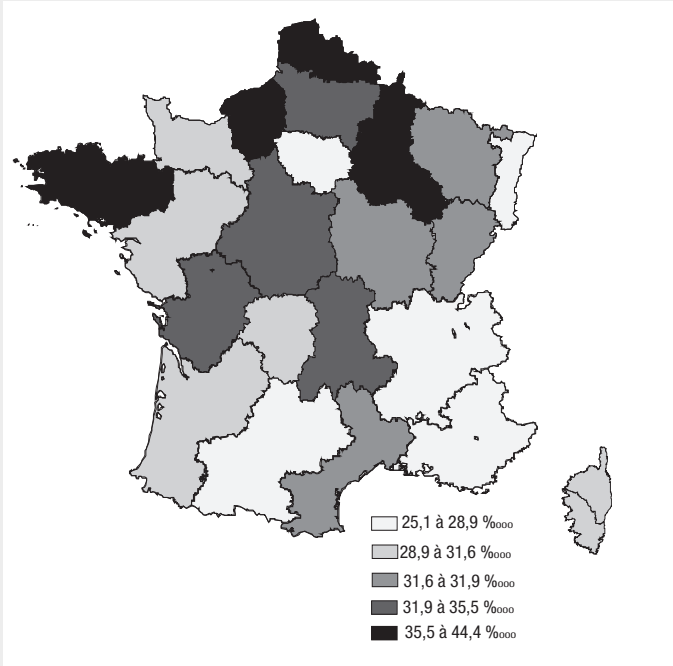
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité évitable chez les hommes avant 65 ans (quintiles)



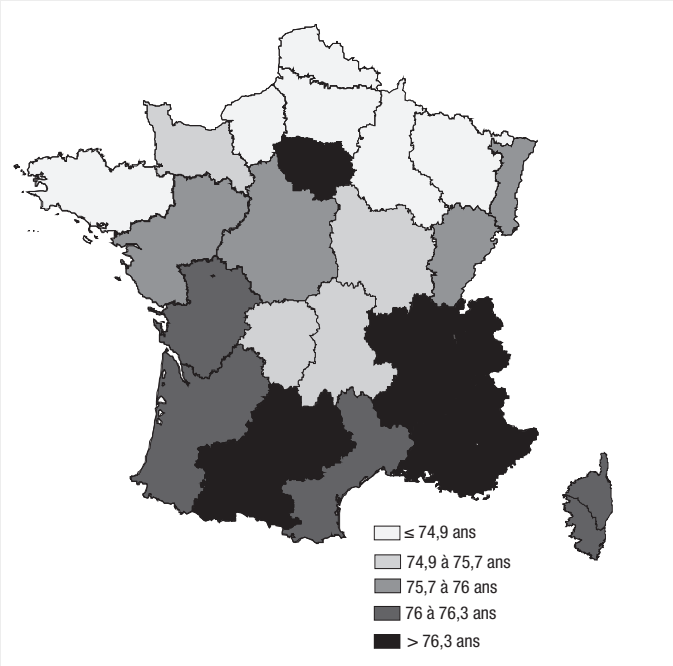
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité évitable chez les femmes avant 65 ans (quintiles)



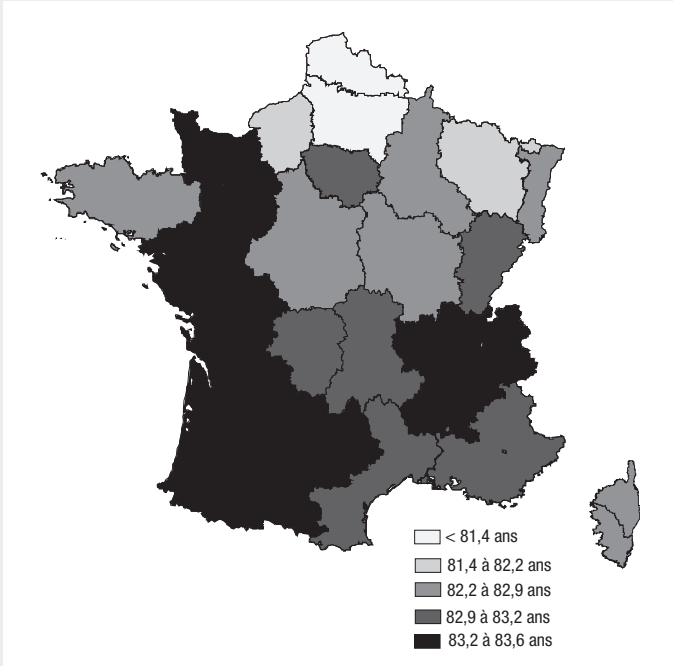
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, données moyennes régionales 2000-2002.

Espérance de vie à la naissance des hommes en 2003 (quintiles)



Source : INSEE, fichier état civil et estimations localisées de population.

Espérance de vie à la naissance des femmes en 2003 (quintiles)



Source : INSEE, fichier état civil et estimations localisées de population.

Tabac

Tabac chez les jeunes : taux de consommateurs quotidiens à 17 ans
Fumeurs réguliers chez les 15-75 ans
Mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches ou du poumon ●
Codes CIM 10 : C33-C34

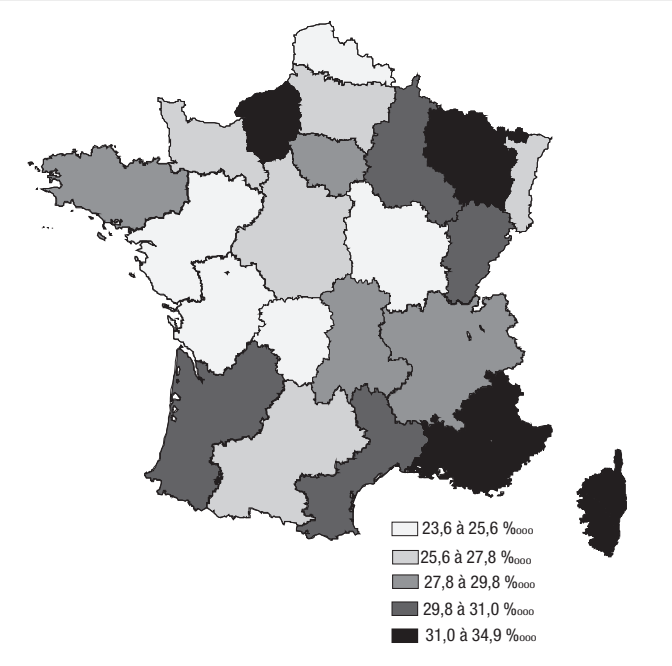
La loi de santé publique prévoit d'abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes d'ici à 2008. Pour ce qui concerne le tabagisme chez les adolescents, plusieurs paramètres sont pris en compte : le tabagisme quotidien, les âges moyens d'initiation et d'entrée dans l'usage régulier. En effet, la précocité de l'entrée dans l'usage est un facteur de risque majeur de persistance du tabagisme et de dépendance au tabac.

Le taux de décès par cancer du poumon est retenu dans la loi de santé publique comme indicateur de contexte, sachant que les délais entre exposition et cancer sont relativement longs. Globalement, la mortalité par cancer du poumon est six fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. C'est en Corse (+29 % par rapport à la moyenne métropolitaine), dans le Nord - Pas-de-Calais (+22 %) et en Lorraine (+22 %) que les taux de mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches ou du poumon sont les plus élevés et dans les Pays de la Loire (-16 %), Limousin (-13 %) et Midi-Pyrénées (-11 %) que les taux sont les plus faibles.

La prévalence du tabagisme à 17 ans peut être estimée à partir de l'enquête Escapad qui est réalisée régulièrement dans le cadre de la journée d'appel de préparation à la défense. Les résultats régionaux sont issus de l'enquête réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies en 2002-2003. C'est dans les départements d'outre-mer que les consommations de tabac chez les jeunes sont les plus faibles, très inférieures aux consommations déclarées en métropole : entre 11 % et 13 % en Martinique, Guadeloupe, Guyane et égale à 26 % à la Réunion. En France métropolitaine, c'est près d'un jeune de 17-18 ans sur deux (48 %) qui déclare avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours (48 % des filles et 47 % des garçons). Parmi l'ensemble des adolescents de 17-18 ans, 4 % se déclarent anciens fumeurs et 25 % indiquent avoir juste essayé le tabac. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 40 % à 37 % entre 2000 et 2003. Il est passé de 42 % en 2000 à 40 % en 2002 et 38 % en 2003 chez les garçons. Les hausses des prix participent d'autant plus à la baisse du tabagisme que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées. Mais cette diminution s'inscrit également dans un contexte où il est par exemple moins bien toléré de fumer dans des lieux couverts non autorisés. En termes de disparités régionales, la consommation quotidienne de tabac à ces âges s'étage de 34 % à 48 % selon les régions. Il n'y a pas de différence significative entre le comportement des filles et des garçons pour l'usage de tabac au niveau national comme dans la quasi-totalité des régions. Le tabagisme se révèle plus répandu dans l'Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Poitou-Charentes) et dans le Nord - Pas-de-Calais. Trois régions apparaissent significativement moins concernées (l'Alsace, l'Île-de-France et Rhône-Alpes), sans qu'il y ait de cohérence géographique particulière.

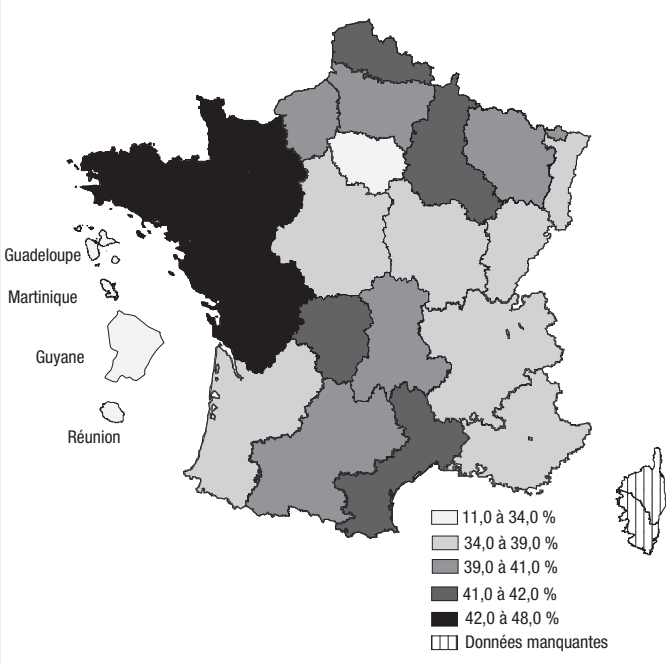
Cette cartographie n'est toutefois pas la même chez les jeunes et chez les adultes (données du Baromètre Santé de 2000). En effet, ce sont les régions de l'est de la France (Lorraine, Franche-Comté, Rhône-Alpes et PACA), ainsi que l'Aquitaine et la Haute-Normandie qui comptent au moins 30 % de fumeurs quotidiens déclarés. À l'inverse, ce sont les régions Bourgogne, Limousin, Poitou-Charentes, Nord - Pas-de-Calais et Basse-Normandie qui comptent un pourcentage plus faible de fumeurs réguliers (autour de 25 %). ●

Pourcentage de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans (quintiles)



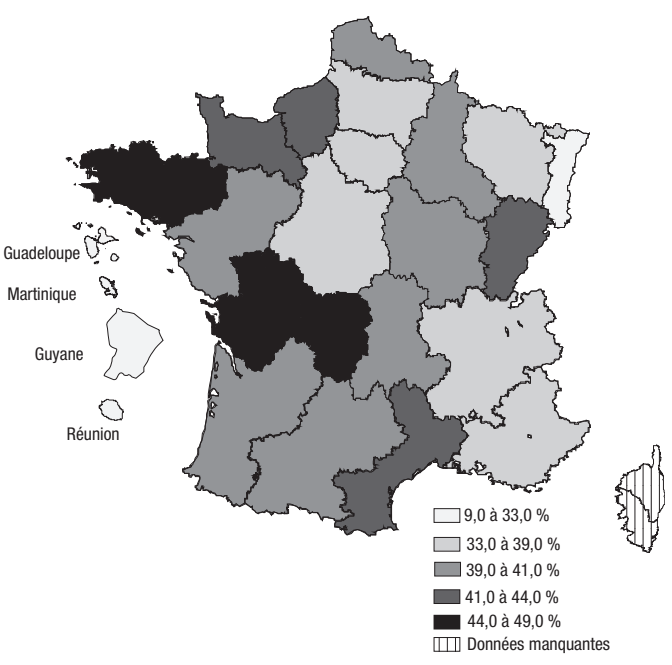
Source : CFES, *Baromètre Santé* 2000.

Tabagisme quotidien (au cours des 30 derniers jours) à 17 ans, chez les garçons et les filles (quintiles)



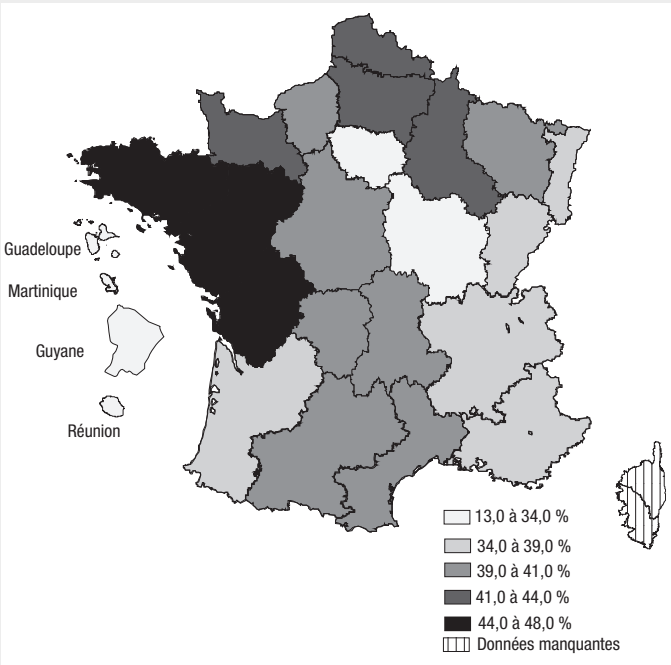
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Tabagisme quotidien (au cours des 30 derniers jours) à 17 ans, chez les filles (quintiles)



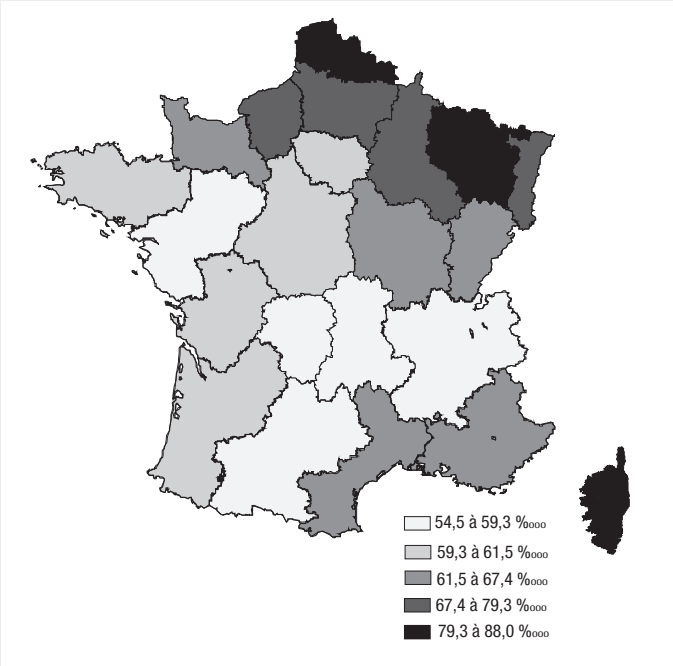
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Tabagisme quotidien (au cours des 30 derniers jours) à 17 ans, chez les garçons (quintiles)



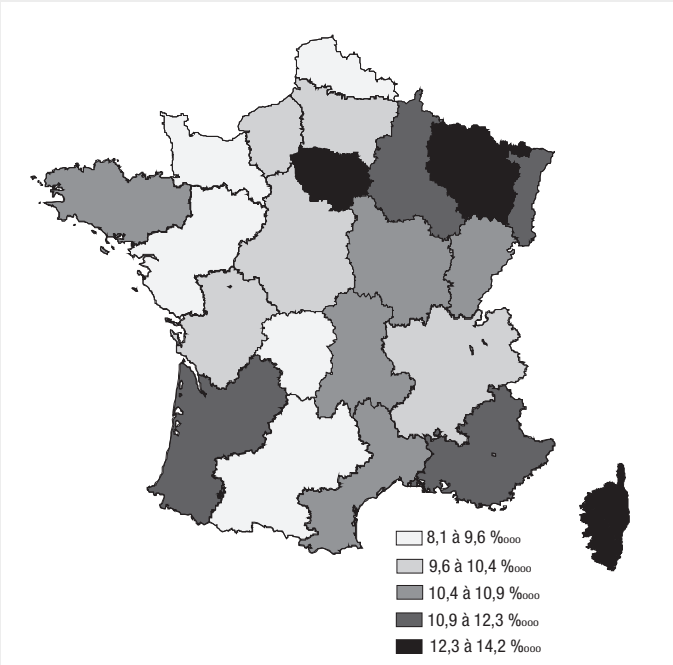
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes (quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes (quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS, données moyennes régionales 2000-2002.

Alcool

La loi de santé publique préconise de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %, en passant de 14,4 litres d'alcool pur/an/habitant en 1999 à 11,5 litres d'alcool pur/an/habitant d'ici à 2008. Suite à la concertation, organisée par la DREES et la DGS avec les différents organismes concernés par ces questions, il a été jugé préférable de rapporter les volumes d'alcool consommés à la population des 15 ans et plus, qui est effectivement concernée par la consommation d'alcool. Le choix de cette population de référence entraîne mécaniquement une hausse du niveau de l'indicateur.

La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus a diminué de 9 % entre 1999 et 2004. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. Cet indicateur ne peut toutefois être décliné au niveau régional avec une validité suffisante.

Une seconde série d'indicateurs porte sur la prévalence de la consommation d'alcool à risque, l'objectif étant de réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool ainsi que l'installation de la dépendance. Ces indicateurs sont pour la plupart issus d'enquêtes déclaratives en population générale. Bien qu'étant jugés pertinents, ils ne sont pas disponibles au niveau régional (représentativité insuffisante), sauf pour ce qui concerne la prévalence des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées chez les jeunes.

Alcool chez les jeunes ● Taux d'ivresse déclarée ; taux de consommation régulière d'alcool

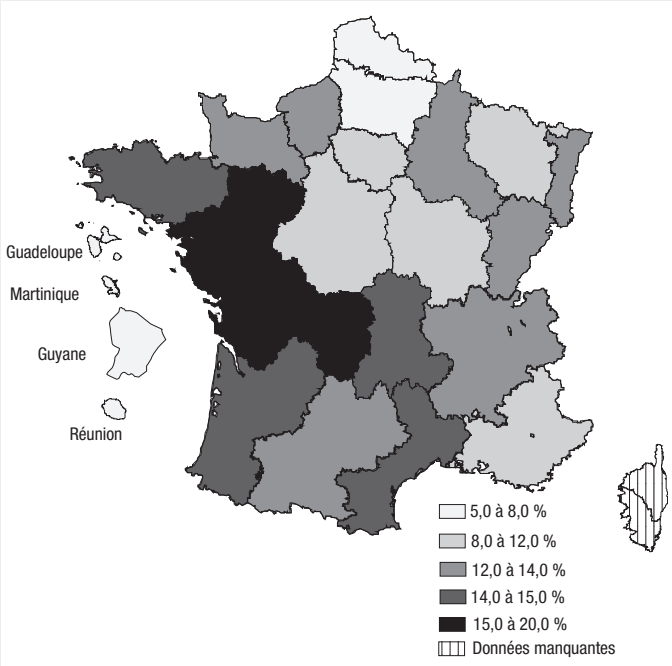
Mortalité par psychoses alcooliques et maladies alcooliques du foie ● Codes CIM 10 : F10, K70, K74.6

Mortalité par cancers des VADS (voies aérodigestives supérieures) ● Codes CIM 10 : C00-C15-C32

Chez les jeunes de 17 ans, ces consommations sont estimées à partir des déclarations de consommation d'alcool au cours de la journée d'appel à la défense (enquête Escapad réalisée régulièrement par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies). En 2003, en France métropolitaine, la part de jeunes buveurs réguliers (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) s'échelonne entre 8 % et 20 % selon les régions. Elle est de 7 % dans les DOM. Dans toutes les régions, l'écart entre les sexes est important pour l'usage régulier d'alcool (19 % *versus* 6 % sur l'ensemble de la métropole). La région Pays de la Loire est celle où les jeunes de 17 et 18 ans sont les plus consommateurs (20 %) tandis que l'Île-de-France (10 %) et surtout le Nord - Pas-de-Calais et la Picardie présentent les niveaux de consommation les plus faibles à cet âge (8 %). En matière d'ivresses régulières des jeunes (≥ 10 au cours des douze derniers mois), la Bretagne présente un profil atypique avec une fréquence moyenne dépassant 15 %, soit plus du double de la moyenne nationale (7 %). La Picardie présente, avec 4 %, le niveau le plus bas. Ainsi, le nord de la France associe une faible consommation et des ivresses rares, tandis que les régions méridionales apparaissent moyennement consommatrices mais enregistrent des ivresses un peu plus fréquentes. La partie orientale du pays affiche des niveaux de consommations et d'ivresses moyens (Alsace et Franche-Comté), tandis que les régions occidentales cumulent une fréquence élevée d'usage régulier d'alcool et des ivresses également fréquentes. En revanche, les valeurs relevées dans les DOM apparaissent toujours nettement inférieures, en particulier aux Antilles (1,8 % d'ivresse régulière sont rapportées par les jeunes en Martinique et en Guadeloupe).

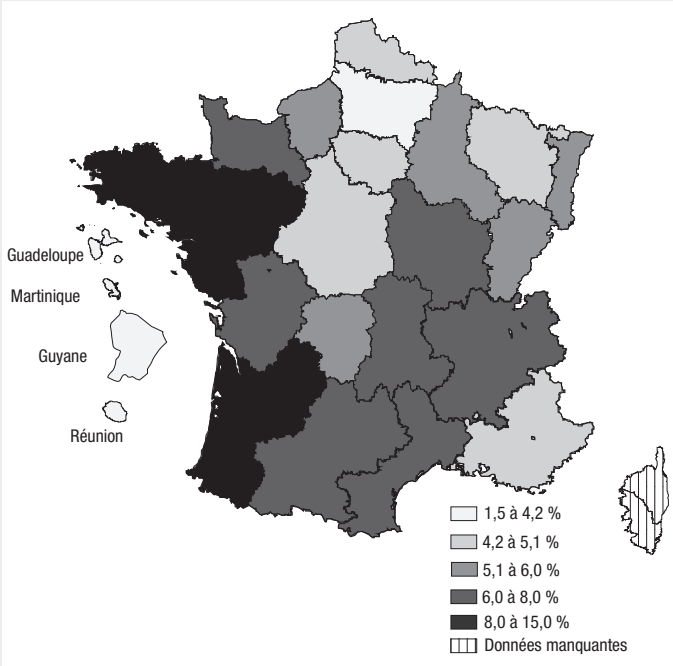
Concernant les taux de mortalité par cancers à tous âges pouvant être rapportés à une consommation excessive d'alcool (cancer des VADS), ainsi que la mortalité par psychose alcoolique et maladies alcooliques du foie, on observe un gradient nord-sud chez les hommes comme chez les femmes avec, globalement, un excès de mortalité dans les régions du nord : Nord - Pas-de-Calais (+81 % par rapport à la moyenne métropolitaine), Picardie (+34 %) et Basse-Normandie (+17 %) ; et, à l'Ouest, la Bretagne (+29 %). ●

Usage régulier d'alcool (au moins dix fois au cours des 30 derniers jours) à 17 ans, chez les garçons et les filles (quintiles)



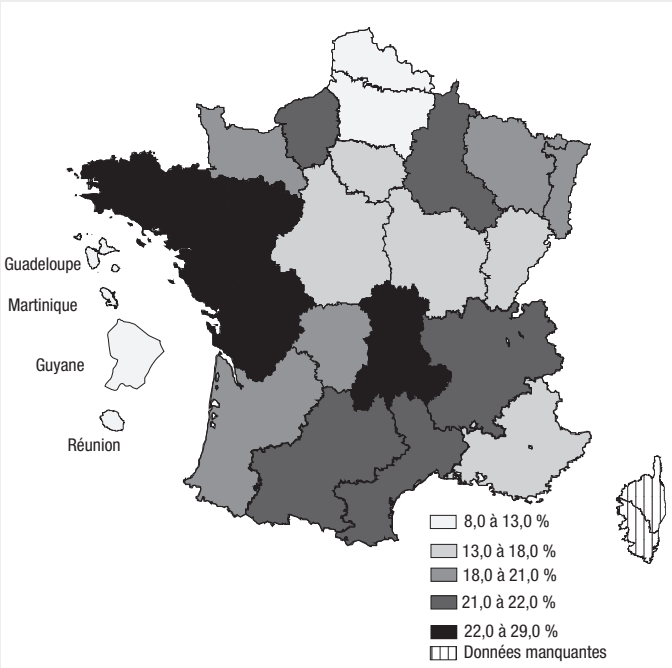
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Ivresse régulière (au moins dix fois au cours des 12 derniers mois) à 17 ans, chez les garçons et les filles (quintiles)



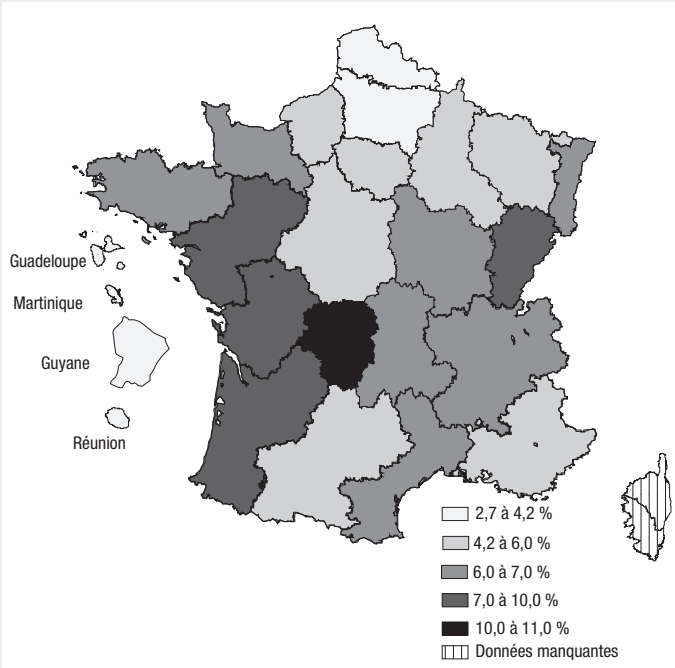
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Usage régulier d'alcool (au moins dix fois au cours des 30 derniers jours) à 17 ans, chez les garçons (quintiles)



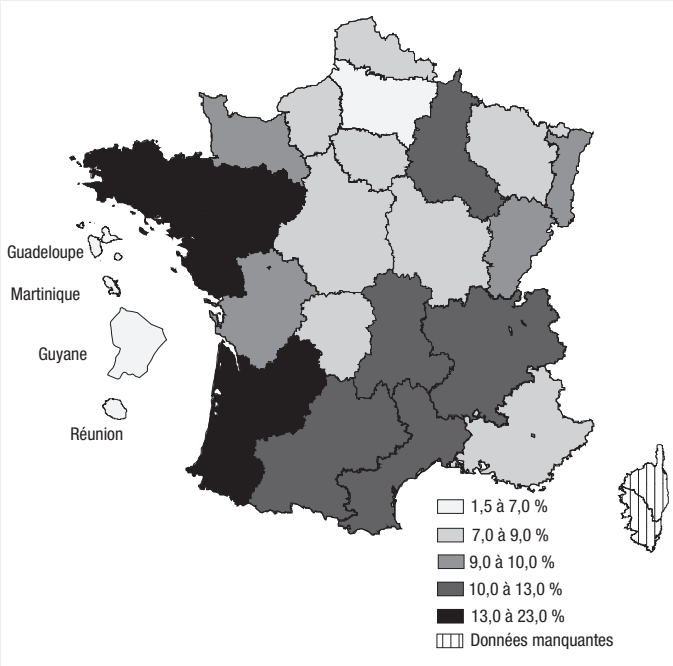
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Usage régulier d'alcool (au moins dix fois au cours des 30 derniers jours) à 17 ans, chez les filles (quintiles)



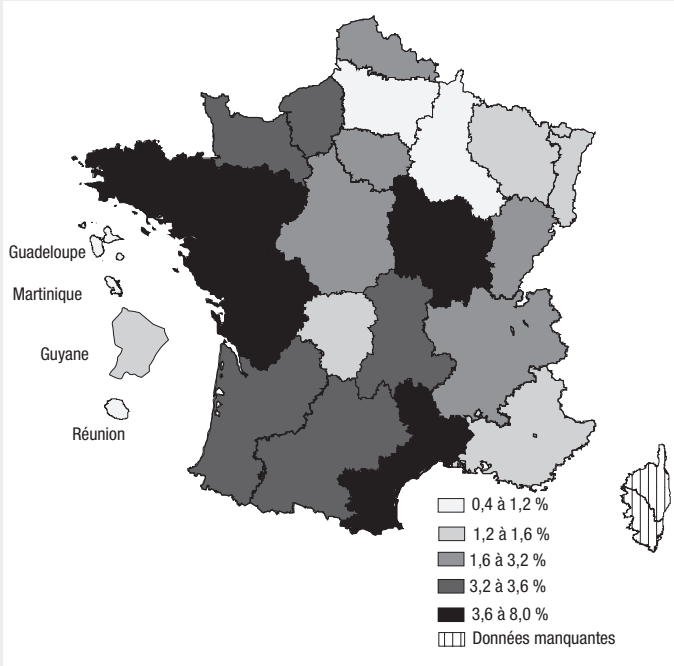
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Ivresse régulière (au moins dix fois au cours des 12 derniers mois) à 17 ans, chez les garçons (quintiles)



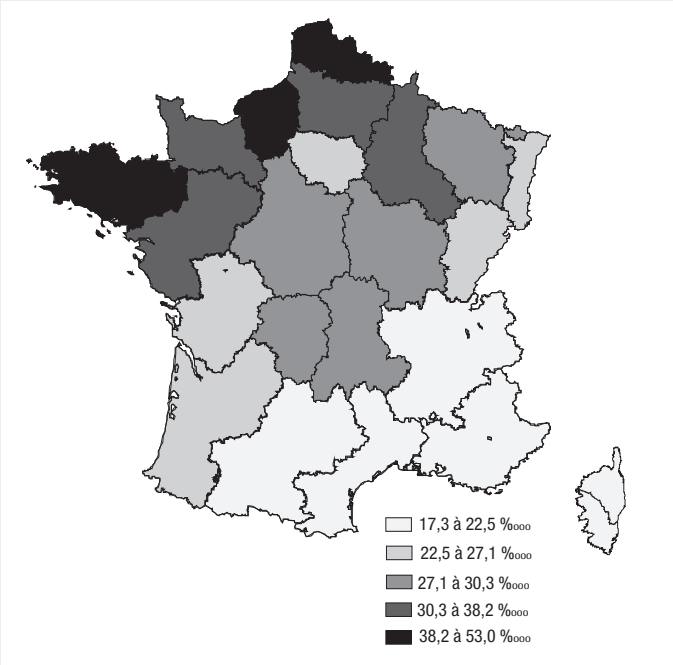
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Ivresse régulière (au moins dix fois au cours des 12 derniers mois) à 17 ans, chez les filles (quintiles)



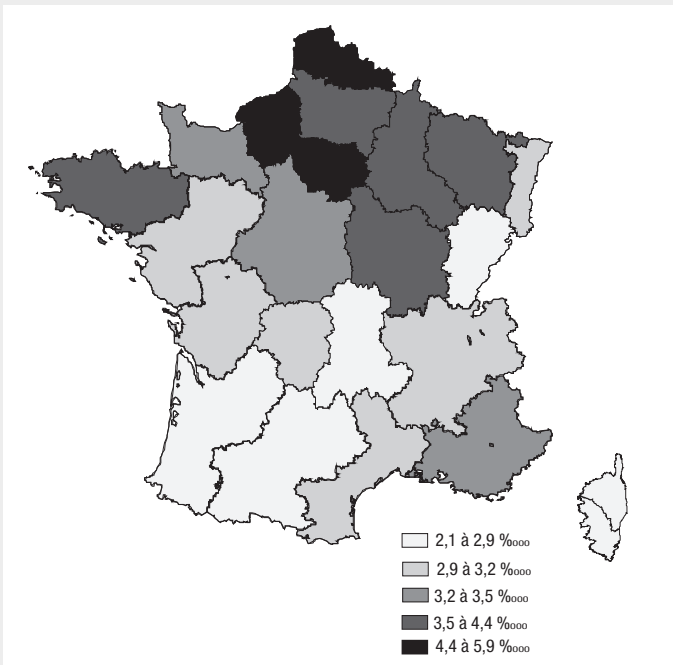
Source : OFDT, Escapad 2002-2003, exploitation régionale.

Taux standardisés de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures chez les hommes (quintiles)



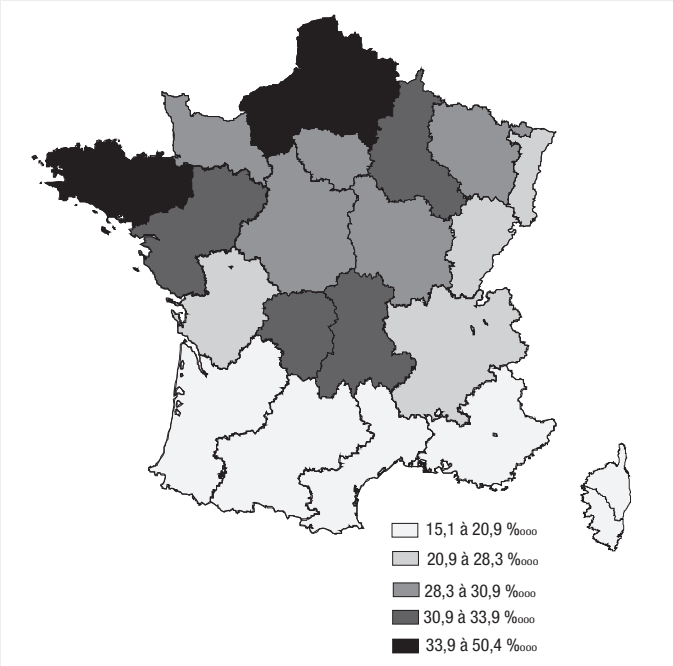
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures chez les femmes (quintiles)



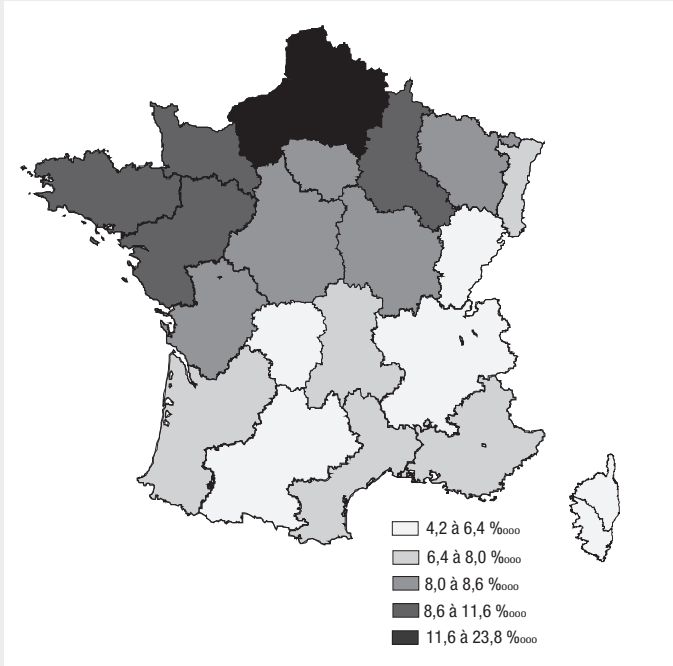
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par maladies alcooliques du foie et psychose alcoolique chez les hommes (quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS, données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par maladies alcooliques du foie et psychose alcoolique chez les femmes (quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS, données moyennes régionales 2000-2002.

Nutrition

Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent ● Critères de l'International Obesity Task Force (OMS), publiés par l'INSERM

Surpoids chez l'adulte (18 ans et plus) ● Surpoids : IMC (Poids/Taille2) ≥ 25 kg/m^2 ; Obésité : IMC ≥ 30 kg/m^2

Consommation de fruits et légumes ≤ 3 fois/jour

SURCHARGE PONDÉRALE

La réduction de la surcharge pondérale constitue, chez l'enfant comme chez l'adulte, un objectif prioritaire du Programme national nutrition santé (PNNS). Celle-ci correspond en effet à un excès de masse grasse associé à un risque accru de morbidité et de mortalité. L'objectif est de réduire la prévalence de la surcharge pondérale chez l'adulte à 33 % d'ici à 2008 et de stabiliser la prévalence chez l'enfant. Des études régionales françaises ont en effet observé au cours des deux dernières décennies une évolution forte et continue de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité. Chez l'adulte, le surpoids est défini par un indice de masse corporel (IMC = poids/taille^2) entre 25 et 30 kg/m^2 et l'obésité, par un IMC ≥ 30 kg/m^2. Chez l'enfant, les seuils évoluent avec l'âge et le sexe du fait des variations de la corpulence survenant au cours de la croissance.

Dans l'enquête décennale Santé, menée par l'INSEE en 2002-2003, la fréquence de la surcharge pondérale chez les adultes (≥ 18 ans) était de 41,1 %. Les disparités régionales sont marquées, mais ne peuvent être observées qu'au niveau des zones d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) qui correspondent à des grandes régions regroupées. La prévalence du surpoids est élevée dans les ZEAT Nord et Bassin parisien (respectivement 48,4 % et 47,3 %) et celle de l'obésité, dans les ZEAT Nord, Est et Bassin parisien (respectivement 16,0 %, 14,3 % et 13,8 %). À l'inverse, c'est dans la ZEAT Méditerranée qu'elle est la plus faible (8,4 %). Cette enquête met également en évidence des disparités sociales importantes et un peu plus marquées chez les femmes. Ainsi, la prévalence de la surcharge pondérale variait de 45,0 % (cadres) à 58,6 % (artisans, commerçants, chefs d'entreprise) chez les hommes et de 20,5 % (cadres) à 49,2 % (agricultrices) chez les femmes.

Le cycle d'enquête triennale en milieu scolaire permet d'estimer les proportions d'enfants en surcharge pondérale ou obèses à différents âges et par ZEAT. Dans l'enquête réalisée auprès des enfants de grande section de maternelle (1999-2000), soit des enfants de 5-6 ans, 10 % des enfants examinés étaient en surpoids modéré et 4 % obèses. À ces âges, les filles étaient plus fréquemment que les garçons en surpoids modéré ou obèses (obésité : 4,3 % *versus* 3,6 % ; surpoids : 12,2 *versus* 8,7 %).

Les enquêtes réalisées en CM2 (2001-2002) et en classe de 3e (2000-2001) ont montré qu'un enfant de 10-11 ans sur cinq, et 16 % des adolescents de 14-15 ans présentaient une surcharge pondérale modérée. L'obésité concernait respectivement 4 % des élèves de CM2 et 3 % des adolescents. À l'adolescence, il n'a pas été relevé de différence significative selon le sexe.

Des variations géographiques sont observées, avec des prévalences élevées pour toutes les classes d'âges dans les ZEAT du Nord et de l'Est. Les prévalences sont également élevées plus spécifiquement pour les grandes sections de maternelle dans les ZEAT de la région parisienne et de la Méditerranée et, pour les CM2 et élèves de 3e, dans les DOM-TOM. Dans toutes ces enquêtes, les proportions d'enfants en surpoids ou obèses étaient plus élevées chez les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres. Ces résultats reflètent les disparités sociales marquées, illustrées par exemple par des prévalences de l'obésité toujours plus importantes parmi les enfants dont le père est ouvrier que parmi ceux dont le père est cadre. Ce gradient social est moins marqué pour le surpoids, notamment chez les adolescents.

Ces études ont également permis de montrer que, parmi les élèves de 3e qui étaient en surpoids (obésité incluse) à 5-6 ans, 55 % le sont toujours à l'adolescence, alors que l'obésité à l'adolescence concerne un jeune sur cent dans le cas où la corpulence était normale dans l'enfance.

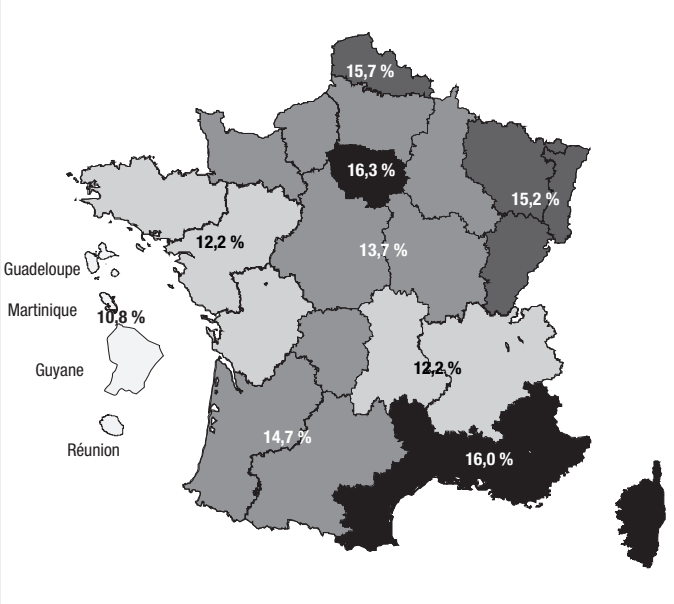
CONSOMMATION DE FRUITS ET LÉGUMES

L'accroissement de la consommation de fruits et légumes est l'un des 9 objectifs nutritionnels prioritaires de la loi de santé publique et du Programme national nutrition Santé (PNNS) 2001-2005.

En 2002, d'après l'enquête Baromètre Santé Nutrition, 81 % des hommes et 71 % des femmes ont une consommation de fruits et de légumes inférieure ou égale à trois fois par jour, alors que le repère de consommation du PNNS est de cinq fois par jour. Cette « faible consommation », au regard du PNNS, concerne l'ensemble de la population mais tout particulièrement les hommes et les jeunes. Des variations régionales sont aussi observées, avec des fréquences plus élevées dans le nord de la France. En effet, 92,7 % des hommes de la ZEAT Nord déclaraient une consommation de fruits et légumes inférieure ou égale à trois fois par jour, contre 73,7 % dans la ZEAT Méditerranée.

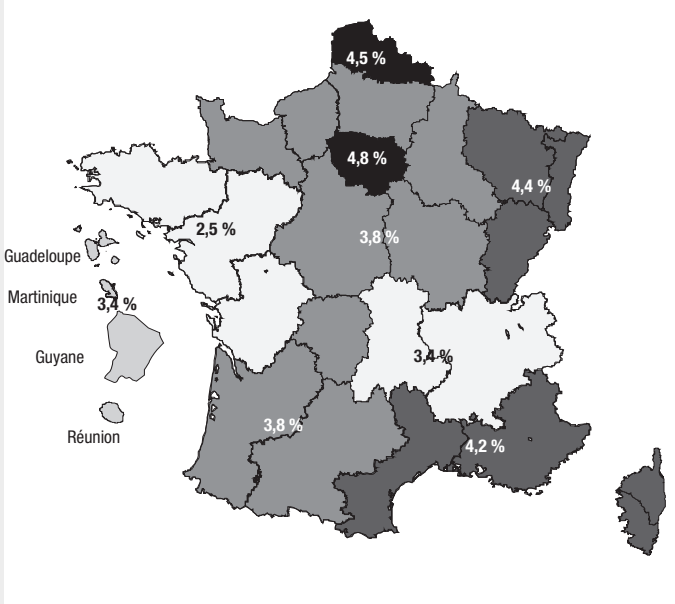
Les consommations de fruits et légumes préconisées par le PNNS sont encore rares. Pour les hommes, 3,6 % d'entre eux dans la ZEAT Nord et 9,6 % en Méditerranée, déclaraient avoir consommé au moins cinq fois des fruits et légumes la veille. Pour les femmes, elles étaient dans ce cas pour 6,6 % d'entre elles dans la ZEAT Est et 16,7 % dans le Centre-Est. ●

Proportion d'enfants âgés de 5 à 6 ans ayant un excès pondéral



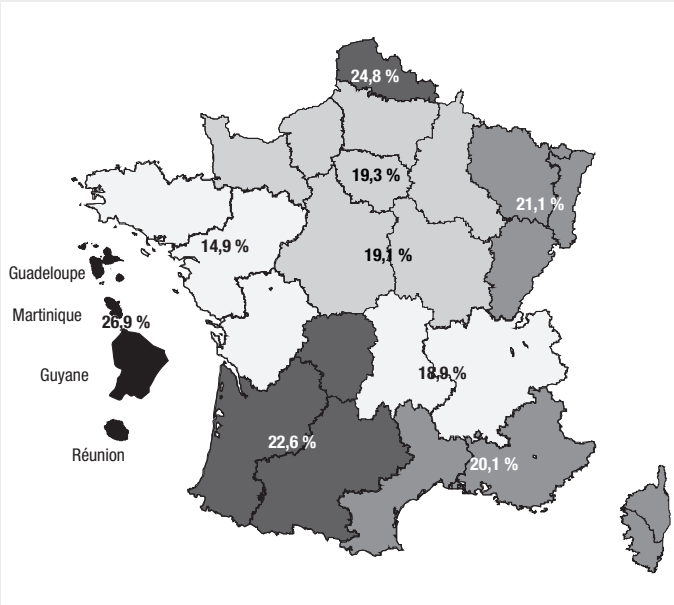
Sources : Enquête triennale sur la santé des élèves de 6 ans (DREES-DESCO-InVS-DGS-DEP), INSEE.
Données par ZEAT, année scolaire 1999-2000.

Proportion d'enfants âgés de 5 à 6 ans souffrant d'obésité



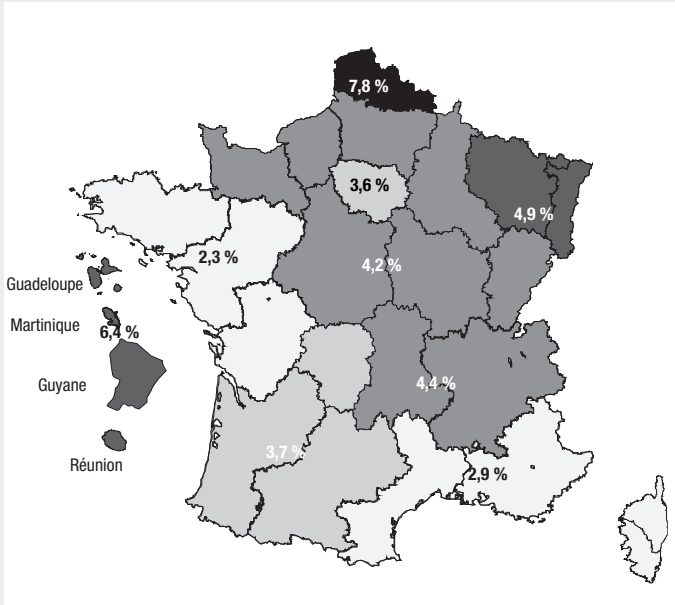
Sources : Enquête triennale sur la santé des élèves de 6 ans (DREES-DESCO-InVS-DGS-DEP), INSEE.
Données par ZEAT, année scolaire 1999-2000.

Proportion d'élèves de CM2 ayant un excès pondéral



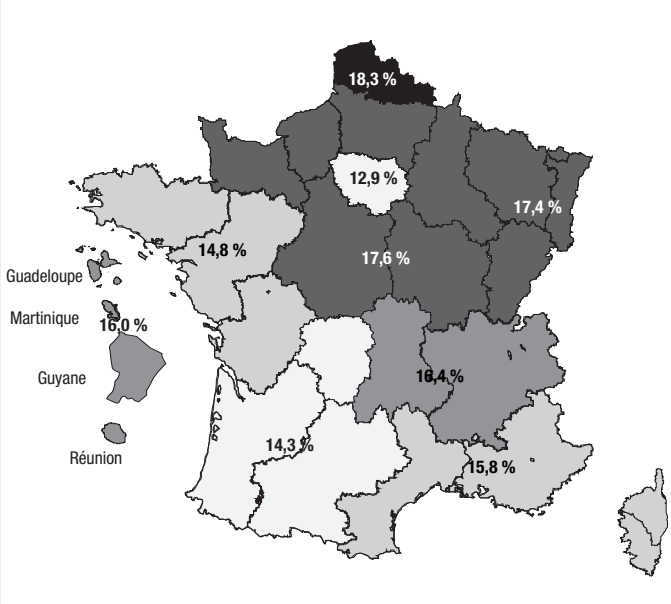
Sources : Enquête triennale sur la santé des élèves de CM2 (DREES-DESCO-InVS-DGS-DEP), INSEE.
Données par ZEAT, année scolaire 2001-2002.

Proportion d'élèves de CM2 souffrant d'obésité



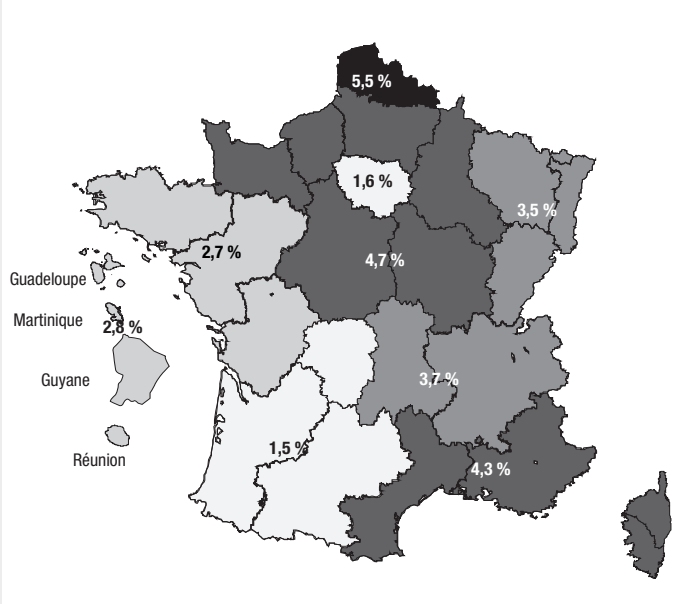
Sources : Enquête triennale sur la santé des élèves de CM2 (DREES-DESCO-InVS-DGS-DEP), INSEE.
Données par ZEAT, année scolaire 2001-2002.

Proportion d'élèves de 3e ayant un excès pondéral



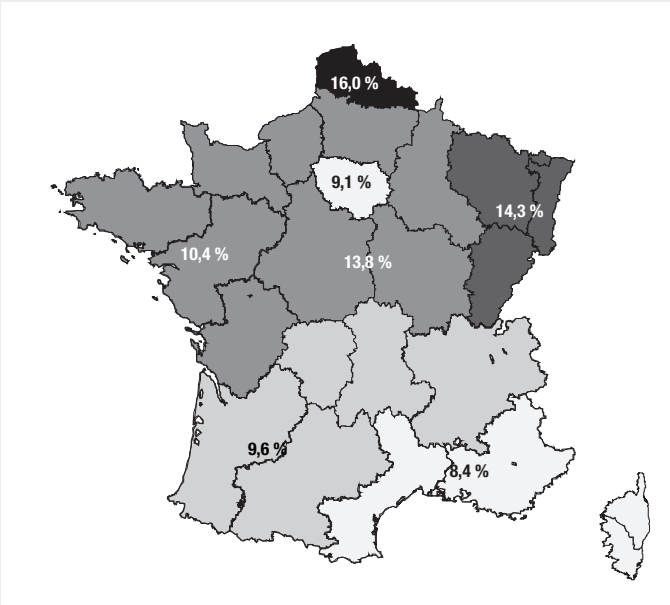
Sources : Enquête triennale sur la santé des élèves de 3e (DREES-DESCO-InVS-DGS-DEP), INSEE.
Données par ZEAT, année scolaire 2001-2002.

Proportion d'élèves de 3e souffrant d'obésité



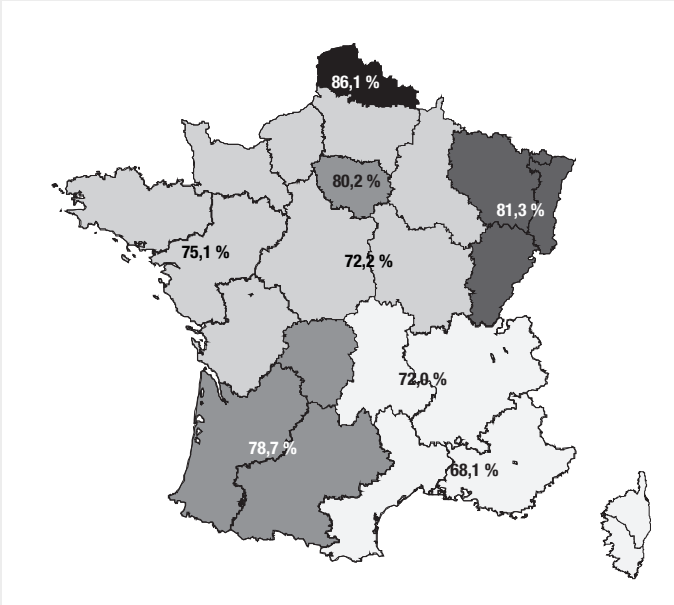
Sources : Enquête triennale sur la santé des élèves de 3e (DREES-DESCO-InVS-DGS-DEP), INSEE.
Données par ZEAT, année scolaire 2001-2002.

Prévalence de l'obésité chez les adultes (18 ans et plus) [IMC ≥ 30kg/m²]



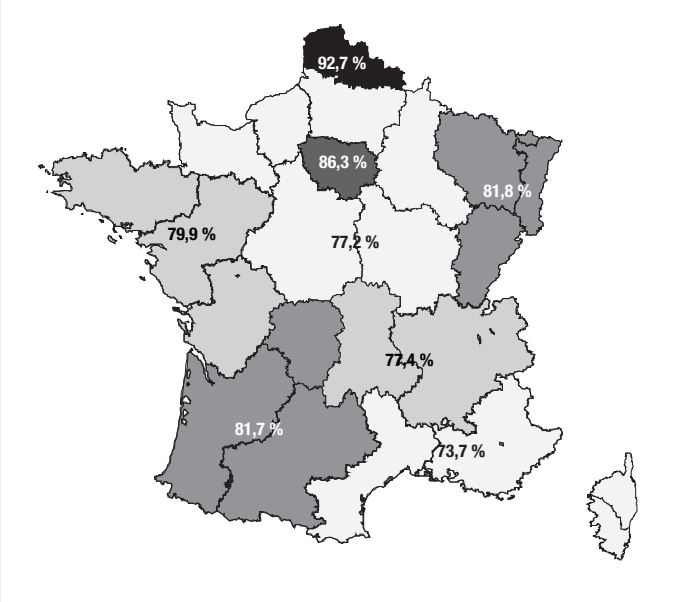
Sources : Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE.
Données par ZEAT.

Proportion d'hommes et de femmes consommant des fruits et des légumes trois fois par jour au moins



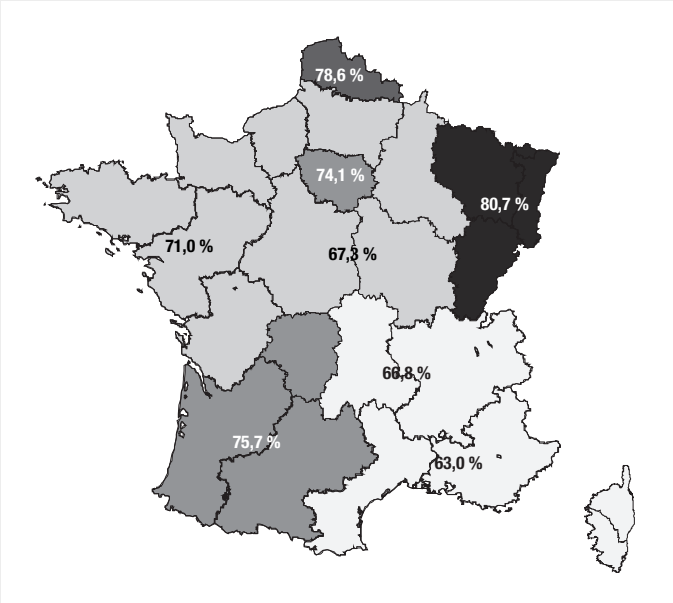
Sources : INPES, *Baromètre Santé Nutrition 2002*, INSEE.
Données par ZEAT.

Proportion d'hommes consommant des fruits et des légumes trois fois par jour au moins



Sources : INPES, *Baromètre Santé Nutrition 2002*, INSEE.
Données par ZEAT.

Proportion de femmes consommant des fruits et des légumes trois fois par jour au moins



Sources : INPES, *Baromètre Santé Nutrition 2002*, INSEE.
Données par ZEAT.

Diabète

Les complications potentielles du diabète étant nombreuses, l'objectif proposé par la loi de santé publique est de «réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires». Les complications les plus graves ont été retenues: infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). La mortalité liée au diabète ou à ses complications constitue un indicateur complémentaire.

Taux de décès ayant pour cause un diabète (p. 165) ● Codes CIM 10

Taux d'hospitalisation (MCO) pour pied diabétique ● Codes CIM 10: E10 à E14, G590, G632, H280, H360, I792, M142, N083, O24, O240 à O243 et O249

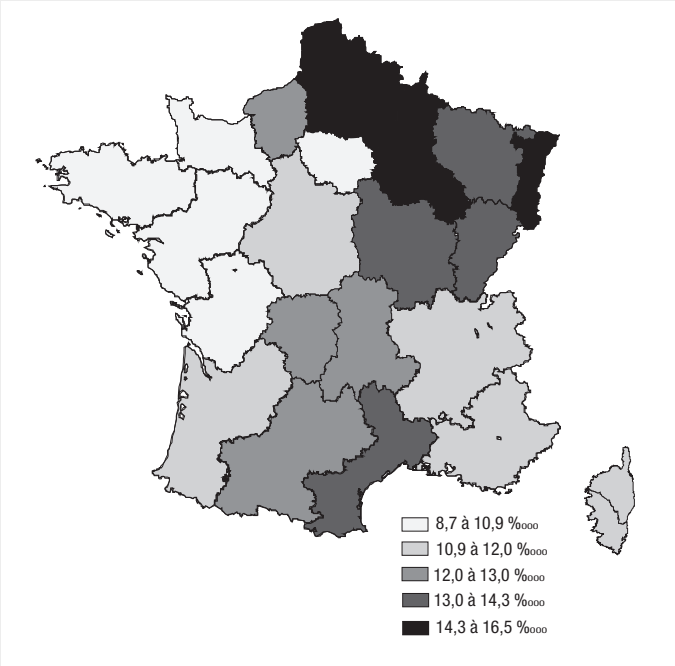
L'étude ENTRED qui estime les taux de complications de diabète en population générale n'est pas représentative au niveau régional. Les données du PMSI permettent en revanche d'évaluer les taux d'hospitalisation pour pied diabétique en région. Ces données rendent compte à la fois d'écarts de prévalences et de prise en charge. En 2003, pour la France entière, plus de 10 200 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention de plaie du pied, totalisant 19 000 séjours. Un seul séjour était enregistré chez 78 % des diabétiques, deux séjours chez 11 %, et trois séjours ou plus chez 11 % d'entre eux. Chez les hommes, le taux d'hospitalisation augmentait avec l'âge. Chez les femmes, le taux était assez stable entre 30 et 64 ans puis croissait à partir de 65 ans. Par rapport à la moyenne nationale, le taux standardisé d'hospitalisation pour plaie du pied était presque sept fois supérieur dans l'île de la Réunion (175 pour 100 000 habitants) et double dans certaines régions métropolitaines (Picardie, Alsace, Bourgogne). Entre 1997 et 2003, les taux standardisés d'hospitalisation pour plaie du pied ont doublé. Cette augmentation dans le temps, ainsi que la grande variabilité entre les régions, reflètent à la fois les variations et l'augmentation de prévalence du diabète, de mode de prise en charge des plaies du pied, voire de pratiques de codage.

En 2002, 5,5 % des certificats de décès des personnes résidant en France métropolitaine mentionnaient un diabète en tant que cause initiale (2,1 %) ou associée (3,4 %) du décès. Il s'agit toutefois d'une sous-estimation, car le diabète n'est pas toujours mentionné en tant que cause du décès lorsque celui-ci est lié à une de ses complications. Les taux de mortalité liée au diabète en causes multiples, brut et standardisé sur l'âge, sont respectivement de 49,2 et 31,7 pour 100 000. Ces taux augmentent fortement avec l'âge jusqu'à 84 ans, tout comme la prévalence du diabète. Avant 65 ans, le taux standardisé des décès prématurés liés au diabète est de 6,9 pour 100 000. Le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'indice de surmortalité masculine diminue toutefois avec l'âge, de 2,4 chez les personnes âgées de moins de 64 ans, à 1,7 chez les 65-84 ans et 1,2 au-delà de 85 ans. Il existe en la matière de fortes disparités régionales. En métropole, les taux les plus élevés de décès standardisés liés au diabète étaient enregistrés en Picardie, Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace et Franche-Comté, que ce soit pour le diabète en cause associée et/ou en cause initiale (14,5 à 16,9 pour 100 000, diabète en cause initiale).

À l'inverse, les taux les plus faibles étaient observés dans les régions Bretagne, Île-de-France, Pays de la Loire et Basse-Normandie (8,6 à 9,4 pour 100 000, diabète en cause initiale). Dans les DOM, les taux standardisés (diabète en cause initiale) étaient extrêmement élevés (respectivement de 22,3, 23,8, 29,3 et 50,2 pour 100 000 à la Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion).

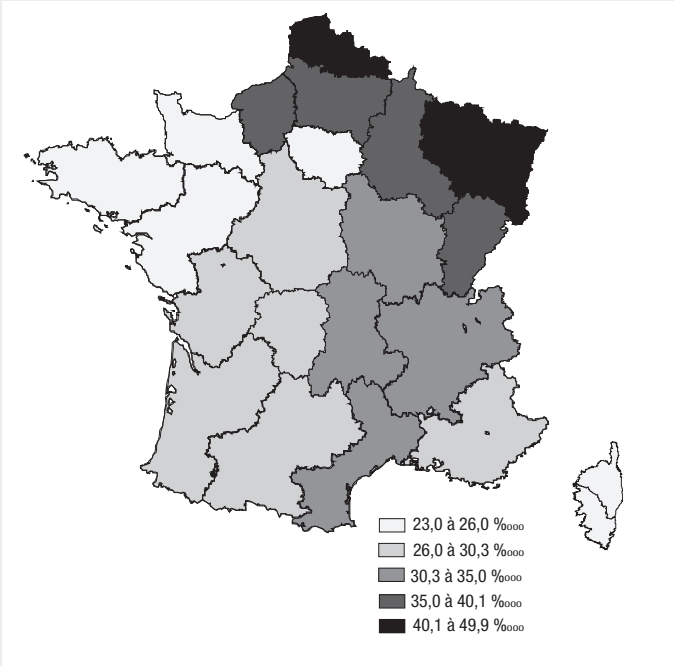
En outre, dans les DOM, c'est une surmortalité féminine qui est retrouvée dans toutes les tranches d'âge. Ces disparités géographiques concordent globalement avec les disparités géographiques des prévalences du diabète et de l'obésité en France. ●

Taux standardisés de mortalité par diabète sucré en cause principale (quintiles)



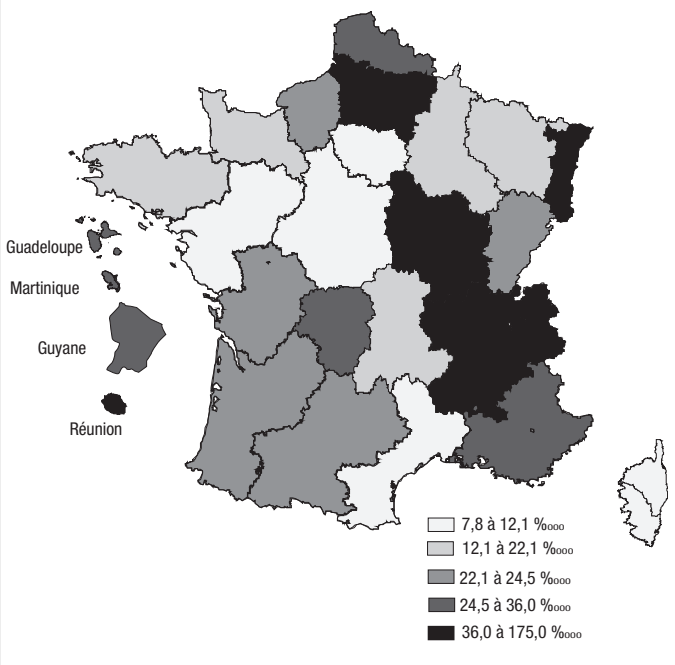
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par diabète sucré en cause principale ou associée (quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés d'hospitalisation en soins de courte durée (MCO) de personnes diabétiques présentant des plaies du pied en 2003 (quintiles)



Sources : Base nationale PMSI MCO 2003, INSEE, exploitation DREES.
Données selon la région de résidence.

Maladies cardio-vasculaires

Mortalité par cardiopathies ischémiques (globale et < 65 ans) ● Codes CIM-10 : I20-I25
Mortalité par maladies vasculaires cérébrales ● Codes CIM-10 : I60-I66
Taux standardisés d'hospitalisation pour AVC ● Codes CIM-10 : I60-I66

Les maladies cardio-vasculaires sont les causes les plus fréquentes de décès en France devant les cancers. En 2002, les cardiopathies ischémiques représentaient 28 % des décès cardio-vasculaires et 8 % du total des décès. L'objectif proposé par la loi de santé publique est d'obtenir une réduction de la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques (-13 % chez les hommes et -10 % chez les femmes) d'ici à 2008.

La loi de santé publique a également retenu pour objectif de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les séquelles des AVC représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence (avis d'experts). Leur létalité serait en outre élevée : selon des estimations standardisées sur l'âge, le sexe et l'étiologie, un peu plus de 12 % des patients décéderaient au cours du mois suivant la survenue de l'AVC, 5 % supplémentaires avant la fin du troisième mois, et 8 % supplémentaires entre 3 mois et 1 an. Toutefois, la mortalité liée aux AVC diminue progressivement. Afin d'approcher l'incidence, le nombre et le taux d'hospitalisations suite à un AVC sont disponibles dans le PMSI (Programme médiclisé des systèmes d'information), aux niveaux national et régional. Cependant ces données ne sont pas exhaustives, dans la mesure où le PMSI ne comptabilise ni les AVC avec décès survenus à domicile, ni les AVC non hospitalisés.

■ CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

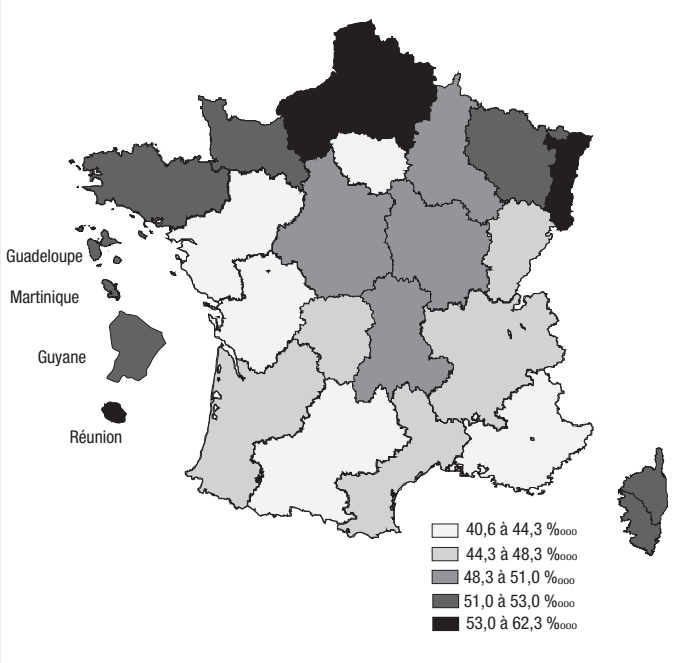
En 2002, 43 577 décès par cardiopathies ischémiques ont été enregistrés en France métropolitaine, principalement chez des personnes de plus de 65 ans (80 % des décès). Le niveau de la mortalité varie fortement avec le sexe (taux standardisé égal à 29,2 pour 100 000 chez les femmes et 72,5 pour 100 000 chez les hommes) et selon les régions. Les taux de décès prématurés (avant 65 ans) les plus élevés s'observent dans le Nord - Pas-de-Calais (+46 % par rapport à la moyenne nationale) et la Corse (+ 42 %) surtout, puis en Lorraine (+19 %), Haute-Normandie (+19 %) et Picardie (+17 %). En ce qui concerne la mortalité dans son ensemble, les taux les plus élevés sont enregistrés dans le Nord - Pas-de-Calais (+31 % par rapport à la moyenne nationale), puis en Haute-Normandie (+18 %), Alsace (+18 %) et Picardie (+16 %). Les taux les plus faibles s'observent en Île-de-France et en PACA (-15 %) puis en Poitou-Charentes (-12 %).

■ MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES

En 2002, le nombre de décès par maladies cérébro-vasculaires était de 36 701 en France métropolitaine, ce qui représente le quart des décès par maladie de l'appareil circulatoire et 7 % de l'ensemble des décès. Il existe de fortes disparités régionales, qui ne sont toutefois pas identiques à celles qui sont observées pour les séjours hospitaliers pour AVC. Ainsi, outre les départements d'outre-mer, dans lesquels les taux standardisés sont très élevés (plus du double à la Réunion), on observe une mortalité (standardisée) supérieure de plus de 15 % en Alsace, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Bretagne et en Lorraine. À l'opposé, le taux standardisé de mortalité par maladies cérébro-vasculaires est inférieur de 20 % en Île-de-France.

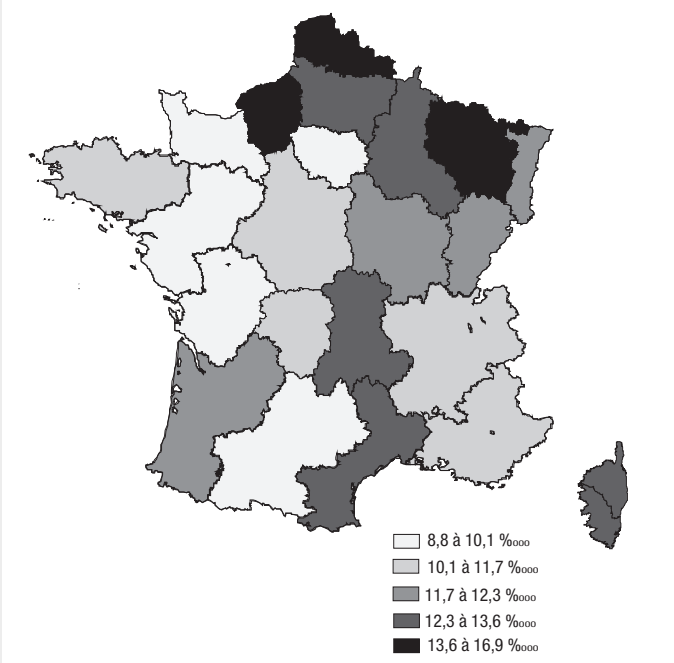
En 2003, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 121 000 séjours motivés par un accident vasculaire cérébral, ce qui représente un taux brut d'hospitalisation de 195,9 séjours pour 100 000 habitants. Ce taux augmentait fortement avec l'âge. Les départements d'outre-mer, la Corse et la Picardie avaient des taux standardisés plus élevés que la moyenne nationale (plus de 20 %). À l'inverse, les régions Limousin, Haute-Normandie, Pays de la Loire et Île-de-France sont moins touchées par les hospitalisations pour AVC, et ce pour les hommes comme pour les femmes (avec un taux inférieur de 10 % à 15 % à la moyenne nationale), de même que le Centre pour les hommes et l'Auvergne pour les femmes. ●

Taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques (deux sexes) (quintiles)



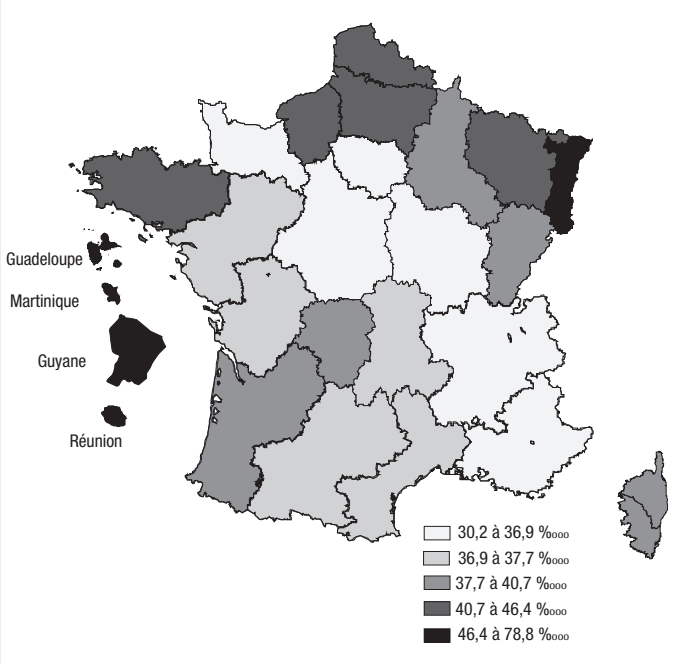
Sources : INSERM-CépiDC, INSEE.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques chez les moins de 65 ans (deux sexes) (quintiles)



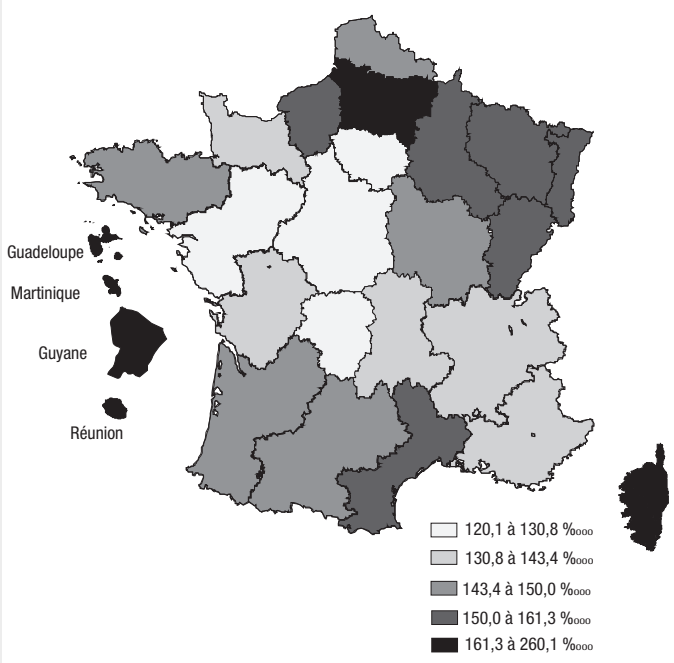
Sources : INSERM-CépiDC, INSEE.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par accident vasculaire cérébral (deux sexes) (quintiles)



Sources : INSERM-CépiDC, INSEE.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (deux sexes) (quintiles)



Sources : Base nationale PMSI MCO (2003), INSEE, exploitation DREES.
Données régionales par région de résidence.

Tuberculose - Sida

TUBERCULOSE

La loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 préconise de stabiliser l'incidence de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8/100 000 en 2001) d'ici à 2008. Cette incidence globale reflète des situations très diverses avec des groupes de population et des zones présentant un risque sensiblement plus élevé. Les populations immigrées en provenance de pays à forte prévalence, les personnes sans domicile fixe et les personnes en situation de précarité économique et sociale sont les groupes à plus fort risque. Ainsi, l'analyse de l'incidence des cas déclarés de tuberculose et des admissions en affection de longue durée (ALD) pour tuberculose active, nécessiterait des analyses interurbaines plus fines que des analyses régionales voire départementales. En 2004, l'incidence était de 9,2 pour 100 000 habitants (5 363 cas notifiés) en France métropolitaine et 5 566 nouvelles attributions d'affection de longue durée (ALD 29) pour tuberculose active avait été enregistrées par les trois régimes principaux de l'assurance maladie en 2003. L'Île-de-France (20,8/100 000 habitants) et Paris (34,9/100 000) étaient identifiées comme les zones de plus forte incidence, malgré une diminution de celle-ci au cours des dix dernières années, suivies par la région PACA (9,9/100 000). Dans les DOM, les incidences étaient faibles, inférieures à l'incidence métropolitaine, sauf en Guyane où l'incidence était de 32,5 pour 100 000.

Tuberculose ● Taux d'incidence des cas déclarés de tuberculose ; taux de patients admis en ALD29 pour tuberculose active

Mst/sida ● Taux de sida

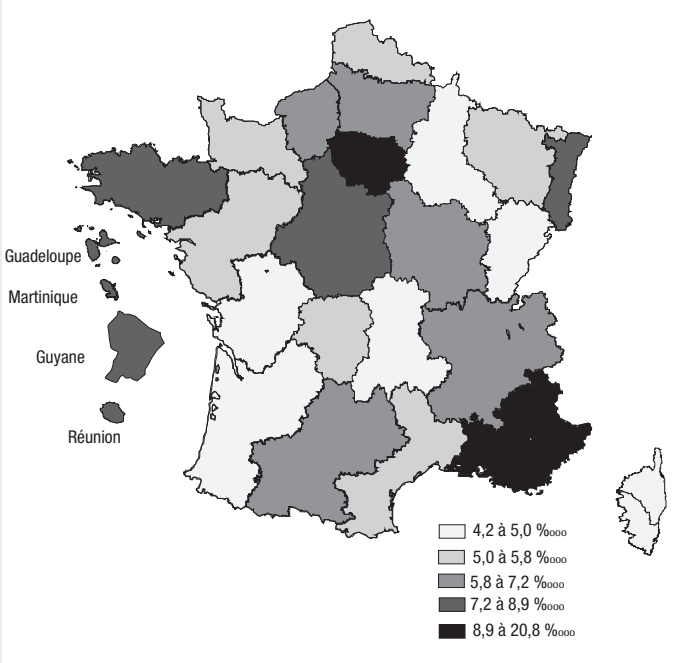
SIDA

Dans le cadre de la loi de santé publique, l'objectif retenu est de réduire l'incidence des cas de Sida à 2,4 pour 100 000 en 2008. Les indicateurs sont issus de la déclaration obligatoire du Sida qui existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH qui a été mise en place en 2004.

Le nombre de cas de Sida diagnostiqués en 2004 était estimé à 1 530 (compte tenu des délais de déclaration et d'une sous-déclaration estimée à 15 %), ce qui aboutit à une incidence annuelle de l'ordre de 2,5 pour 100 000. Dans 45 % des cas, les patients découvraient leur séropositivité. Les régions les plus touchées étaient les départements français d'Amérique et l'Île-de-France, avec pour 2004 des taux d'incidence respectifs de 15,2 et 6,0 pour 100 000 habitants.

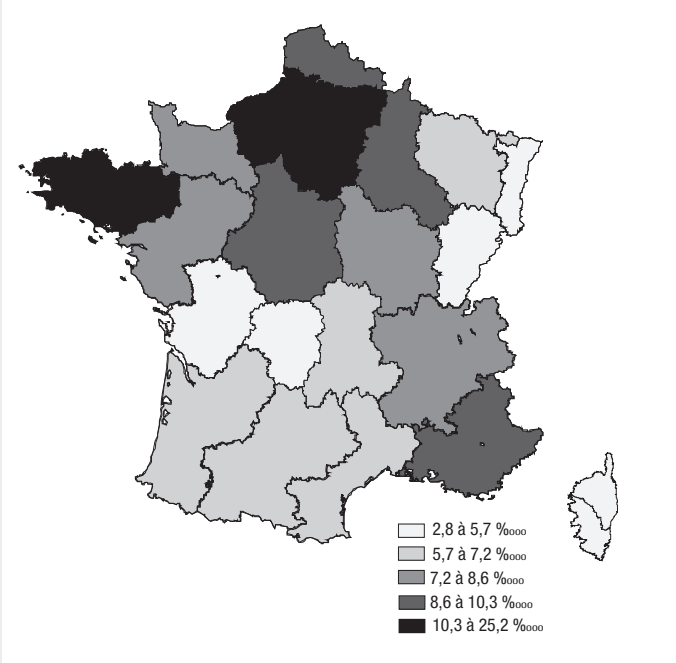
Le recul n'étant pas encore suffisant depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH, il n'est pour l'instant pas possible de donner des tendances dans l'incidence des nouveaux diagnostics VIH (ou découvertes de séropositivité). ●

Taux d'incidence déclarée de la tuberculose en 2004 (quintiles)



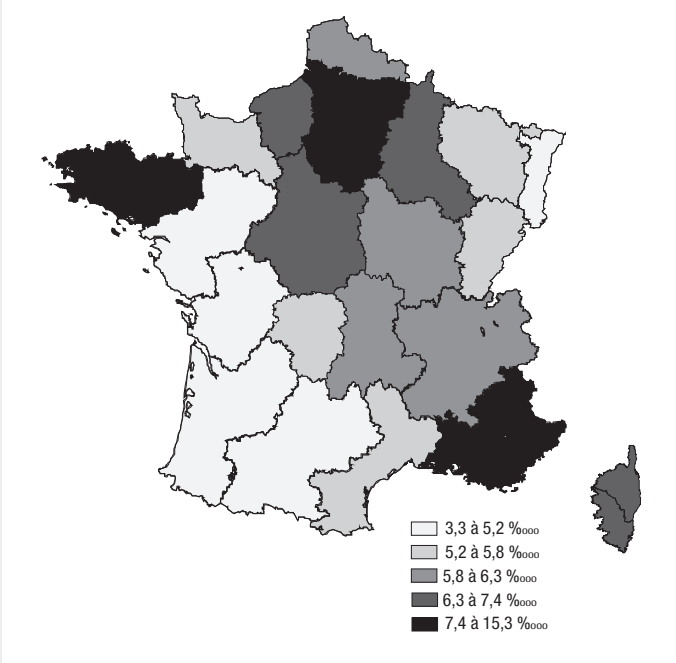
Sources : InVS, INSEE.

Taux standardisés d'hommes admis en ALD29 en 2002 (quintiles)



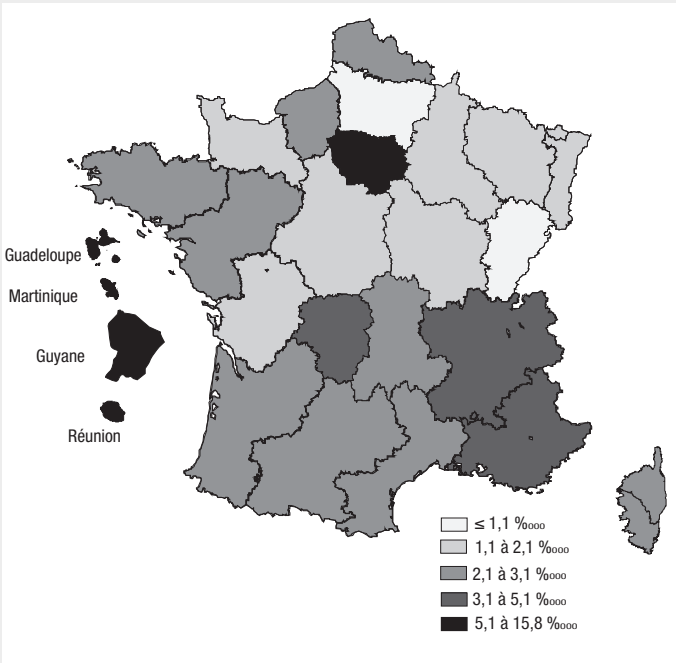
Sources : Assurance maladie (INCAM, URCAM), INSEE, exploitation FNORS.

Taux standardisés de femmes admises en ALD29 en 2002 (quintiles)



Sources : Assurance maladie (INCAM, URCAM), INSEE, exploitation FNORS.

Taux de cas de sida notifiés en 2003 et 2004 pour 100 000 habitants (classification manuelle)



Sources : InVS, INSEE.

Couverture vaccinale

Couverture vaccinale chez l'enfant à 2 ans ● ROR ; Hépatite B
Couverture vaccinale chez l'enfant et l'adolescent ● ROR à 6 ans

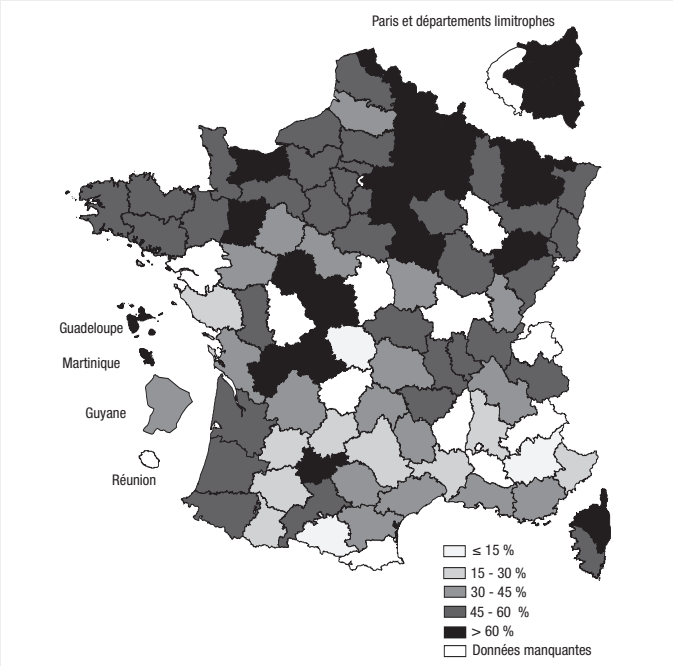
La vaccination des enfants et des adolescents est un objectif du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique : pour les maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale, l'objectif est d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008.

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale favorisent le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Le suivi des maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie, etc.) permet d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants pour certaines maladies (diphtérie, tétanos polio, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement la moins bien réalisée. Par ailleurs, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et à 95 % à 6 ans est observée pour le ROR et pose problème pour l'atteinte de l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse au cours de la grossesse d'ici à 2010.

La remontée des certificats du 24e mois des protections maternelles infantiles (PMI), ainsi que les enquêtes triennales réalisées en milieu scolaire permettent d'estimer la situation vaccinale des enfants à 2 ans puis à 6 ans et en 3e. Cependant les chiffres obtenus au niveau départemental doivent être interprétés avec précaution (qualité du remplissage du certificat, traitement des valeurs manquantes, problème d'exhaustivité). En 2004, 45,3 % des certificats attendus, par rapport au nombre de naissances deux ans auparavant, ont été exploités ; 85 sur les 96 départements métropolitains ont transmis leurs données au niveau national.

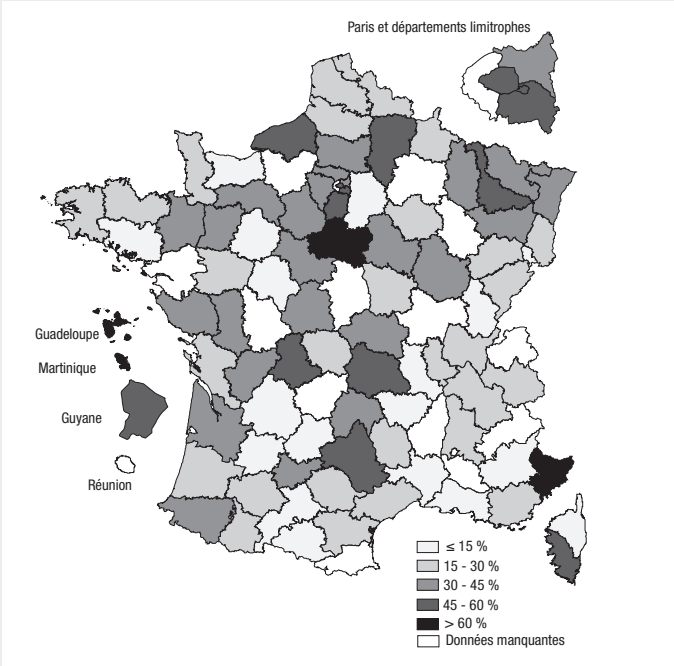
Les taux de couverture vaccinale varient selon la zone géographique. Pour ce qui concerne le ROR à 6 ans, le taux de couverture était globalement de 94 % en 1999-2000. Ce sont les enfants d'Île-de-France qui bénéficiaient de la meilleure couverture vaccinale, alors que les régions du Sud, ainsi que la Bretagne avaient une plus grande proportion d'enfants non vaccinés. La part des enfants non vaccinés contre la rougeole à 6 ans était de 10,8 % dans la région PACA, de 9,6 % en Midi-Pyrénées et de 8 % en Bretagne. Pour les enfants de 24 mois en 2004, le taux de couverture était globalement (France entière) estimé à 87 % pour le ROR et à 30 % pour la vaccination contre l'hépatite B. De la même façon, les taux de couverture sont plus élevés dans les départements du nord de la France que dans ceux du sud. Pour le ROR, le taux le plus bas était observé dans le département des Alpes-de-Haute-Provence (67 %) et le taux le plus élevé en Meurthe-et-Moselle (97 %). Pour le vaccin contre l'hépatite B, le taux de vaccination le plus bas était observé en Haute-Loire (4 %) et le plus élevé en Guadeloupe (93 %). En métropole, ce taux était le plus élevé (67 %) dans le département du Loiret. ●

Couverture vaccinale (rubéole)
au 24e mois en 2004 (classification manuelle)



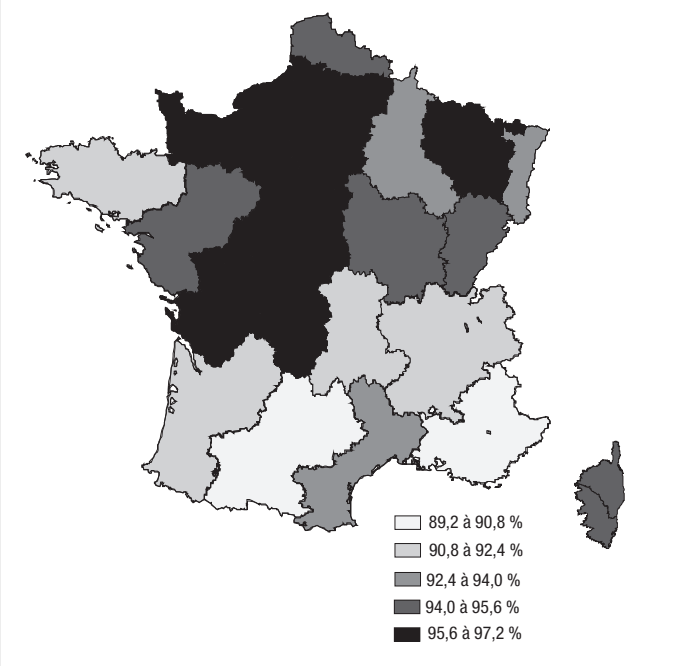
Source : DREES PMI (2004).
Données départementales.

Couverture vaccinale (hépatite B)
au 24e mois en 2004 (classification manuelle)



Source : DREES PMI (2004).
Données départementales.

Couverture vaccinale (rubéole)
des élèves de grande section en 1999-2000 (quintiles)



Sources : Enquête sur la santé des élève de 6 ans (DREES-DESCO-InVS-DGS-DEP), INSEE.
Données régionales, année scolaire 1999-2000.

Cancer du sein

Mortalité par cancer du sein ● Code CIM10 : C50
Taux de participation au programme de dépistage organisé

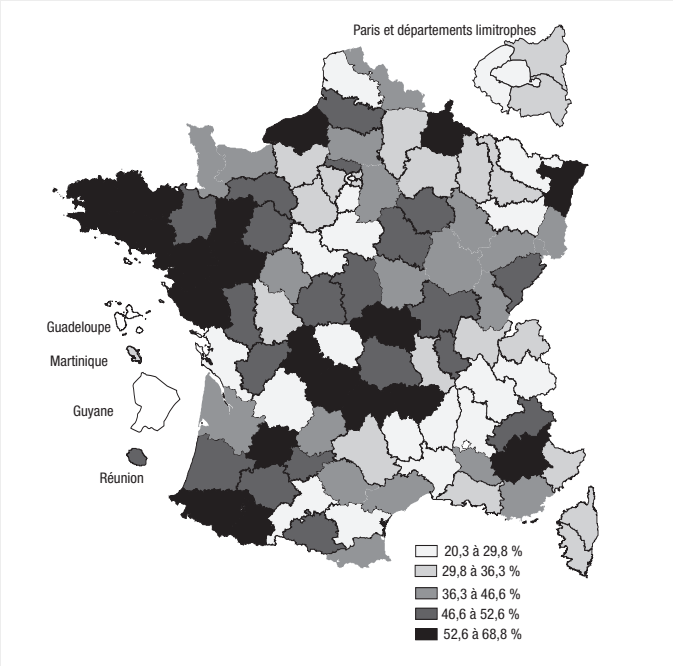
En 2002, le taux de décès par cancer du sein était de 26,8 pour 100 000 femmes en France[1]. Le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée chez les femmes (11,9 % de la mortalité prématurée féminine en 2002). En matière de variations régionales, les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans la région Nord - Pas-de-Calais (+32 % par rapport à la moyenne nationale) et en Haute-Normandie (+15 %). Les taux les plus bas sont observés en Corse (-17,5 % par rapport à la moyenne nationale) et en Auvergne (-10,7 %).

Le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'objectif de la loi de santé publique est de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage d'au moins 80 % chez les femmes de 50 à 74 ans. Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004 sur la base d'un cahier des charges publié en 2001. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans et est organisé au niveau départemental. Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage, soit dans le cadre du programme national, soit en dehors du programme (dépistage individuel). Or, si les données relatives au dépistage organisé sont disponibles annuellement, celles du dépistage individuel (dit aussi spontané) ne le sont pas.

En 2004, globalement, le taux de participation des femmes au programme de dépistage organisé atteignait 40 %. Ce taux est estimé sur l'ensemble des départements (excepté la Guyane) y compris les 64 départements qui avaient débuté le programme au cours de l'année 2003. Or, l'expérience des départements engagés depuis plusieurs années dans le dépistage montre que les taux de participation sont plus faibles en début du programme. L'interprétation des taux au niveau départemental doit donc rester prudente en termes de comparaisons territoriales, du fait de la généralisation encore récente du programme de dépistage organisé à l'ensemble des départements. ●

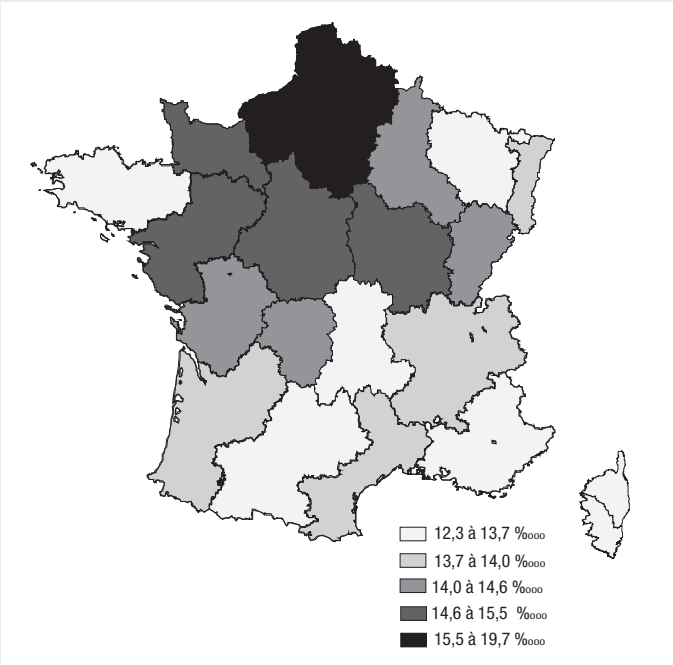
1. Pour les données régionales issues du centre européen Eurostat, les taux ont été calculés sur la population globale (hommes et femmes) et sur la France métropolitaine, à partir de données moyennes recueillies entre 2000 et 2002. Cela explique les variations d'échelles qui sont observées. Sur la population globale, le taux de décès par cancer du sein standardisé sur l'âge est de 15,0 pour 100 000 habitants.

Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2004 (quintiles)



Sources : InVS, INSEE, exploitation DREES.

Taux standardisés de mortalité par cancer du sein (quintiles)



Sources : Eurostat, exploitation DREES.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Santé - Environnement

La directive européenne n° 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé des limites de qualité pour une trentaine de paramètres. Pour les paramètres microbiologiques et pesticides, les limites de qualité étaient les suivantes :

– les germes indicateurs de contamination fécale *Escherichia coli* et entérocoques doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau prélevée ;

– les substances individualisées de pesticides ne doivent pas être présentes à une concentration supérieure à 0,1 υg/L.

L'objectif de la loi de santé publique est de diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides. La défaillance ou l'absence de système de désinfection des eaux sont généralement à l'origine des situations de non-conformité microbiologique recensées. L'instauration de périmètres de protection autour de l'ensemble des points de captage d'eau souterraine et superficielle constitue l'un des objectifs du plan national santé-environnement à l'échéance de 2010, destiné à améliorer la qualité microbiologique des eaux distribuées à la population.

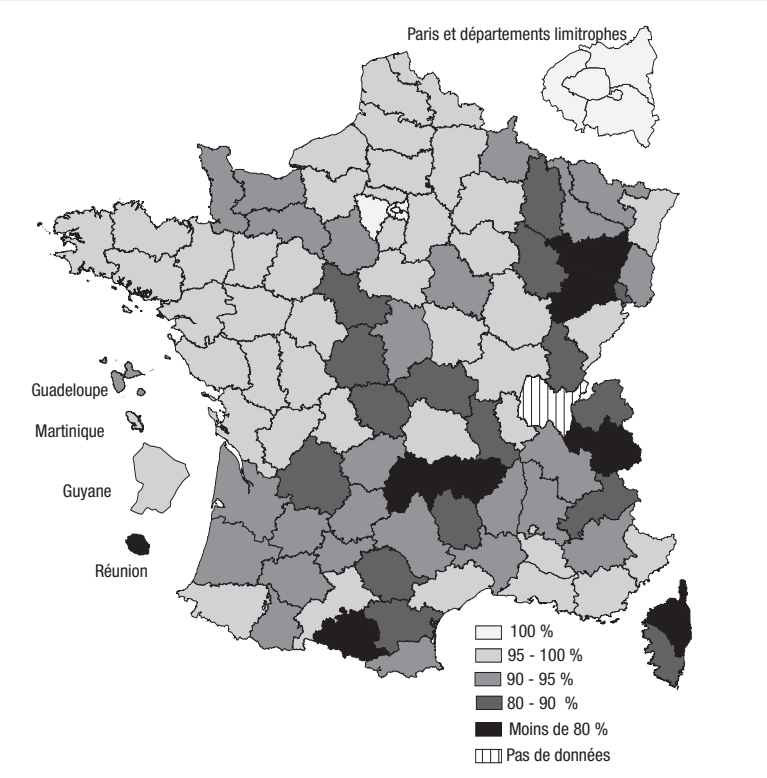
Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres microbiologiques

Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres pesticides

Au cours de l'année 2004, 4,9 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques. La diminution de la population concernée, observée depuis 2000 (8,8 %), se poursuit. Les zones géographiques où la qualité de l'eau ne respectait pas de façon permanente les limites de qualité microbiologique correspondaient à celles où les réseaux d'adduction étaient les plus nombreux et morcelés, notamment les zones de montagne (le Massif central, le massif vosgien, les Alpes, etc.). Ainsi, 99,8 % des prélèvements étaient conformes pour les unités de distribution (UDI) de plus de 50 000 habitants contre 87,6 % pour les UDI de moins de 500 habitants.

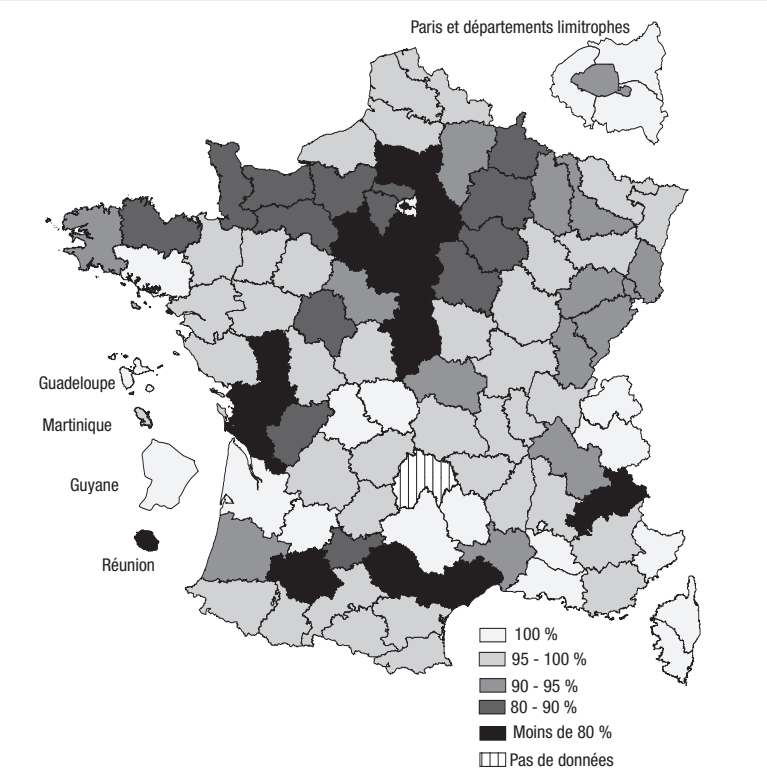
La proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides est estimée à partir des informations fournies par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Au cours de l'année 2004, 6,8 % de la population a été alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres pesticides. Les concentrations élevées et durables en pesticides dans les eaux ont nécessité de restreindre les usages alimentaires de l'eau de la distribution publique pour 115 000 personnes (0,19 %) de la population au cours de l'année 2004. Les départements pour lesquels plus de 20 % de la population a été au moins une fois alimentée par une eau non conforme aux limites de qualité pour les pesticides étaient, en Île-de-France, l'Oise et la Seine-et-Marne ; dans la région Centre, l'Eure-et-Loir, le Loiret et le Cher ; dans la région Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA), les Hautes-Alpes ; dans la région Languedoc-Roussillon, l'Hérault ; en Midi-Pyrénées, le Gers et le Tarn et en Poitou-Charentes, les départements de Charente-Maritime et des Deux-Sèvres . ●

Pourcentage de la population alimentée par une eau de bonne qualité bactériologique en 2004



Sources : Ministère chargé de la Santé, DDASS-SISE-Eaux.

Pourcentage de la population alimentée par une eau conforme en permanence aux limites de qualité pour les pesticides en 2004



Sources : Ministère chargé de la Santé, DDASS-SISE-Eaux.

Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

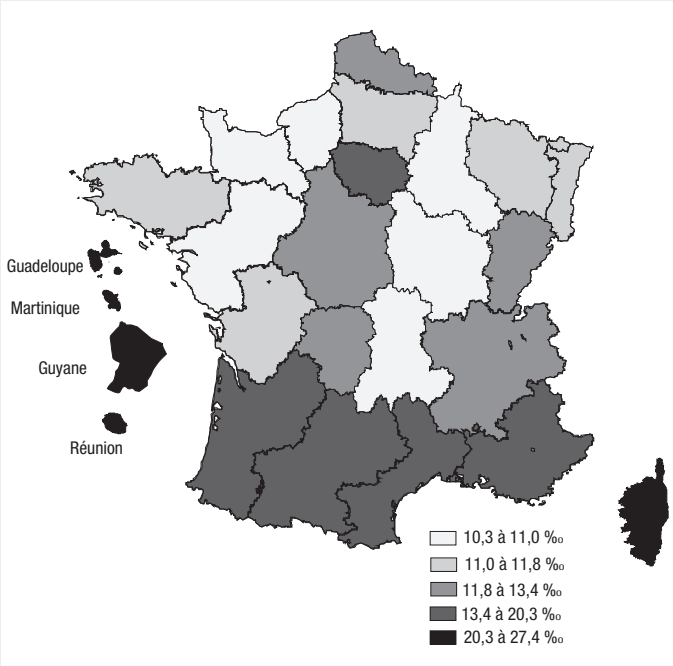
L'un des objectifs de la loi de santé publique vise à assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

Taux d'IVG chez les 15-49 ans
Taux d'IVG chez les mineures

En métropole, les régions Corse, Languedoc-Roussillon, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Île-de-France demeurent celles où les IVG sont les plus fréquentes, avec des recours supérieurs à 17 IVG pour 1 000 femmes, contre une moyenne de 11,9 sur l'année 2004 pour l'ensemble des autres régions. Dans les régions Pays de la Loire et Auvergne, qui comptaient en 2003 moins de 10 IVG pour 1 000 femmes, les taux s'élèvent désormais respectivement à 10,3 et 10,8. Les écarts régionaux de structure d'âge ne suffisent pas à expliquer ces disparités régionales. Depuis 1995, dans toutes les régions à l'exception des DOM, le nombre d'IVG s'inscrit dans une tendance globale d'augmentation. Certaines régions ont toutefois enregistré une progression particulièrement importante : parmi elles, la Corse (+ 57 % en 10 ans), le Centre et le Languedoc-Roussillon (+ 28 %). En dix ans, les taux relevés en Île-de-France et dans le sud-est de la France se sont nettement détachés de ceux du reste de la France : en 2004, le recours à l'IVG dans les régions Corse, Île-de-France, Languedoc-Roussillon et Provence - Alpes - Côte d'Azur étaient ainsi supérieurs de 8 points à la moyenne des autres régions métropolitaines. Alors que chez les femmes de plus de 40 ans, le taux d'IVG reste stable, il continue de progresser chez les mineures (+32 % entre 1990 et 2004), concernant en 2004 11 500 jeunes filles de 15 à 17 ans, soit une sur 100. C'est dans les régions du nord de la France que la part des IVG chez les mineures est la plus élevée (8,6 % dans le Nord - Pas-de-Calais et 8,4 % en Champagne-Ardenne).

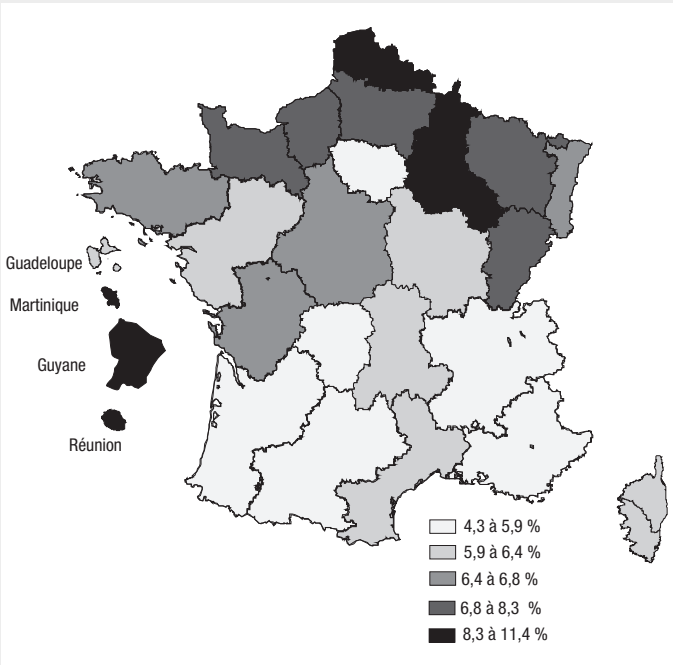
Les IVG sont par ailleurs nettement plus fréquentes dans les départements d'outre-mer (DOM) qu'en France métropolitaine. C'est en Guyane et en Guadeloupe que les recours à l'IVG sont les plus fréquents : les taux d'IVG s'élèvent à 41,7 pour 1 000 femmes en Guadeloupe, 33,8 en Guyane, 23,3 en Martinique et 19,9 à la Réunion. Ceux-ci sont associés à une natalité forte en Guyane mais beaucoup plus modérée en Guadeloupe. Chez les femmes mineures, les recours à l'IVG sont également beaucoup plus fréquents dans les DOM qu'en France métropolitaine. ●

Taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2004 (quintiles)



Sources : DREES-SAE, INSEE.

Part d'IVG chez les mineures en 2004 (quintiles)



Sources : DREES-SAE, données redressées 2004, PMSI MCO, INSEE.
Données régionales.

Violences et traumatismes

Violences routières ● taux de mortalité à 30 jours : indicateur d'accidentologie locale
Suicide ● taux de mortalité par suicide

VIOLENCES ROUTIÈRES

La loi de santé publique prévoit de réduire fortement, en tendance régulière et permanente, le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.

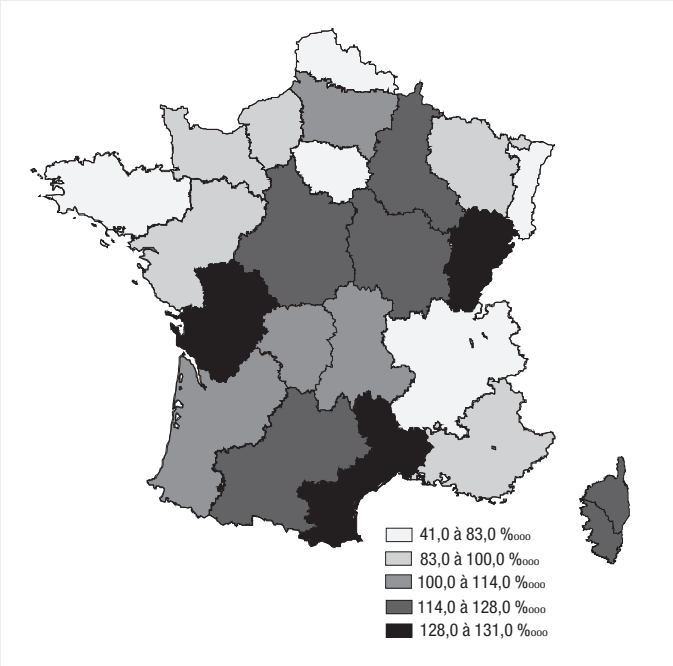
En 2005, 5 318 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 225 dans les DOM (décès survenant dans les 30 jours). Rapportés à la population, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants sont respectivement de 87 en métropole et de 122 dans les DOM. C'est la classe d'âge des 18-24 ans qui est la plus exposée, avec un taux de risque 2,6 fois plus fort que la moyenne en métropole et 1,9 fois plus élevé dans les DOM. Les routes de rase campagne (nationales ou départementales) sont les plus dangereuses avec 75 % des tués pour 52 % du trafic, expliquant en partie les disparités régionales observées. Pour apprécier les disparités régionales en tenant compte du trafic et de sa répartition entre les différentes catégories de réseaux (autoroute, rase campagne, zones urbaines), un indicateur d'accidentologie locale (IAL), basé sur le nombre de décès, est calculé : l'IAL compare les résultats d'une région à ce qu'ils seraient si cette région avait eu les mêmes taux de risque que la France métropolitaine sur ses différents réseaux routiers (IAL de référence = 1). Il existe, en ce domaine, un gradient nord-sud. Les régions dont la position relative est la moins favorable sont la Corse (1,41), le Languedoc-Roussillon (1,29) et la région PACA (1,28). Plus au nord, trois régions se distinguent par une accidentologie plus élevée : la Picardie (1,14), le Centre (1,25) et la région Champagne-Ardenne (1,40). Parmi les situations les meilleures, se trouvent les régions à fortes caractéristiques urbaines : l'Île-de-France (0,81), le Nord - Pas-de-Calais (0,89) et la région Rhône-Alpes (0,79).

SUICIDE

La France est l'un des pays qui enregistre l'un des taux de suicide les plus élevés en Europe. En 2001, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a calculé que le nombre d'années potentielles de vies perdues en France par suicide était de 335 pour 100 000 personnes (511 pour les hommes et 160 pour les femmes), soit 8 % du total des années de vie perdues pour cette année-là. L'objectif préconisé par la loi relative à la politique de santé publique est de passer d'ici à 2008 à moins de 10 000 décès par an.

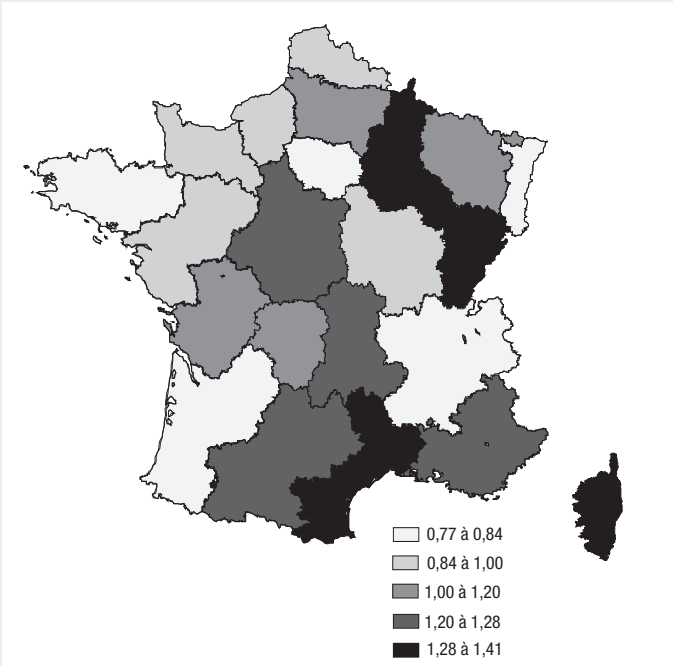
Environ 8 % de la population métropolitaine adulte déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et 2 % présentent un risque suicidaire élevé. Si les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes : l'incidence était de 26,6 pour 100 000 hommes et 9,5 pour 100 000 femmes en 2002. Concernant la mortalité par suicide, les phénomènes de sous-déclaration sont estimés entre 20 % et 25 %. Cependant, ce biais reste relativement stable et les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction. Les décès dus au suicide constituent la deuxième cause de décès chez les 15-44 ans. L'étude des taux standardisés de suicide annuels moyens sur la période 2000-2002 montre que douze régions ont un taux supérieur d'au moins 15 % à la moyenne nationale. Elles appartiennent, pour la plupart d'entre elles, à un grand quart nord-ouest de la France, le taux le plus élevé étant, et de loin, celui enregistré en Bretagne (+60 %), suivie de la Basse-Normandie (+33 %) et du Nord - Pas-de-Calais (+29 %). À l'opposé, quatre régions (Alsace, Midi-Pyrénées, Corse et Île-de-France) connaissent des taux de suicide nettement inférieurs à la moyenne nationale (≥ -20 %). ●

Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route en 2005
(quintiles)



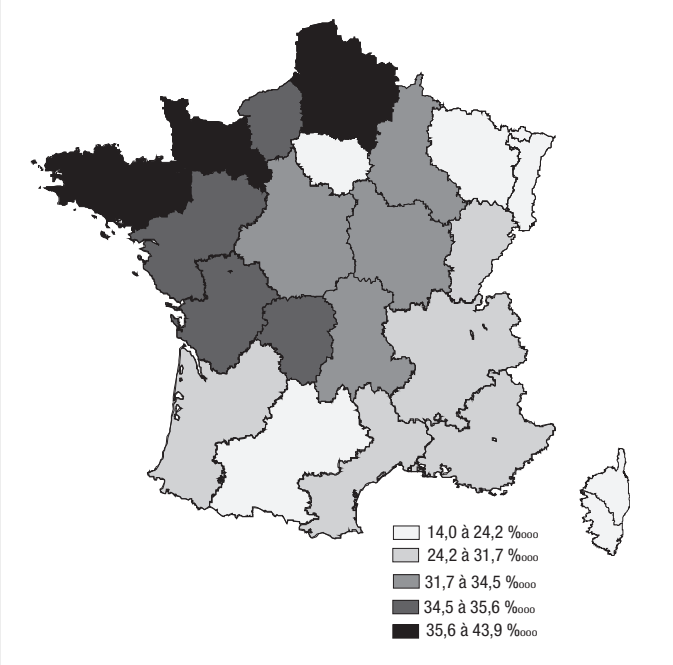
Source : ONISR (www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire).

Indicateur d'accidentologie locale en 2005
(quintiles)



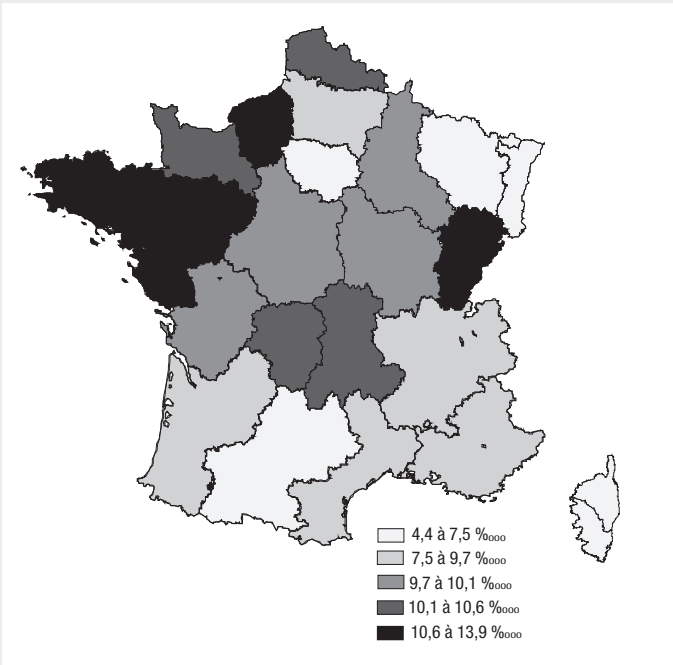
Source : ONISR (www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire).

Taux standardisés* de mortalité par suicide chez les hommes
(quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation DREES.
Données moyennes régionales 2000-2002.
* Population du recensement de 1990 (France métropolitaine).

Taux standardisés* de mortalité par suicide chez les femmes
(quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation DREES.
Données moyennes régionales 2000-2002.
* Population du recensement de 1990 (France métropolitaine).

Personnes âgées

CHUTES

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'objectif de la loi de santé publique est d'ici à 2008 de réduire de 25 % le nombre chutes des personnes de plus de 65 ans. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans leur survenue : les facteurs intrinsèques liés à la personne et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Les taux de mortalité par chute ont été retenus comme indicateur complémentaire dans la loi de santé publique car les taux de mortalité par chute en métropole sont parmi les plus élevés d'Europe.

En 2002, 4 318 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle (36,6/100 000), parmi lesquelles 1 785 hommes (45,2/100 000) et 2 533 femmes (31,4/100 000). Ces résultats sont établis en excluant les « décès à la suite d'une fracture sans autre indication ». Les femmes décédées d'une chute étaient plus nombreuses que les hommes, du fait de leur plus grand nombre aux âges avancés. Les différences de taux de mortalité standardisés montrent en réalité une surmortalité masculine (sex-ratio : 1,4), qui s'observe quasiment à tous les âges au-delà de 65 ans. Les taux de mortalité augmentent avec l'âge et sont plus élevés chez les plus de 85 ans. En matière de disparités régionales, des différences significatives existent notamment en Rhône-Alpes (taux de mortalité le plus élevé) et en Île-de-France (taux le plus faible). Les autres différences régionales observées ne sont pas significativement différentes de la moyenne nationale.

Taux de mortalité par chutes ● Codes CIM10 : W00 à W19

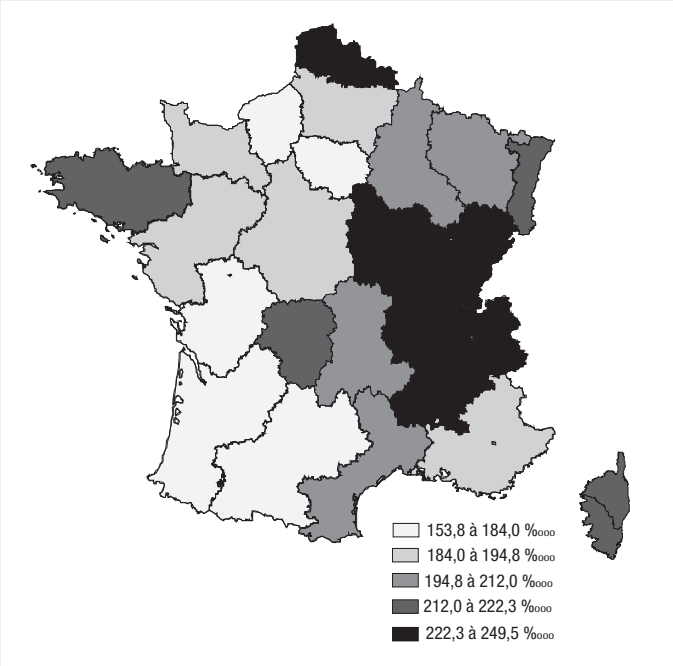
Taux de mortalité par chutes et fractures d'origine indéterminée ● Codes CIM10 à W19 - X59 en cause principale et S02 - S12 - S22 - S32 - S42 - S52 - S62 - S72 - S82 - S92 - T02 - T10 - T12 - T142 parmi les autres causes

Taux standardisé d'hospitalisation en MCO pour fracture du col du fémur ● Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 S720 à S722 en diagnostic principal et ceux comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur même s'ils ne mentionnaient pas de diagnostic de fracture du col du fémur.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR

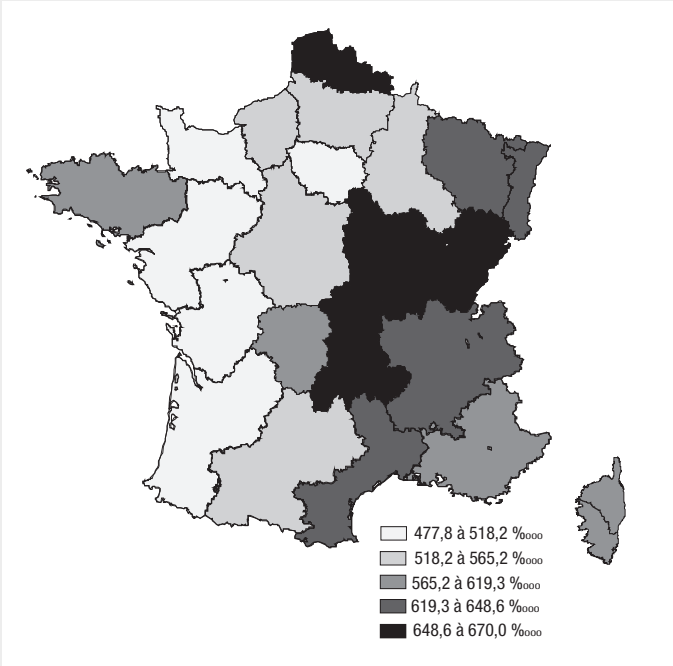
En 2003, les services de soins de courte durée (MCO) ont enregistré, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, près de 75 000 séjours motivés par une fracture du col du fémur. Ces données sont surestimées car certains séjours ont parfois été comptabilisés plusieurs fois. Il s'agit dans près de huit cas sur dix de femmes, plus nombreuses dans la population générale avec l'avancée en âge. En nombre de séjours, les taux bruts d'hospitalisation tous âges ont atteint, en 2003, 100 pour 10 000 femmes et 40 pour 10 000 hommes. Les variations régionales des taux d'hospitalisation standardisés sont faibles. Pour dix-neuf régions, l'écart est de moins de 10 % par rapport au taux national. Les Antilles enregistrent, quant à elles, des taux très inférieurs au taux national (environ -60 % pour le total deux sexes). À l'opposé, les taux relevés en Alsace et en Corse sont nettement supérieurs (environ +30 % pour les deux sexes). La position relative de ces régions est la même pour les hommes et les femmes. En revanche, à la Réunion, le taux standardisé d'hospitalisation des femmes est sensiblement plus bas que le taux national (-30 %), tandis que celui des hommes est nettement plus élevé (+20 %). ●

Taux standardisés de mortalité par chute chez les personnes de plus de 85 ans (quintiles)



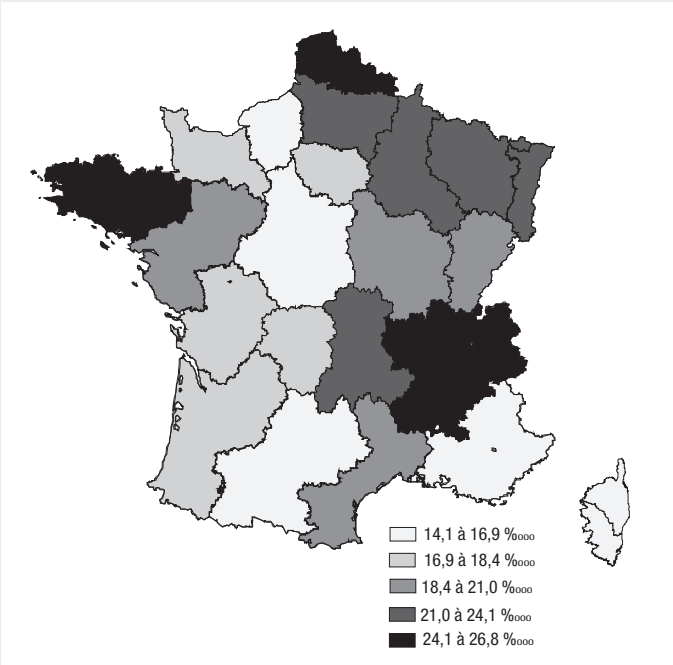
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par chute ou fracture d'origine indéterminée chez les personnes de plus de 85 ans (quintiles)



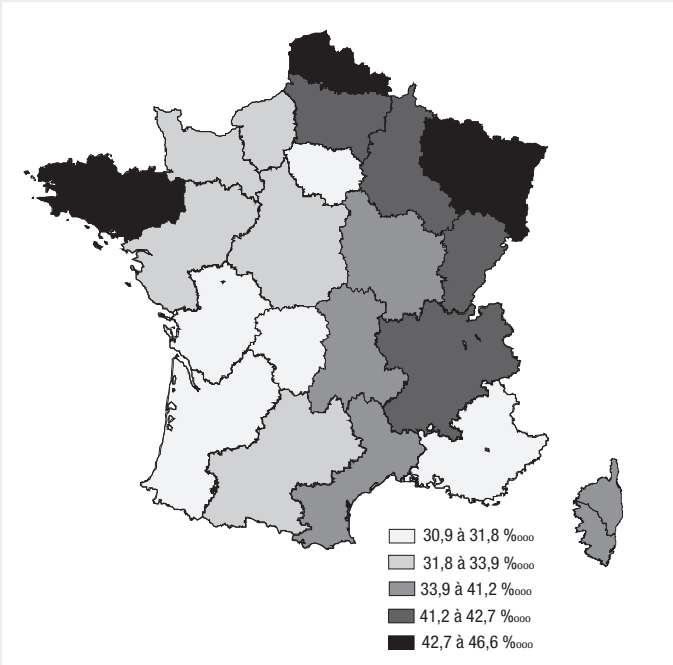
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par chute chez les personnes de 65 à 84 ans (quintiles)



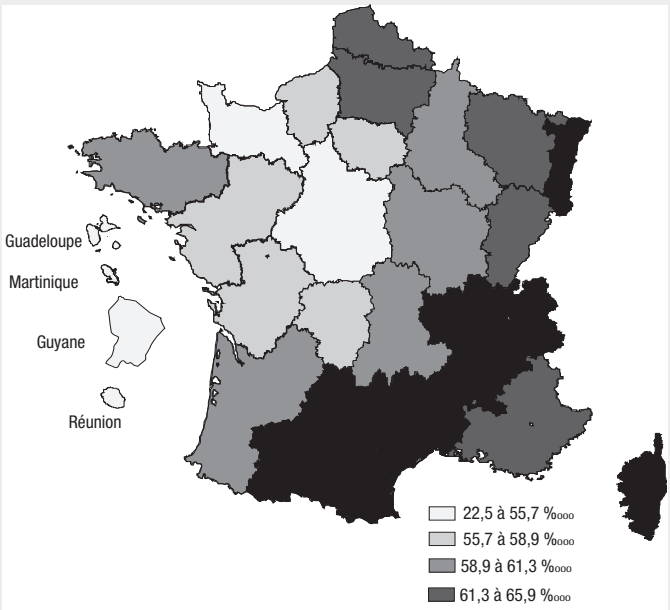
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés de mortalité par chute ou fracture d'origine indéterminée chez les personnes de 65 à 84 ans (quintiles)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation FNORS.
Données moyennes régionales 2000-2002.

Taux standardisés d'hospitalisation en soins de courte durée (MCO) pour fracture de col du fémur en 2003 (quintiles)



Sources : Base nationale PMSI MCO 2003, INSEE, exploitation DREES.
Données selon la région de résidence.

Répertoire des sigles

Répertoire des sigles utilisés

A, a

AASQA, Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air
AcVC, Accident de la vie courante
ADEME, Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AFSSA, Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD, Affection de longue durée
ALFEDIAM, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (depuis janvier 2005, HAS)
ANPAA, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH, Agence régionale de l'hospitalisation
ASPCC, Association sucre-produits sucrés communication consommation
ATIH, Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation
AVC, Accident vasculaire cérébral

B, b

BMR, Bactéries multirésistantes
BPCO, Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C, c

CANAM, Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCLIN, Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCMSA, Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CDRMG, Centre de documentation et de recherche en médecine générale
CépiDc, Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CHR, Centre hospitalier régional
CHU, Centre hospitalier universitaire
CIM, Classification internationale des maladies
CIRC, Centre international de recherche contre le cancer
CIRE, Cellule interrégionale d'épidémiologie
CMD, Catégorie majeure de diagnostic
CMU, Couverture maladie universelle
CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNR, Centre National de référence
CNRP, Centre national de référence des pneumocoques
CNRS, Centre national de la recherche scientifique
CO, Monoxyde de carbone
CRAM, Caisse régionale d'assurance-maladie
CRPV, Centre régional de pharmacovigilance
CSST, Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CTIN, Comité technique des infections nosocomiales

D, d

DARES, Direction de l'animation et de la recherche, des études et des statistiques
DDASS, Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DEP, Direction de l'évaluation et de la prospective
DESCO, Direction de l'enseignement scolaire
DETA, Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
DGAS, Direction générale de l'action sociale
DGS, Direction générale de la santé
DGSNR, Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection
DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DI, Densité d'incidence
DMS, Durée moyenne de séjour
DRASS, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTCP, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite

E, e

EARSS, European antibiotics resistance surveillance system
EIG, Événement indésirable grave
ENEIS, Enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins
ENNS, Étude nationale nutrition santé
ENTRED, Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
EPAS, Échantillon permanent des assurés sociaux
EPCV, Enquête permanente sur les conditions de vie
EROPP, Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes
ESCAPAD, Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense
ESPAD, European School survey Projet on Alcohol and other Drugs

F, f

FCU, Frottis cervico-utérin
FESF, Fracture de l'extrémité supérieure du fémur

G, g

GERS, Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique
GEU, Grossesse extra-utérine
GHM, Groupe homogène de malades
GHS, Groupe homogène de séjours

H, h

HAS, Haute autorité de santé (ex. ANAES)
HAD, Hospitalisation à domicile
HCSP, Haut comité de santé publique
HFA-DB, European Health for All Database
HIB, Haemophilus influenza B
HID, Handicaps-incapacités-dépendance (enquête INSEE)
HLA, Human Leucocytes Antigens

I, i

IAL, Indicateur d'accidentologie locale
IARC, International Agency for Research on Cancer
IDA, Indicateurs d'Alcoolisation
IFEN, Institut français de l'environnement
IGAS, Inspection générale des affaires sociales
IMC, Indice de masse corporelle
INCA, Institut national du cancer
INED, Institut national d'études démographiques
INPES, Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé

INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS, Institut de veille sanitaire
IOTF, International obesity task force
IPAQ, International physical activity questionnaire
IRCT, Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRM, Imagerie par résonance magnétique
IRSN, Institut de radio protection et de sûreté nucléaire
IRTT, Insuffisance rénale terminale traitée
IVG, Interruption volontaire de grossesse

J, j

JH, Journée d'hospitalisation

L, l

LCR, Liquide céphalo-rachidien

M, m

MC, Maladie de Crohn
MCO, Médecine, chirurgie, obstétrique
MEDD, Ministère de l'écologie et du développement durable
MICI, Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MSA, Mutualité sociale agricole
MST, Maladies sexuellement transmissibles

N, n

NAF, Nomenclature d'activité française

O, o

ObEpi, Obésité épidémiologie
OCDE, Organisation de coopération et de développement économique
OFDT, Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMS, Organisation mondiale de la santé
ONERBA, Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques
ONISR, Observatoire national interministériel de sécurité routière
ORP, Observatoires régionaux du pneumocoque
ORS, Observatoire régional de santé

P, p

PASS, Permanence d'accès aux soins de santé
PCM, Panel communautaire des ménages
PCS, Profession ou catégorie sociale
PSDP, Pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline
PMI, Protection maternelle et infantile
PMSI, Programme médicalisé des systèmes d'information
PNNS, Plan national nutrition santé

R, r

RCH, Rectocolite ulcéro-hémorragique
REIN, Réseau épidémiologie et information en néphrologie
RENACHLA, Réseau National des chlamydioses
RENAGO, Réseau National des gonocoques
RMI, Revenu minimum d'insertion
ROR, Rougeole, oreillons, rubéole
RSI, Régime social des indépendants

S, s

SAE, Statistique annuelle des établissements
SAMU, Service d'aide médicale urgente
SARM, Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SIDA, Syndrome immunodéficitaire acquis
SISE, Système d'information santé-environnement
SLD, Soins longue durée
SNSPE, Système national de surveillance des plombémies de l'enfant
SPS, Santé protection sociale
SRCV, Statistique sur les ressources et conditions de vie
SROS, Schémas régionaux d'organisation des soins
SSR, Soins de suite et réadaptation
SUMER, Surveillance médicale des risques
SU.VI. MAX, SUpplémentation en VItamines et Minéraux Anti-oXydants

U, u

UFSBD, Union française pour la santé bucco-dentaire
UPATOU, Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
USEN, Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle

V, v

VHB, Virus de l'hépatite B
VHC, Virus de l'hépatite C
VIH, Virus d'immunodéficience humaine

Z, z

ZEAT, Zone d'étude et d'aménagement du territoire
ZEP, Zone d'éducation prioritaire