

synthèse



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

En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou entre catégories sociales et dans certains groupes de population. Des progrès pourraient être réalisés grâce à la prévention et à des améliorations des prises en charge, et ce à tous les âges de la vie. Dans cette perspective, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies ou déterminants), des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints en cinq ans pour l'ensemble de la population ou pour des groupes spécifiques. À cet égard, le suivi de ces objectifs qui est l'objet du présent ouvrage fournit une palette d'informations très riche sur la santé des Français.

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

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (84,4 ans pour les femmes et 77,5 ans pour les hommes en 2007) continue de progresser : en dix ans, les hommes ont gagné 3 ans et les femmes 2 ans d'espérance de vie, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés. Le taux de mortalité globale en France est par ailleurs l'un des plus faibles d'Europe.

En 2007, l'espérance de vie à 65 ans était la plus élevée d'Europe, tant pour les femmes (22,5 ans, soit 1,6 an de plus qu'il y a dix ans) que pour les hommes (18,2 ans, soit 1,9 an de plus qu'en 1997). Pour les hommes, le décalage observé entre les résultats très favorables de l'espérance de vie après 65 ans et ceux moins bons de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

Les années de vie en incapacité sont concentrées en fin de vie et touchent plus souvent les femmes. Ainsi, si l'espérance de vie des femmes est plus longue que celle des hommes, elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités.

Le taux de mortalité infantile (3,8 pour 1 000 en 2007) a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années et se place à un niveau inférieur à celui de l'Union européenne (4,7 pour 1 000 en 2006). Ce sont les pays du Nord (Finlande, Suède), et plus récemment le Luxembourg, qui enregistrent les niveaux les plus faibles.

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

La situation de la France apparaît toutefois beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée liée notamment aux cancers et aux pathologies provoquées par le tabac et l'alcool, mais aussi aux suicides et aux accidents de transport. Les décès prématurés (avant 65 ans) représentent environ 20 % de l'ensemble des décès et concernent pour 70 % d'entre eux des hommes. Environ un tiers de ces décès sont associés à des causes de décès évitables par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides, etc.). En 2005, parmi les 27 pays de l'Union européenne, la France enregistre pour les hommes un taux de mortalité évitable élevé ; elle se place après les nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique, devant l'Autriche et le Portugal. Son taux de décès est presque deux fois supérieur à celui du Royaume-Uni.

■ SURMORTALITÉ DES HOMMES, MOINS BONNE SANTÉ PERÇUE DES FEMMES ET FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes, avec un paradoxe selon que l'on observe la mortalité ou l'état de santé déclaré. Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes sont en effet plus défavorables aux hommes, même s'ils tendent à se réduire : ils sont ainsi passés, pour l'espérance de vie à la naissance, de 7,9 ans en 1996 à 6,9 ans en 2006 (stable en 2007), et pour l'espérance de vie à 65 ans, de 4,6 ans en 1995 à 4,3 ans en 2005 (stable en 2007). Ce sont plus particulièrement les indicateurs de mortalité prématurée et de mortalité prématurée

« évitable », liées à des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, etc.), qui défavorisent les hommes en France. Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est ainsi 2,2 fois supérieur à celui des femmes. Au contraire, les mesures de santé perçue et de recours aux soins font apparaître que les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et recourent moins aux soins que les femmes. Il faut cependant noter qu'à âge égal, les taux d'hospitalisation des hommes et des femmes sont équivalents si l'on exclut les séjours pour accouchement normal.

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 pour les personnes âgées. Passée la première année de vie, le recours aux soins est faible pour les jeunes et maximal en fin de vie.

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet de prendre en charge des patients souffrant d'une maladie chronique et bénéficiant d'un traitement prolongé et d'une thérapeutique particulièrement coûteuse. En 2006, 1,2 million de nouvelles ALD ont été prises en charge par les trois principales caisses d'assurance maladie (CNAMTS, RSI, MSA). 70 % d'entre elles concernent des personnes âgées de 50 à 84 ans. Les causes d'ALD les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes, le diabète et les pathologies psychiatriques. Ces quatre groupes d'affections représentent 75 % des ALD.

■ DES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES PERSISTENT

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liés à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins, font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences, tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportement socioculturel.

Les inégalités sociales de mortalité sont persistantes. Ainsi, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 7 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. De plus, si les disparités restent stables pour les femmes, elles tendent à se creuser pour les hommes. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles. Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie socioprofessionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. En 2006, 14 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (13 % en 2004). Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge des ménages sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 17 % les lunettes et 13 % les soins de spécialistes. Ces renoncements sont plus fréquents pour les femmes (17 %) que pour les hommes (12 %). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement.

Quand les données régionales ou départementales existent, on constate des différences territoriales sensibles en matière de mortalité comme de morbidité pour beaucoup de problèmes de santé. Pour la mortalité évitable, par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué pour les hommes, les régions du sud de la France connaissant une situation plus favorable. Ces disparités, qui sont en partie liées à des différences territoriales de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés. Des disparités existent également entre la métropole et les départements d'outre-mer (DOM).

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

Synthèse

parition 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 des patients.

■ LA CONSOMMATION D'ALCOOL DIMINUE, MAIS SON USAGE À RISQUE RESTE ENCORE TRÈS IMPORTANT, SURTOUT POUR 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 âgé de 15 ans ou plus s'est stabilisée entre 2005 et 2007 après quatre années de baisse. Les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont néanmoins baissé d'un peu plus de 10 % entre 1999 et 2007. Cette diminution s'inscrit dans le prolongement d'une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. Cependant, la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool mais elle ne se situe plus en tête du classement.

Environ un tiers des Français âgés de 18 ans ou plus déclarent avoir une consommation d'alcool considérée à risque : risque d'alcoolisation excessive ponctuelle pour les trois quarts d'entre eux (plutôt des hommes entre 18 et 44 ans) et risque d'alcoolisation excessive chronique pour un quart (là encore plutôt des hommes âgés de plus de 44 ans). En 2006, ce sont les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés qui sont le plus touchés par le risque d'alcoolisation excessive chronique. Les agriculteurs sont les moins concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel alors que les autres catégories sont touchées en proportion équivalente.

Quel que soit l'indicateur utilisé, le risque apparaît trois fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Toutefois l'élévation du niveau de diplôme et de la catégorie sociale rapproche la consommation régulière d'alcool des hommes et des femmes. Parmi les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est très élevée. Les femmes cadres présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé.

■ LE TABAGISME EST L'UN DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE LES PLUS IMPORTANTS EN RAISON DE 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 les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 13 % de la mortalité avant 65 ans (16 % pour les hommes). En 2005, 29 300 décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont été recensés en France. Ils concernent les hommes dans 80 % des cas mais le tabagisme féminin s'est développé au cours des dernières décennies : le taux de décès s'est accru, en particulier pour les femmes de moins de 65 ans (+105 % entre 1990 et 2005), alors qu'il a diminué dans le même temps pour les hommes (-14 %). Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites, etc.) dont l'impact est considérable, notamment pour la qualité de vie des personnes.

En 2006, 23 % des femmes et 33 % des hommes de 15-74 ans déclarent fumer habituellement. La prévalence du tabagisme quotidien est globalement en baisse depuis quelques années, mais est relativement stable pour les femmes depuis les années 1980.

L'arrêt du tabagisme apparaît plus fréquent pour les fumeurs consommant de petites quantités de cigarettes car ils sont aussi les moins dépendants. À l'adolescence, les habitudes de consommation des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien pour les filles de 17 ans a baissé de 40 % à 32 % entre 2000 et 2005, celui des garçons passant de 42 % à 34 % au cours de la même période. Les hausses des prix ont sans doute contribué à cette diminution, dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées. Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac a légèrement diminué, passant de 13,8 ans en 2000 à 13,5 ans en 2005 pour les filles et de 13,6 à 13,3 ans pour les garçons âgés de 17 ans. En revanche, celui du passage à l'usage quotidien est stable depuis 2003 (14,7 ans pour les filles et 14,8 ans pour les garçons). Ces résultats suggèrent que les jeunes les moins enclins à fumer se détournent de la cigarette et que les petits fumeurs profitent davantage des hausses du tabac pour arrêter de fumer.

Environ 2 femmes enceintes sur 10 déclarent fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, mais cette proportion a diminué depuis 1995. Les femmes jeunes, moins diplômées, qui résident en métropole apparaissent davantage concernées par ce comportement.

Le tabagisme passif a par ailleurs été identifié depuis quelques années comme un problème

spécifique de santé publique. Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Pour le milieu professionnel et les lieux de loisirs, la réglementation est devenue très contraignante, autorisant seulement le tabac dans des «salles fermées et ventilées». Selon les données disponibles avant la date de mise en application du nouveau décret, la protection des non-fumeurs n'était toujours pas garantie et son application restait très inégale selon les lieux. En avril 2006, la proportion d'établissements de santé sans tabac était estimée à 24 %. À l'hiver 2006, 40 % des lycées français, privés et publics, interdisaient aux élèves de fumer, contre 14 % des établissements quatre ans auparavant.

Les informations existantes sur l'exposition à la fumée dans les lieux publics apportent d'autres éclairages sur l'application effective de la loi. Le décret de 2006 paraît radicalement modifier l'exposition au tabac dans les lieux destinés à un usage collectif. Désormais, les lieux de travail apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac : alors qu'au mois de janvier 2007, seules 45 % des personnes concernées déclaraient ne jamais être en contact avec la fumée des autres sur leur lieu de travail, elles étaient 79 % en avril 2008. De façon plus spectaculaire pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, le décret d'interdiction a nettement fait évoluer l'exposition au tabagisme des autres. En mars 2008, 85 % des personnes interrogées déclaraient ne jamais être exposées à la fumée des autres dans les hôtels (contre 50 % avant le décret). Au restaurant, 90 % des répondants déclaraient ne jamais être confrontés au tabagisme des autres (contre 30 % auparavant). Dans les bars, cafés et pubs, ils étaient 79 % à déclarer ne jamais subir la fumée ambiante quatre mois après la mise en application du décret (contre 10 % auparavant). Enfin, dans les discothèques, cette proportion est passée de 6 % à 68 %.

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

L'excès de poids et la sédentarité, souvent associés, sont des facteurs de risque importants de maladies chroniques, diabète et maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, etc.). 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 fortement augmenté pendant les années 1990 dans la population adulte.

L'obésité, mesurée par des données de poids et de taille, concerne en 2006 un Français sur six (homme ou femme). Le surpoids touche deux hommes sur cinq et près d'une femme sur quatre. Si les évolutions très récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité depuis le début des années 1990, les disparités sociales semblent s'accroître particulièrement pour les femmes.

La surcharge pondérale concerne entre 14 % et 20 % d'enfants, dont 4 % seraient obèses. Les chiffres diffèrent peu entre garçons et filles. Pour les adultes comme pour les enfants, les prévalences de surcharge pondérale varient de façon importante selon le milieu socio-économique et elles sont les plus élevées dans les milieux les plus modestes.

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

La consommation moyenne de sel en France était de l'ordre de 9 g/j à 10 g/j en 2000, pour un objectif fixé par la loi relative à la politique de santé publique de 8 g/j. Les apports en sel provenant de l'alimentation (hors sel ajouté à domicile) ont quant à eux diminué de 5 % entre 1999 et 2006.

Les achats de fruits par personne ont augmenté entre 2000 et 2006. En 2006-2007, un tiers des adultes consommaient moins de 3,5 fruits et légumes par jour et près de 60 % en consommaient moins de 5 par jour, seuil correspondant au repère de consommation du programme national nutrition santé (PNNS). Si ces consommations varient relativement peu selon le sexe, elles varient très fortement selon l'âge (les plus jeunes étant très fréquemment de petits consommateurs de fruits et légumes), le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle. Des analyses spécifiques montrent que les disparités de consommation concernent plus les légumes que les fruits.

Environ 80 % des français âgés de 15 à 74 ans déclarent faire l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine et 58 % déclarent avoir une activité sportive régulière. Cette prévalence diffère peu entre les femmes et les hommes ; elle varie avec l'âge et la catégorie socioprofessionnelle et, dans une moindre mesure, le diplôme ou la région.

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

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

En 2006, 480 décès dus à des **accidents routiers liés au travail** (soit 13,7 % de moins qu'en 2005) ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : accidents de trajet dans trois quarts des cas et accidents de travail à proprement parler (survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur) une fois sur quatre. La diminution relative des décès par accidents routiers de mission et de trajet relevée entre 2002 et 2006 est à mettre en parallèle avec celle de l'ensemble des décès routiers comptabilisés par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière.

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

L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut être responsable de surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires. En 2003, plus d'un salarié sur quatre soumis à un niveau de **bruit** supérieur à 85 dB pendant plus de 20 heures par semaine n'avait pas de protection auditive à sa disposition. 700 000 salariés, soit 3,3 % des salariés, déclaraient ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole, ces chiffres restant stables depuis 1998. Les hommes sont plus exposés que les femmes à des niveaux de bruit importants, mais les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protection auditive. Les différentes catégories professionnelles ne sont pas toutes concernées de la même façon, les ouvriers étant la catégorie la plus touchée. Ce sont le secteur industriel et l'agriculture qui soumettent le plus leurs salariés aux nuisances sonores intenses.

En 2003, 1,1 million de salariés étaient en outre **exposés à des produits cancérigènes** classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne. Ce sont des produits répandus principalement dans l'industrie et la construction, auxquels sont surtout exposés les hommes ouvriers. Entre 30 % et 46 % des salariés exposés ne bénéficient d'aucune protection, ni collective ni individuelle. Ces données témoignent donc de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail, de l'inégalité entre secteurs d'activité et de la nécessité du développement ou du respect de mesures de prévention pour diminuer l'incidence de pathologies fréquentes.

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

L'environnement influe sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition pour la population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Ainsi, huit objectifs de la loi de santé publique sont consacrés à la surveillance de facteurs environnementaux et à leur impact sur la santé de la population. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets pour 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 termes de morbidité, entre 60 000 et 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à la qualité de l'air. 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). Au cours de la période 2000-2006, les niveaux de particules atmosphériques PM₁₀ sont restés stables en France. On constate cependant en 2007 une augmentation des niveaux de PM₁₀ du fait de l'ajustement des mesures et d'épisodes de pollution assez exceptionnels. Les concentrations moyennes de NO₂ ont diminué régulièrement pendant la même période, alors que celles de SO₂ sont maintenant extrêmement faibles. En revanche, le niveau d'ozone a enregistré une augmentation régulière entre 2000 et 2007.

La surveillance de la **qualité de l'air intérieur** en est à ses débuts 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. D'après une récente évaluation des risques, entre 5 % et 12 % des décès par cancer du poumon observés chaque année en France seraient attribuables à l'exposition domestique à ce gaz radioactif, soit entre 1234 et 2913 décès. Il se concentre dans les locaux d'où il pourrait être évacué par une ventilation efficace. Ces dernières années, les campagnes de mesure du radon dans les établissements ouverts au public ont montré qu'environ 14 % des établissements contrôlés étaient au-dessus du seuil d'action fixé à 400 Bq/m³. Actuellement, ces campagnes continuent dans le but de couvrir l'ensemble des établissements ouverts au public des départements 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 2004, correspondant à une diminution des taux de mortalité annuels de plus de 75 % en 20 ans. En 2005, le taux brut de mortalité était de 0,13 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

La **qualité de l'eau** est quant à elle encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides par exemple). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les responsables de la production et de la distribution des eaux des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (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 comme axes prioritaires l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants. La proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme en permanence en matière microbiologique a diminué de 5 points entre 2000 (8,8 %) et 2008 (3,8 %). S'agissant des pesticides, la population alimentée par l'eau en permanence conforme a légèrement diminué entre 2006 et 2007 (94,9 % en 2006 contre 91,6 % en 2007).

L'intoxication par le plomb, ou **saturnisme**, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par « activité main-bouche »). L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. En 1995, la proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant un niveau de plombémie correspondant à la définition du cas de saturnisme, a été estimée à 2 %, soit 85 000 enfants. Une nouvelle enquête de prévalence est en cours. Il est toutefois important de noter que les activités de dépistage du saturnisme ont diminué depuis 2004, ce qui témoigne probablement d'une imprégnation moindre de la population, consécutive aux mesures de prévention environnementale. Les effets des températures extrêmes sont, depuis la canicule de l'été 2003, pris en compte. Les systèmes de surveillance et les mesures de prévention semblent avoir eu des effets certains, si l'on en juge par la surmortalité très réduite enregistrée au cours de l'épisode caniculaire de juillet 2006.

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées mais on ne dispose pas encore de données de suivi les concernant. Il s'agit plus particulièrement des problèmes de pollution autour des sites industriels, de l'exposition chronique aux produits chimiques

(pesticides, dioxine, métaux lourds) et de leur rôle dans la survenue de cancers, de troubles de la reproduction ou troubles endocriniens, de l'exposition au bruit, etc. Ces problèmes font l'objet de surveillance et de mesures préventives de la part des ministères de la santé et de l'environnement ainsi que des agences sanitaires concernées et sont pris en compte dans le plan national Santé-Environnement.

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

L'un des déterminants de la santé le mieux et le plus anciennement connu est l'exposition aux agents infectieux. Les bactéries et virus sont transmis par l'eau ou l'alimentation (eaux de boisson ou de baignade), l'air (notamment dans les transmissions interhumaines), de façon mixte (aérosols pour la légionellose) ou par d'autres modes (contacts en milieu hospitalier). Les maladies infectieuses sont encore responsables d'une grande partie de la morbidité : le plus souvent banales notamment pour l'enfant, elles peuvent prendre un caractère plus dramatique pour certaines personnes fragilisées (personnes âgées, atteintes de maladies chroniques, etc.) ou pour certains agents infectieux. La loi relative à la politique de santé publique a prévu, outre le suivi de la couverture vaccinale de la population, celui de quatre maladies infectieuses : la légionellose, la tuberculose, le sida et le groupe des infections sexuellement transmissibles. Elle témoigne aussi de la préoccupation concernant l'importance grandissante des résistances bactériennes aux antibiotiques.

La **légionellose**, maladie bactérienne transmise par voie respiratoire, a été identifiée en 1976. L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation. La mortalité qui lui est attribuable concerne particulièrement les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, alcooliques, diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.), mais reste faible (de l'ordre d'une centaine de cas annuels). Après une augmentation régulière entre 1997 et 2005, le nombre de cas de légionellose enregistrés semble se stabiliser depuis 2006. L'incidence observée en France métropolitaine est de 2,3 cas de légionelloses déclarés pour 100 000 habitants en 2007. L'augmentation observée entre 1997 et 2005 était peut-être plutôt due à l'amélioration de la surveillance ou du diagnostic qu'à une augmentation réelle des expositions aux légionelles. Il convient toutefois d'être prudent quant à l'interprétation de ces tendances qui devront être confirmées au cours des prochaines années. L'incidence, qui apparaît élevée en comparaison avec la moyenne européenne (1,1 pour 100 000), peut être mise au compte d'une meilleure performance du système de surveillance (diagnostic et déclaration). Le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

La **tuberculose** fait partie des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer au cours de la dernière décennie, passant de 11,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1997 à 8,5 pour 100 000 en 2006. Plus que sur l'incidence globale, l'objectif de la loi de santé publique porte sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposés ». La situation épidémiologique est comparable à celle d'autres pays de l'Europe occidentale. Elle se caractérise par une stabilisation de l'incidence dans la population d'origine étrangère au cours des dernières années, une diminution dans la population de nationalité française ou née en France et une concentration des cas dans les zones urbaines. Cependant, les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes en 2006. L'incidence est 7 fois plus élevée pour les personnes nées à l'étranger. La Guyane et l'Île-de-France restent identifiées comme des zones de plus forte incidence, avec des taux d'incidence respectifs de 27,3 et 17,3 pour 100 000 en 2006.

En mars 2007, le Comité technique des vaccinations et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France ont émis un avis recommandant la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG et un régime de recommandation forte pour les enfants les plus exposés. Le processus de décision a pris en compte les caractéristiques du vaccin BCG intradermique, son rapport bénéfice-risque, les enjeux éthiques et l'acceptabilité sociale du maintien ou de la suspension de l'obligation vaccinale. Le programme de lutte contre la tuberculose 2007-2009 et la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants avant leur entrée en collectivité doivent faire l'objet d'une évaluation spécifique.

Le **sida**, maladie due à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) apparu dans les années 1980, est responsable d'une pandémie majeure. La mise sur le marché de traitements efficaces permet désormais de retarder l'apparition des symptômes et de contrôler l'évolution de la

maladie. Le sida est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. 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. En 2006, la baisse a été de nouveau plus marquée. Elle touche très peu les personnes dépistées mais non traitées par antirétroviraux, d'où la nécessité d'insister sur l'importance d'une prise en charge précoce auprès des personnes séropositives. Le nombre de découvertes de séropositivité pour les usagers de drogues injectables reste faible. 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 pour 100 000 en 2006, reste un des pays du sud de l'Europe occidentale assez touché, mais moins que le Portugal, l'Espagne, l'Italie et la Suisse.

Les indicateurs de suivi des **infections sexuellement transmissibles** (IST) sont en progression régulière depuis le début des années 2000. Bien que les hommes soient majoritairement concernés, le nombre de femmes affectées notamment par la syphilis et les gonococcies augmente, suggérant une transmission de ces infections dans la population hétérosexuelle. Dans ce contexte, les risques d'accélération de la transmission du VIH pour les hétérosexuels et de recrudescence de la syphilis congénitale existent. On observe une augmentation de la syphilis, des gonococcies et des infections à *Chlamydiae trachomatis* en 2006. Cependant, l'augmentation des infections à *Chlamydiae trachomatis* pourrait s'expliquer par la politique d'incitation au dépistage. Les infections à gonocoques sont marquées par une hausse importante du nombre de souches isolées pour les femmes vivant en dehors de l'Île-de-France et une augmentation continue de la résistance à la ciprofloxacine.

L'obtention et le maintien d'une bonne **couverture vaccinale** constituent des éléments clés dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie, etc.), ce suivi doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos pour les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, rendent le suivi de la couverture vaccinale des adultes indispensable.

En ce qui concerne les enfants, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée en particulier pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement moins bien réalisée que les autres. Pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et à 95 % à 6 ans est incompatible avec l'objectif, auquel la France a souscrit, d'éliminer la rougeole et l'infection rubéoleuse congénitale d'ici 2010. Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devrait être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B 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 pour 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 ou plus, les professionnels de santé et celles atteintes de l'une des neuf affections de longue durée (ALD) pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. En 2006-2007, le taux de vaccination contre la grippe de l'ensemble des personnes à risque est de 61 % : 63 % pour les plus de 65 ans et 46 % pour les moins de 65 ans souffrant d'une des ALD donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination. Globalement, ces taux sont stables pour les personnes âgées de 65 à 69 ans et augmentent légèrement pour les moins de 65 ans en ALD et bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur. Le taux de vaccination des professionnels, susceptibles de transmettre la maladie à des personnes fragilisées, reste par ailleurs insuffisant : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite en 2004-2005.

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

Synthèse

Les **staphylocoques dorés et les pneumocoques** illustrent ces problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. En 2005, la proportion de pneumocoques retrouvés en cas d'infections invasives graves (méningites, septicémies) et dont la sensibilité à la pénicilline est diminuée, s'élève à 34 % (contre 43 % en 2003 et 47 % en 2001). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de méningites pour l'enfant (34 % en 2005 contre 61 % en 2001). Ces proportions témoignent donc d'une évolution récente favorable mais restent encore préoccupantes. Les staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) sont quant à eux surtout retrouvés en milieu hospitalier. Les enquêtes de prévalence réalisées un jour donné (en 2001 et 2006) montrent une diminution importante de la prévalence des patients infectés par le SARM (-41 %). La limitation du recours aux antibiotiques est par ailleurs recherchée pour la maîtrise des phénomènes de résistance. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme indicateurs dans la loi relative à la politique de santé publique. La France reste l'un des pays européens qui consomment le plus d'antibiotiques. Les données recueillies depuis 1997 montrent cependant que la consommation d'antibiotiques a diminué en ville depuis 1999 (-19 %) et à l'hôpital depuis 2001 (-9 % en doses définies journalières pour 1 000 journées d'hospitalisation).

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

Le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires représentent, avec les maladies psychiques, les trois quarts des personnes en affection de longue durée (ALD) en 2006. Les personnes atteintes par ces pathologies sont en premier plan concernées par des problématiques d'accès aux soins (proximité géographique mais aussi accès économique) et de qualité des soins. Le suivi de l'état de santé tel qu'il est prévu dans la loi fait la part de la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence) mais également de leur prise en charge (qualité du suivi) et de leurs répercussions (qualité de vie). Pour ces derniers indicateurs, les mesures chiffrées sont encore pour partie du domaine de la recherche. Pour l'assurance maladie, l'enjeu est majeur : les dépenses liées aux ALD concentrent en 2007 environ 65 % des dépenses totales du régime général de l'assurance maladie. S'il s'agit d'améliorer le rapport coût-efficacité des soins fournis, l'enjeu est aussi de retarder la survenue de la maladie ou son processus naturel d'aggravation, par des actions de prévention, pour éviter l'alourdissement consécutif des coûts de prise en charge. Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladies d'Alzheimer, maladies rares, etc.). La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est considérée de façon spécifique dans une logique transversale par le plan Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, qui est l'un des cinq plans stratégiques de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Les **tumeurs** sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, comptant pour près d'un tiers de l'ensemble des décès et 4 décès prématurés sur 10. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'ALD après les maladies cardiovasculaires. Elles sont également l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles qui sont spécifiquement féminines (sein, utérus et ovaire), les taux de décès sont plus élevés pour les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, les hommes sont également au sein de l'Europe dans une position plus défavorable que la moyenne des autres pays. On retrouve ici l'influence de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels.

La survie relative est le rapport du taux de survie observé pour chaque localisation parmi les personnes atteintes au taux de survie estimé dans la population générale de même âge et de même sexe. En France, la survie relative dépasse 50 % à cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global recouvre des disparités considérables entre les différents cancers. La survie à cinq ans est sensiblement plus élevée pour les femmes que pour les hommes qui ont généralement des cancers plus graves (respectivement 63 % et 44 %). La survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques utilisées moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration de la survie, due non seulement aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic.

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

Le **cancer du sein** est le premier cancer pour les femmes en termes de mortalité, avec en 2005 un taux de 25 décès pour 100 000, en diminution de 6 % par rapport à l'année 2000. C'est également le premier cancer en termes de mortalité prématurée chez les femmes (15 pour 100 000, en diminution de 9 % par rapport à l'année 2000). Son incidence est en augmentation. La moitié des nouveaux cas de cancer pour les femmes sont des cancers du sein. Le programme national de dépistage du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation régulière. Calculé sur l'ensemble des départements, il est passé de 40,1 % en 2004 à 50,7 % en 2007. En 2005, la proportion de femmes âgées de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie est très élevée (96 %). La proportion de femmes ayant réalisé une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête est plus faible mais elle a augmenté de 16 % entre 2000 et 2006 et les écarts entre les classes d'âge se sont atténués. Dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible mais les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement. Pour les femmes n'ayant pas de couverture santé complémentaire, le taux de couverture déclaré reste toutefois particulièrement faible (48,4 %).

Entre 1980 et 2005, l'incidence du **cancer du col de l'utérus** n'a cessé de diminuer, avec un taux de décroissance annuel de 2,9 %. Une meilleure couverture de ce dépistage pourrait permettre de diminuer encore l'incidence du cancer du col de l'utérus. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge, avec une diminution nette après 55 ans, et la catégorie socioprofessionnelle. Dans le futur, la vaccination contre les papillomavirus humains devrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer de l'utérus et sur les modalités de dépistage.

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

Le **cancer colorectal** est la troisième localisation de cancer la plus fréquente pour les hommes et la deuxième pour les femmes. Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal, lorsque le taux de participation de la population est égal ou supérieur à 50 %. Un programme pilote proposant tous les deux ans un test Hémocult® aux personnes âgées de 50 à 74 ans a été expérimenté dans 23 départements. Sa généralisation décidée en 2005 sera effective en 2009. L'évaluation de la première campagne dans 19 départements a montré un taux de participation moyen de 42 %, soit plus d'un million de personnes dépistées. Dans six départements parmi les 19, la participation moyenne dépassait 50 %.

La loi relative à la politique de santé publique préconise d'améliorer les conditions de la survie des patients atteints de tumeurs malignes, en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour tous les patients. Cette prise en charge est matérialisée dans le plan Cancer par la présentation du dossier du patient lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), formalisée par un compte rendu. Des centres de coordination en cancérologie se mettent en place au sein des établissements chargés de la prise en charge du cancer. Ils visent à assurer la concertation et la pluridisciplinarité, et plus particulièrement l'organisation et le fonctionnement de ces RCP, en articulation avec les réseaux régionaux de cancérologie. En 2007, le nombre de dossiers de malades enregistrés en RCP était de plus de 450 000 soit une augmentation de 20 % par rapport à 2006.

Le **diabète** constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence, de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'amputation d'un membre inférieur, le mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie pouvant conduire à l'amputation). En 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à 3,8 % en France, soit près de 2,4 millions de personnes. L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2005 est de 5,7 % par an parmi les assurés du régime général de l'assurance maladie. Dans les DOM, la prévalence du diabète traité est 1,5 à 3 fois supérieure à celle de la métropole. Ces chiffres élevés en outre-mer s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des apports alimentaires) et un risque génétique élevé.

Synthèse

L'adéquation de la surveillance des personnes diabétiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisante. En 2007, selon les types d'examens de surveillance, de 26 % à 80 % des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80 % en 2008 pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restent le dosage de l'albuminurie (26 %), les trois dosages annuels d'hémoglobine glyquée (38 %) ainsi que l'électrocardiogramme (35 %). Par ailleurs, plusieurs indicateurs mesurés en 2005, biologiques (niveau d'HbA1c et du cholestérol LDL) et clinique (niveau de pression artérielle moyen), témoignent du niveau de risque vasculaire toujours élevé des personnes diabétiques.

Les complications du diabète sont pour certaines d'entre elles préoccupantes. Sur les 2 millions de personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2001, environ 152 000 auraient subi un infarctus du myocarde, 28 000 seraient aveugles, 10 000 greffées ou dialysées et 22 000 amputées d'un membre inférieur. En 2005, le diabète est mentionné sur plus de 32 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France. Il existe des disparités géographiques similaires à celles de la prévalence du diabète : les taux de mortalité sont très élevés en outre-mer et élevés dans le nord et l'est de la métropole.

Le taux d'incidence annuel moyen standardisé et par million d'habitants de l'**insuffisance rénale chronique terminale** traitée dans les régions contribuant au réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) est passé de 128,2 en 2002 (4 régions) à 139 en 2007 (18 régions). Dans les sept régions pour lesquelles des données sur les cinq 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 qui reste à confirmer dans les années à venir avec une couverture nationale plus large du registre apparaît cependant de plus en plus crédible. Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, les contraintes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. Leur qualité de vie donc est importante à prendre en compte. Des questionnaires de santé perçue permettent d'approcher cette notion. La qualité de vie des patients dialysés apparaît très altérée par rapport à celle de la population générale, et de façon plus marquée dans les dimensions à composante physique. La qualité de vie des patients greffés apparaît nettement meilleure que celle des patients dialysés. Pour les dialysés, l'absence de comorbidités cardiovasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente, les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients et une albuminémie supérieure à 35 g/l ont une influence positive sur la qualité de vie. Pour les patients greffés, la tolérance des traitements immunosuppresseurs a un impact important sur la qualité de vie. L'accès aux soins est un élément déterminant. Dans les régions pour lesquelles on dispose de données, la durée du trajet pour les malades se rendant en hémodialyse est en moyenne de 24 minutes. Pour 7,5 % des patients, la durée de trajet est supérieure à 45 minutes. Après un an de dialyse, 15,2 % des patients sont inscrits sur la liste nationale d'attente pour une greffe rénale (22,1 % à deux ans), avec de fortes variations selon l'âge et la présence ou non de comorbidités associées. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, la durée d'attente avant greffe a augmenté de manière significative : celle-ci est passée de 13,4 mois pour les patients inscrits entre 1993 et 1995 à 18,2 mois pour la cohorte 2002-2007, cette durée variant en fonction du groupe sanguin et de la présence d'anticorps anti-HLA.

Les **maladies de l'appareil circulatoire** constituent globalement la deuxième cause de décès en France après les cancers et sont la première cause de décès pour les femmes - c'est l'inverse pour les hommes. Plusieurs objectifs de la loi ont trait à la baisse des maladies cardiovasculaires en population générale, particulièrement les objectifs relatifs à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité, des consommations de sel et d'alcool, et à l'augmentation de l'activité physique. Les **cardiopathies ischémiques** (infarctus du myocarde principalement) ont représenté à elles seules 27,1 % des décès cardiovasculaires en 2005. Entre 2000 et 2005, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 18 %, alors que le taux standardisé des hospitalisations pour cette maladie a peu évolué. La tendance à la baisse des décès par cardiopathie ischémique s'inscrit dans le prolongement d'une tendance plus ancienne, ayant débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années 1990 pour les plus âgées. Ces évolutions sont attribuées aux améliorations progressives tant de la prévention primaire, individuelle mais aussi collective, que de la prise en charge des malades à la phase aiguë et de la prévention secondaire. Les **maladies cérébro-vasculaires** constituent également une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel pour l'adulte et la deuxième cause de démence. Les AVC ont motivé près de 103 432

séjours hospitaliers en 2005. Ils ont été la cause initiale de 33 906 décès en 2005, soit 6,4 % de l'ensemble des décès. Les données recueillies par le registre français des AVC indiquent que les taux standardisés d'incidence n'ont pas diminué entre 1985 et 2004. Cette stagnation est en partie liée à la plus grande sensibilité des moyens diagnostiques et, pour les dernières années, l'élargissement de la définition des AVC. Les bases médico-administratives montrent également une relative stabilité des taux standardisés d'hospitalisations pour AVC entre 2000 et 2005, contrastant avec une diminution continue (et ancienne) des taux standardisés de décès pour maladies cérébrovasculaires (-43 % entre 1990 et 2005 et -19 % entre 2000 et 2005). Les disparités géographiques sont importantes ; les taux de décès par maladies cérébrovasculaires sont particulièrement élevés dans les DOM, particulièrement à la Réunion et en Guyane. L'**insuffisance cardiaque chronique** est un syndrome hétérogène qui peut compliquer certaines pathologies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, hypertension artérielle, etc.) ou non (embolie pulmonaire, infection pulmonaire, anémie sévère, etc.). Elle évolue en dents de scie, avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Une part importante des réhospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie. Entre 2000 et 2005, le nombre de décès pour insuffisance cardiaque a diminué de 9 % et le taux standardisé sur l'âge de 13 %. Au cours de la même période, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a augmenté de 13,5 % et le taux standardisé d'hospitalisation de 2,6 %. L'insuffisance cardiaque a motivé 182 000 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en 2005. 17 % des personnes hospitalisées en 2005 ont été hospitalisées plusieurs fois dans l'année pour ce motif.

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

L'**asthme** est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie 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 2005. Si ces taux ont diminué pour les enfants âgés de 10 ans ou plus et pour les adultes, ils sont restés stables pour les jeunes enfants.

Les **maladies psychiques** recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que sur une période limitée de la vie (dépression légère, trouble du comportement passager, etc.) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Ils sont également à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, leur répercussion économique est considérable, tant par le poids de ces pathologies au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. 1,2 million de personnes vivant à domicile déclaraient à cet égard consulter régulièrement pour ces troubles en 1998 et près de 60 000 personnes étaient hospitalisées. Si, là encore, le développement des maladies résulte dans la plupart des cas 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, etc. Les acteurs sollicités sont à la fois des professionnels de la santé et de l'action sociale.

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

Les objectifs spécifiques aux maladies psychiques retenus dans la loi relative à la santé publique restent difficiles à évaluer dans l'état actuel de notre système d'information. Cependant, deux

enquêtes récentes en population générale mettent en évidence la proportion élevée de personnes pour lesquelles des troubles dépressifs ont été repérés par le questionnaire mais qui ne se sont pas rendues dans une structure de soin, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ni suivi une psychothérapie : elles seraient entre 40 % et 62 %. Ici encore, les comportements sont différenciés : les hommes, les plus jeunes (18 à 24 ans), les ouvriers et les étudiants recourent moins aux soins pour des troubles similaires. Quand on compare la situation de la France avec celle de quelques pays européens portant sur l'utilisation des structures de soins de santé mentale par les personnes qui le nécessitent, elle se place cependant dans une position moyenne.

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

Les personnes ayant recours aux produits psychotropes notamment par voie injectable constituent un groupe à risque bien identifié. Les conséquences sociales de ces pratiques posent des problèmes spécifiques, mais c'est également sur leur état de santé que la loi relative à la politique de santé publique fait porter les efforts : accès aux traitements de substitution et suivi des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)-sida. Le nombre d'usagers problématiques (comprenant l'injection et l'usage régulier) de drogues opiacées ou de cocaïne était compris entre 150 000 et 180 000 personnes en 1999 selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, dont la prescription initiale ne peut se faire 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 2006, 89 000 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et 25 000 sous méthadone. Ainsi, selon la source de données utilisée, la méthadone serait utilisée dans environ 20 % des traitements de substitution aux opiacés. En 2004, les traitements de substitution par méthadone étaient en outre disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, le taux de prévalence du virus de l'hépatite C pour les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du VIH. Cette différence peut s'expliquer par un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé et une plus grande résistance du VHC en milieu extérieur. Ainsi, le nombre de découvertes de séropositivité VIH pour les usagers de drogues est estimé à 110 en 2006, soit 2 % de l'ensemble des découvertes. Le nombre annuel de cas de sida pour les usagers de drogues continue à diminuer. La prévalence du VIH a aussi diminué, notamment pour les plus jeunes. L'ensemble de ces données tend à montrer que la réduction de la transmission du VIH pour les usagers de drogues se poursuit. Selon les données biologiques de l'enquête Coquelicot en 2004, 10,2 % des usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie ont une sérologie VHC positive.

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

■ LES SUICIDES ET LES TRAUMATISMES SONT FRÉQUENTS POUR LES HOMMES ET POUR LES JEUNES ET 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 27, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide. En 2005, elle enregistre 10 713 décès par suicide. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 20 %, ce nombre serait après correction de 12 900 décès environ. Entre 15 et 24 ans, le suicide représente 15 % du total des décès et constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation. Il représente la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes. Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés pour les hommes et les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions, avec des taux plus importants dans le nord de la France et en Bretagne notamment. Ils ont eu tendance à diminuer entre 1990 et 2005. 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 2007, 4 620 personnes sont décédées dans les trente jours suivant un accident de la route en France métropolitaine et 218 dans les DOM. Ce nombre diminue pour la sixième année consécutive mais avec un ralentissement après les baisses exceptionnelles de 2003 (20,9%) et de 2006 (11,5%). C'est la classe d'âge des 15-24 ans, en particulier pour les hommes, qui reste la plus exposée. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux. En matière de comparaisons internationales, la France se situe au 7^e rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés pour une durée d'au moins six jours, atteint 16% des blessés en 2004. Elle est plus élevée pour les personnes âgées de plus de 65 ans (24%) et les motocyclistes (19%). Elle tend à diminuer dans le temps. Enfin, on estime que 1,4% des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les six jours qui suivent leur accident et autant gardent des séquelles graves un an après leur accident.

Les **accidents de la vie courante touchant les enfants** de moins de 15 ans sont à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu et autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). En 2005, le taux de mortalité (2,3 pour 100 000) est plus élevé pour les garçons que pour les filles (1,7 fois supérieur à celui des filles), ainsi que pour les plus jeunes. Les causes de décès (noyade, suffocation, chute, etc.) diffèrent selon l'âge. Les suffocations sont plus fréquentes pour les enfants de moins d'un an (21 décès) et les noyades pour ceux de moins de 5 ans (51 décès). Le taux de mortalité par accidents de la vie courante pour les enfants de moins de 15 ans a diminué de 29% entre 2000 et 2005. Cette diminution coïncide avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques. Cependant, la variation des taux a été différente selon le type d'accident : les décès par noyade et les décès par le feu ont connu une forte baisse (respectivement -39% et -27%), mais les décès par chute ont augmenté (+40%). La diminution a également été près de deux fois plus importante pour les filles (-38%) que pour les garçons (-21%). Elle a été plus élevée pour les enfants âgés de moins d'un an (-32%) et de 5-14 ans (-31%) que pour les 1-4 ans (-25%).

Pour les **personnes de 65 ans ou plus, les chutes** constituent une part très importante (plus de 80%) des accidents de la vie courante. Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs liés à la personne (instabilité) et les facteurs liés à l'environnement (escaliers, tapis). L'épidémiologie des chutes est mal connue car peu d'enquêtes permettent d'en rendre compte. En France métropolitaine, en 2005, 24% des personnes de 65 à 75 ans déclaraient en effet être tombées au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, en 2004, en France métropolitaine, on estimait à 450 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,5%. Toujours en France métropolitaine, on enregistre 4 385 décès à la suite d'une chute en 2004 pour les personnes de 65 ans ou plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,5 pour 100 000, globalement stable entre 2000 et 2004.

■ DES AMÉLIORATIONS DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA CONTRACEPTION, DES GROSSESSES ET DES ACCOUCHEMENTS SONT ENCORE POSSIBLES

Avec plus de 800 000 naissances depuis 2004, la France fait partie des pays industrialisés dans lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. Elle est devenue devant l'Irlande le pays le plus fécond d'Europe. L'âge à la maternité s'établit aujourd'hui à 29,8 ans et 21% des naissances concernent des femmes âgées de 35 ans ou plus contre 15,6% dix ans auparavant. Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales que connaît la société française, il faut rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes. Le nombre de grossesses à risque est en augmentation. Les difficultés à concevoir risquent de s'accroître et les grossesses extra-utérines et les décès maternels évitables demeurent trop fréquents.

En France, le **taux de mortalité maternelle** tend à diminuer depuis la fin des années 1990 et s'établit à 6 pour 100 000 naissances en 2004-2005. Parmi ceux-ci, environ 50% sont jugés évitables, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum. Par ailleurs, l'augmentation de l'âge moyen des mères à la maternité est un facteur à prendre en compte dans le suivi de cet indicateur car au-delà de 35 ans le risque vital maternel est nettement augmenté.

Synthèse

Le **taux de mortalité périnatale** se définit comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants 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 (nombre de décès avant 28 jours d'enfants nés vivants) 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 baisse, le taux de mortalité périnatale évolue à la hausse depuis 2000. Si le changement de réglementation intervenu en 2001¹ est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. L'année 2005 enregistre la seule baisse en sept ans, avec un taux de 10,8 pour 1 000. De même, la mortalité est en augmentation depuis 2001. Elle atteint 9,5 pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie en 2006. La mortalité néonatale a peu évolué mais continue de diminuer, passant de 3 pour 1 000 en 2001 à 2,5 en 2006. En 2006, des disparités territoriales particulièrement importantes entre la métropole et les DOM persistent pour l'ensemble de ces indicateurs.

La survenue de **grossesses extra-utérines (GEU)** favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* peut avoir un impact sur la fertilité. 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 2006, les GEU 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 pour les moins de 20 ans, légèrement inférieur à 2 pour les 35-39 ans et atteint 2,5 à partir de 40 ans. Les régions Corse, Martinique et Guadeloupe enregistrent des ratios supérieurs à 2. La GEU est traitée par une intervention réalisée sous coelioscopie dans environ les deux tiers des cas. Entre 1997 et 2006, 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 doit être observée notamment en lien avec le suivi du recours à l'**interruption volontaire de grossesse (IVG)**. La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives, ne souhaitant pas avoir d'enfant et qui n'utilisent aucune méthode contraceptive demeure de l'ordre de 5 %. Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'IVG n'a que peu varié. Le taux d'IVG, aujourd'hui proche de 14,5 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, se situe parmi les plus élevés d'Europe occidentale : environ 210 000 femmes sont concernées chaque année et près d'une femme sur deux a recours à une IVG au cours de sa vie. Les IVG sont plus fréquentes dans le sud de la France et dans les DOM. Les méthodes médicales de contraception sont de plus en plus utilisées : les Françaises occupent l'une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet. Toutefois, le nombre d'IVG n'a pas chuté et les échecs de contraception demeurent fréquents. Il faut également souligner que les taux d'IVG sont à la hausse pour les mineures depuis quelques années, avec plus de 13 000 IVG en 2006. Parmi les facteurs qui expliquent les échecs de contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué pour les très jeunes femmes. Mais, dans certains groupes sociaux, c'est surtout la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive. Un autre enjeu essentiel est celui de l'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. Le recours à la contraception d'urgence pourrait constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque. Les actions se sont multipliées en matière de contraception. Récemment, une campagne nationale d'information sur la contraception a été promue sous le titre : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Par ailleurs, la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse a été étendue aux centres de planification ou d'éducation familiale et aux centres de santé. La part des IVG médicamenteuses continue de croître et représente 46 % des IVG en 2006.

Certains problèmes de santé concernent des groupes de population spécifiques, par exemple les mères et les enfants (pour la mortalité périnatale ou la mortalité maternelle) ou les femmes d'âge fécond pour les grossesses extra-utérines, les IVG et la contraception. Un ouvrage spécifique sur la santé des femmes a été réalisé par la DREES, à la demande de la ministre de la Santé. Cet ouvrage fait le point sur les données disponibles et propose un panorama de la santé des femmes en France, complétant ainsi les données détaillées ici dans le cadre du suivi des objectifs de la loi de santé publique.

¹ Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants morts nés si la durée de la grossesse était inférieure à 28 semaines d'aménorrhée. Depuis 2001, un acte d'enfant sans vie peut être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant pèse au moins 500 grammes.

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

La loi relative à la politique de santé publique a identifié des objectifs pour des troubles concernant plus particulièrement les personnes âgées : les atteintes sensorielles (non spécifiques mais dont la prévalence augmente fortement avec le grand âge), l'incontinence urinaire, l'ostéoporose, etc.

Les **atteintes sensorielles** sont fréquentes pour les personnes âgées. Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle. La rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome étaient à l'origine de la plupart des cécités. Ces pathologies résultent souvent de carences de dépistage et de traitement précoce.

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

Une personne de 18 ans ou plus sur deux déclare avoir un trouble de la vision de près mais c'est le cas de 85 % des personnes de 65 ans ou plus. 96 % d'entre elles 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 les **difficultés résiduelles** touchent 11 % des personnes de 65 à 84 ans et près de 27 % des personnes de 85 ans ou plus. Les difficultés pour voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées : elles concernent 16 % des personnes de 18 ans ou plus, mais 25 % de celles qui sont âgées de 65 à 84 ans et 39 % de celles qui ont plus de 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 % contre 92 %), notamment pour les personnes âgées de 65 à 84 ans (82 % des personnes de cette classe d'âge jugent la correction efficace) et de 85 ans ou plus (seulement 61 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe identique, les personnes ayant un niveau d'études peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction. Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %), y compris avant 45 ans. Entre 65 et 84 ans, 28 % des personnes déclarent de telles gênes et elles sont 52 % à partir de 85 ans. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne que les corrections visuelles (moins de 60 % déclarées efficaces). Les femmes ont moins de gêne pour entendre que les hommes et, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gêne résiduelle. Le niveau d'études intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

En France, 25 % des femmes de 65 ans et 50 % des femmes de 80 ans seraient atteintes d'**ostéoporose**. On ne dispose pas d'estimation pour la population masculine. L'ostéoporose est caractérisée par une fragilité excessive du squelette, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de la micro-architecture osseuse. Elle est fréquente pour les femmes après la ménopause car la masse osseuse diminue avec l'âge et avec la carence en hormones féminines (oestrogènes). L'ostéoporose est une affection « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle. Par conséquent, le diagnostic est souvent établi lors de la survenue de fractures, notamment celles du col du fémur qui concernent des femmes dans environ 80 % des cas. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités. Le risque de mortalité après fracture de l'extrémité supérieure du fémur est plus élevé pour les personnes âgées. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention à tous les âges de la vie. Pour les personnes âgées, la prévention des fractures repose également sur la prévention des chutes (les chutes représentent 84 % des accidents de la vie courante pour les femmes de 65 ans ou plus) et par des stratégies de réduction des incapacités pour les personnes âgées. Les fractures du col du fémur ont motivé près de 76 000 séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO en 2006 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 décliné en moyenne 1,3 % par an entre 1997 et 2006 pour les hommes et de 1,7 % pour les femmes. En 2006, les départements français d'Amérique ont enregistré des taux standardisés d'hospitalisation très inférieurs à la moyenne nationale.

Synthèse

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 pour les femmes ménopausées. En 2006, 12,3% des femmes de plus de 16 ans déclarent des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge : elle concerne plus de 20% des femmes après 65 ans. Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, ce trouble étant probablement sous-déclaré.

■ LA PRISE EN COMPTE DES ÉTATS PATHOLOGIQUES PROVOQUÉS PAR LE SYSTÈME DE SOINS LUI-MÊME ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SE DÉVELOPPE

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

La première enquête nationale sur les EIG liés aux soins (ENEIS), réalisée en 2004 dans les unités de court séjour à l'exception des services d'obstétrique, est en cours de réédition (les résultats sont attendus pour 2010). En 2004, on estime qu'entre 350 000 et 450 000 EIG sont survenus, soit 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation. L'iatrogénie due aux médicaments en particulier peut être suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Dans l'ensemble des établissements de santé, la proportion de séjours motivés par des EIG médicamenteux était estimée à 2,8% et la proportion globale pour l'ensemble des services de médecine et chirurgie publics et privés à 1,6%. Pour les infections nosocomiales, les données de surveillance mettent en évidence une diminution globale (-12%) de la prévalence des patients infectés entre 2001 et 2006. Pour les patients à faible risque infectieux et pour les interventions chirurgicales les plus fréquentes, l'incidence des infections du site opératoire a diminué entre 1999 et 2005. Ces résultats suggèrent un impact positif du programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

Les **douleurs chroniques rebelles** sont sources d'incapacités et de handicaps ainsi que d'altérations majeures 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, 30% des personnes de 15 ans ou plus déclarent des douleurs physiques d'une intensité importante et c'est le cas de plus de 60% des 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. 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. Près de trois femmes sur quatre ayant accouché en 2003 ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient moins d'une sur deux en 1995. Des variations importantes sont cependant enregistrées selon le statut social (63,4% des femmes sans profession contre 82,9% des cadres). La pratique de la péridurale ou de la rachianesthésie diminue avec le rang d'accouchement : elle s'élève à 83,8% lors de l'accouchement pour un premier enfant contre 55% pour un quatrième enfant. Par ailleurs, plus de 80% des personnes interrogées sur la prise en charge de douleurs au cours des douze derniers mois se déclarent globalement satisfaites. Enfin, entre 2002 et 2006, les médicaments de lutte contre la douleur sont davantage prescrits dans leur ensemble et notamment les antalgiques opioïdes et les antalgiques antipyrétiques (en dehors de l'aspirine).