

6. Déterminants, santé populationnelle et pathologies spécifiques

Les déterminants liés à l'environnement	113
Facteurs de risques, habitudes de vie et prévention	123
Déterminants liés aux conditions de travail	151
Santé de la reproduction et périnatalité	165
Santé de l'enfant	187
Vieillesse et pathologies neurodégénératives	201
Santé au travail	213
Cancer	221
Maladies cardio-vasculaires et respiratoires	241
Diabète	271
Insuffisance rénale	281
Santé mentale	287
Maladies infectieuses	297
Limitations fonctionnelles	319
Insécurité routière et traumatismes/accidents de la vie courante	327
La santé bucco-dentaire	335

Les déterminants liés à l'environnement

Mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO)	114
Exposition de la population aux polluants atmosphériques	116
Qualité de l'eau de distribution publique	118
Exposition au radon	120

Mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO)

Contexte

La réduction du risque accidentel lié à l'utilisation d'appareils, d'installations ou de moteurs thermiques produisant du CO, inscrite dès la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, demeure un enjeu par la persistance d'un nombre annuel de personnes intoxiquées ou de décès et leur caractère évitable pour la plupart d'entre eux.

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. On différencie la mortalité par intoxication au CO « certaine » correspondant aux décès pour lesquels le CO est clairement identifié, de la mortalité « possible » comprenant des décès pour lesquels on ne peut affirmer que le gaz en cause

est bien le CO. Les fourchettes de chiffres (décès certains/décès possibles) sont présentées, la mortalité n'étant qu'un indicateur partiel du problème de santé publique posé par l'intoxication au CO qui provoque environ 3 000 passages aux urgences hospitalières chaque année, dont certaines suivies de séquelles irréversibles.

Indicateurs principaux

► Nombre de décès et taux brut de mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO)

En 2013, on dénombre 58 décès par intoxication au CO de cause certaine (hors incendies et suicides) et 98 si l'on ajoute les décès pour lesquels l'intoxication au CO est une cause possible. Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) a régulièrement diminué en France métropolitaine depuis la fin des années 1970, passant de 260/280 (décès certains/décès possibles) sur la période 1979-1984, à 174/183 sur la période 1990-1994 puis

à 98/75 dans les années 2005-2009 (tableau 1). Les taux annuels bruts de mortalité ont connu une décroissance régulière au cours du temps. En 2013, le taux brut de mortalité par intoxication au CO certaine est de 0,09 pour 100 000 habitants, ce qui représente une diminution de plus de 80 % par rapport à celui de 1979. Toutefois, depuis 2003, les taux annuels de mortalité bruts demeurent à un niveau stable, après une longue période de diminution (graphique 1).

Depuis 1990, les décès hors suicides et incendies représentent chaque année 35 % à 46 % de l'ensemble des décès qui mettent en cause de façon certaine le CO. Les taux de mortalité annuels moyens par intoxication au CO (hors incendies et suicides) augmentent avec l'âge (tableau 1). Ils sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et cela quelles que soient la classe d'âges et la période considérées.

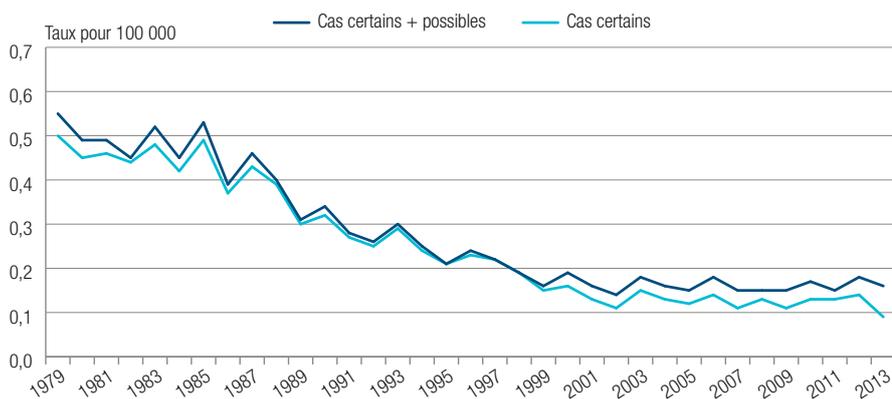
Sur la période 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès selon la région (ancien découpage) varie de 1 en Corse à 13 en Nord - Pas de Calais. Le taux moyen annuel brut de mortalité varie de 0,10 décès pour 100 000 habitants en Rhône-Alpes à 0,31 décès pour 100 000 habitants dans le Nord - Pas de Calais.

La situation de la France par rapport aux autres pays européens n'a pu être évaluée en l'absence de données internationales comparables. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Santé publique France

GRAPHIQUE 1

Évolution du taux brut* de mortalité (certaine et certaine/possible) par intoxication au CO (hors incendies et suicides), entre 1979 et 2013



* Taux de mortalité pour 100 000 habitants.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Synthèse

La mortalité par intoxication au CO demeure à un niveau stable depuis 2003, après avoir régulièrement diminué entre la fin des années 1970 et 2000. En 2013, le taux brut de mortalité est de 0,09 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Quelle que soit la période d'observation, la mortalité par intoxication au CO est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'âge.

TABLEAU 1

Nombre annuel moyen de décès certains par intoxication au CO (hors incendies et suicides) et taux annuels moyens spécifiques de mortalité par sexe et âge

	1979-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009		2010-2013*	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Femmes														
< 25 ans	28	0,28	21	0,20	10	0,10	8	0,08	6	0,06	3	0,03	1	0,01
25-44 ans	14	0,19	15	0,18	12	0,14	7	0,08	4	0,05	3	0,04	3	0,04
45-64 ans	13	0,22	13	0,21	16	0,24	9	0,13	8	0,12	7	0,08	5	0,06
≥ 65 ans	48	1,07	33	0,65	32	0,70	26	0,49	17	0,42	15	0,25	17	0,27
Total**	103	0,37	81	0,27	69	0,23	50	0,17	35	0,12	28	0,09	27	0,08
Hommes														
< 25 ans	35	0,34	31	0,30	17	0,17	11	0,12	7	0,07	6	0,06	2	0,02
25-44 ans	50	0,66	50	0,61	33	0,38	23	0,27	14	0,17	10	0,12	8	0,10
45-64 ans	36	0,64	38	0,62	29	0,47	23	0,35	16	0,23	16	0,21	18	0,22
≥ 65 ans	38	1,33	40	1,13	26	0,90	23	0,64	16	0,41	15	0,35	20	0,45
Total**	159	0,6	159	0,56	105	0,38	80	0,28	53	0,19	47	0,16	49	0,16

N : nombre.

* Période de 4 ans.

** Il s'agit d'effectif moyen annuel par classe d'âges, le total pouvant différer de la somme des classes d'âges.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

TABLEAU 2

Nombre annuel moyen de décès certains et possibles* par intoxication au CO (hors incendies et suicides) et taux annuels moyens spécifiques de mortalité par sexe et âge

	1979-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009		2010-2013**	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Femmes														
< 25 ans	29	0,29	22	0,22	10	0,1	8	0,08	6	0,06	4	0,4	1	0,01
25-44 ans	15	0,2	15	0,18	12	0,14	7	0,08	6	0,07	4	0,05	4	0,04
45-64 ans	14	0,24	13	0,21	17	0,25	9	0,14	7	0,1	6	0,07	8	0,1
≥ 65 ans	51	1,13	34	0,68	33	0,73	27	0,5	22	0,39	19	0,31	24	0,37
Total***	109	0,39	84	0,28	72	0,24	51	0,17	41	0,13	33	0,1	37	0,11
Hommes														
< 25 ans	38	0,36	33	0,3	18	0,18	12	0,12	9	0,09	8	0,08	4	0,04
25-44 ans	54	0,71	52	0,61	34	0,39	24	0,28	18	0,22	16	0,19	13	0,16
45-64 ans	40	0,7	40	0,62	31	0,49	23	0,35	22	0,32	20	0,27	26	0,32
≥ 65 ans	41	1,43	41	1,13	28	0,97	24	0,67	22	0,55	21	0,49	27	0,59
Total***	172	0,65	167	0,56	111	0,4	84	0,29	71	0,25	65	0,21	71	0,23

N : nombre.

* 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).

** Période de 4 ans.

*** Il s'agit d'effectif moyen annuel par classe d'âge, le total pouvant différer de la somme des classes d'âges.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Nombre de décès et taux brut de mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO)

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc). ► **Mode de 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) : T58 en cause associée + 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, X47, Y17 en cause initiale ou associée (et absence d'individualisation en clair du gaz CO). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : 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 cause initiale n'individualise l'intoxication au CO et le code T58 « effets toxiques du CO » n'est pas systématiquement mentionné en cause associée lorsque l'intoxication au CO est certifiée [code T58 présent pour seulement 13 % des décès dont le certificat mentionne l'intoxication accidentelle au CO (années ≥ 2000)]. 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 à partir de 2000. 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** : Santé publique France.

Exposition de la population aux polluants atmosphériques

Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la pollution de l'air est à l'origine d'environ 7 millions de décès prématurés par an dans le monde, dont 3,7 millions du fait de la pollution de l'air extérieur. En 2013, l'OMS a classé la pollution et les particules de l'air extérieur comme cancérigènes certains pour l'homme. En 2015, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution constatant l'impact sur la santé de la pollution de l'air et invitant les pays à agir pour réduire cette pollution. En France, la pollution de l'air extérieur fait l'objet d'une surveillance via un réseau de capteurs répartis sur l'ensemble du territoire, complété par de la modélisation. La France est en situation de contentieux du fait de concentrations en particules PM10¹ ne respectant pas la réglementation européenne. D'autres contentieux sont possibles en raison de concentrations en dioxyde d'azote (NO₂) et d'émissions en oxydes d'azote (NO_x = NO + NO₂) dépassant les seuils européens.

Indicateurs

► Émissions polluantes nationales

Une réduction des émissions nationales des principaux polluants atmosphériques est observée depuis 1990 (tableau 1). En 2014, les émissions les plus importantes concernent le monoxyde de carbone (3 090 kilotonnes) et les oxydes d'azote (886 kilotonnes).

► Concentrations mesurées dans l'air ambiant pour les polluants réglementés

Depuis 2000, la moyenne annuelle des concentrations en dioxyde d'azote (NO₂) a diminué de façon progressive pour se stabiliser ces dernières années (graphique 1). En 2014, la moyenne annuelle des concentrations observées en fond urbain est de 19 µg/m³ contre 20 µg/m³ en 2013. Sur les stations localisées à proximité du trafic routier, et davantage affectées par les émissions automobiles, la moyenne annuelle est de 42 µg/m³ (44 µg/m³ en 2013). En 2014, le seuil annuel pour la protection de la santé humaine n'est pas respecté pour 8,8 % des stations de mesure, principalement situées à proximité du trafic routier et dans des grandes agglomérations (Paris, Lyon, Marseille - Aix-en-Provence, Strasbourg, Toulouse, Grenoble, Nice, Montpellier, Rouen, Clermont-Ferrand,

Saint-Étienne, Toulon et Rennes). Le seul site où le seuil horaire (200 µg/m³ et à ne pas dépasser plus de 18 heures/an) n'est pas respecté se situe à proximité du trafic routier (A7) dans l'agglomération de Lyon.

De 2007 à 2014, les concentrations moyennes annuelles en particules PM10 mesurées diminuent (-1 à -3 µg/m³ entre 2013 et 2014 selon le type de station) pour atteindre 24 µg/m³ (à proximité du trafic routier) et 19 µg/m³ (en fond urbain) en 2014 (graphique 2). Les concentrations moyennes annuelles en PM10 sont plus variables sur les stations situées à proximité du trafic routier que sur les stations de fond urbain. En 2014, le seuil journalier pour la protection de la santé humaine n'est pas respecté sur 1,5 % des sites de surveillance du territoire (5 % en 2013), principalement sur des sites à proximité du trafic routier (régions Île-de-France, Auvergne - Rhône-Alpes et Martinique). Un site dépasse en 2014 le seuil annuel, contre deux en 2013 ; il s'agit d'un site de type trafic situé à Saint-Denis, à proximité de l'autoroute A1, et où est également dépassé le seuil journalier. Sur la période 2009-2014, les concentrations en particules PM2.5² ont baissé à proximité du trafic routier et en fond urbain ; en 2014, la moyenne annuelle est respectivement de 14 µg/m³ et de 12 µg/m³.

Depuis les années 2000, il est observé une augmentation de l'ordre de 8 % de la moyenne annuelle du niveau de fond en ozone (O₃) sur les sites de fond urbain en France (graphique 3). Sur la période 2000-2015, le pourcentage de stations de mesure qui ne respectent pas le seuil pour la protection de la santé humaine et le seuil pour la protection de la végétation en ozone a diminué et atteint respectivement 8,8 % et 23 % sur la dernière période étudiée. Cette tendance peut s'expliquer par des conditions météorologiques plus favorables à la formation d'O₃ en début de période, en 2003 et 2006 notamment.

Les concentrations moyennes annuelles en dioxyde de soufre (SO₂) baissent et atteignent en 2014 des concentrations très inférieures à l'objectif de qualité de 50 µg/m³ (3,0 et 1,8 µg/m³ en moyenne respectivement à proximité d'industries et en fond urbain).

► Concentrations mesurées dans l'air pour les autres polluants

Les émissions d'arsenic (As), cadmium (Cd), nickel (Ni) et mercure (Hg), issues majoritairement

de l'industrie, baissent de 57 à 8 % depuis 2000 selon les métaux. En 2014, leurs concentrations sont inférieures aux seuils réglementaires, hormis sur un site en Auvergne - Rhône-Alpes pour l'As. Les émissions de plomb (Pb), issues principalement du transport routier et de l'industrie diminuent (-97 % depuis 2000), les concentrations respectant la réglementation en 2014.

Le résidentiel (chauffage au bois principalement) représente 61 % des émissions d'hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) en 2013. En 2014, les concentrations en benzo[a]pyrène (B[a]P) et en benzène sont inférieures aux seuils réglementaires, hormis respectivement sur 2 sites de mesure (en Moselle et Haute-Savoie) et sur 14 sites de mesure (Moselle, Lyon, Paris, Marseille, Le Havre, Toulouse et en Côte-d'Or), à proximité d'industries et du trafic routier. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Direction générale de la santé

1. PM10 : particules en suspension de taille inférieure à 10 micromètres.

2. PM2.5 : particules en suspension de taille inférieure à 2,5 micromètres.

○ Synthèse

Malgré la réduction des émissions nationales des principaux polluants, les concentrations mesurées dans l'air ambiant de nombreux polluants atmosphériques (notamment les particules, le NO₂ et l'O₃) restent stables dans la plupart des villes françaises, et dépassent généralement les lignes directrices établies par l'OMS en 2005 et les valeurs réglementaires européennes et nationales. Ainsi, en France, les niveaux de pollution de l'air rencontrés actuellement continuent d'être à l'origine d'effets significatifs sur la santé (respiratoires, cardio-vasculaires, neurologiques, sur le fœtus...) particulièrement chez les personnes fragiles (jeunes enfants...), et cela même à des concentrations inférieures aux valeurs réglementaires. Santé publique France estime que la pollution par les particules fines PM2.5 émises par les activités humaines est à l'origine chaque année, en France continentale, d'au moins 48 000 décès prématurés (soit 9 % de la mortalité en France). Le Sénat estime le coût total de la pollution de l'air (extérieur et intérieur) entre 68 et 97 milliards d'euros par an pour la France, dont une large part liée aux impacts sanitaires.

TABLEAU 1

Évolution des émissions des principaux polluants atmosphériques entre 1990 et 2014, entre 2000 et 2014, et émissions totales en 2014 et en 2015 (données estimées)

Polluant	Évolution entre 1990 et 2014	Évolution entre 2000 et 2014	Émissions totales en 2014*	Émissions totales estimées en 2015
Particules totales en suspension (TSP)	-33 %	-23 %	845 kt	851 kt
Particules de taille inférieure à 10 micromètres (PM10)	-52 %	-40 %	276 kt	281 kt
Particules de taille inférieure à 2,5 micromètres (PM2,5)	-60 %	-47 %	169 kt	174 kt
Particules de taille inférieure à 1 micromètre (PM1)	-66 %	-53 %	116 kt	121 kt
Dioxyde de soufre (SO ₂)	-87 %	-73 %	169 kt	164 kt
Oxydes d'azote (NO _x)	-55 %	-45 %	886 kt	864 kt
Ammoniac (NH ₃)	1 %	-1 %	708 kt	708 kt
Composés organiques volatils non méthaniques (COVNM)	-73 %	-61 %	639 kt	647 kt
Monoxyde de carbone (CO)	-70 %	-53 %	3090 kt	3103 kt
Benzène	Non disponible	-65 %	10 kt	Non disponible
Arsenic (As)	-69 %	-65 %	5,4 t	5,5 t
Cadmium (Cd)	-86 %	-79 %	2,9 t	2,8 t
Chrome (Cr)	-95 %	-81 %	19 t	20 t
Cuivre (Cu)	-6 %	-5 %	208 t	210 t
Mercurure (Hg)	-84 %	-67 %	3,9 t	3,8 t
Nickel (Ni)	-86 %	-78 %	40 t	39 t
Plomb (Pb)	-97 %	-58 %	117 t	116 t
Sélénium (Se)	-28 %	-29 %	11 t	11 t
Zinc (Zn)	-79 %	-53 %	467 t	471 t

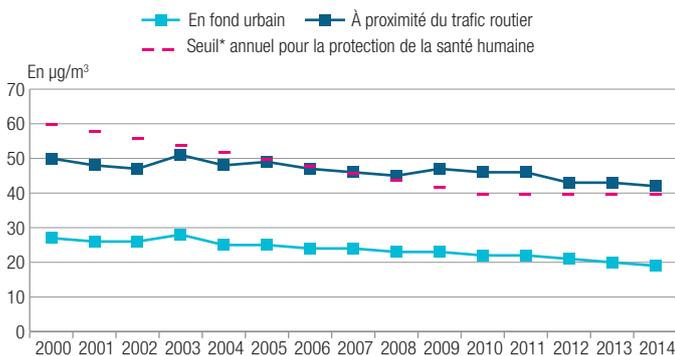
* Relativement aux périmètres de la CEE-NU/NEC, les émissions répertoriées hors total national sont les suivantes : les émissions maritimes internationales, les émissions de la phase croisière (≥ 1000 m) des trafics aériens domestique et international, ainsi que les émissions des sources biotiques de l'agriculture et des forêts et les émissions des sources non anthropiques.

Champ • France métropolitaine.

Source • Inventaire des émissions de polluants atmosphériques et de gaz à effet de serre en France. Séries sectorielles et analyses étendues. Format SECTEN (CITEPA).

GRAPHIQUE 1

Évolution des concentrations moyennes annuelles en dioxyde d'azote (NO₂), entre 2000 et 2014 (en µg/m³)



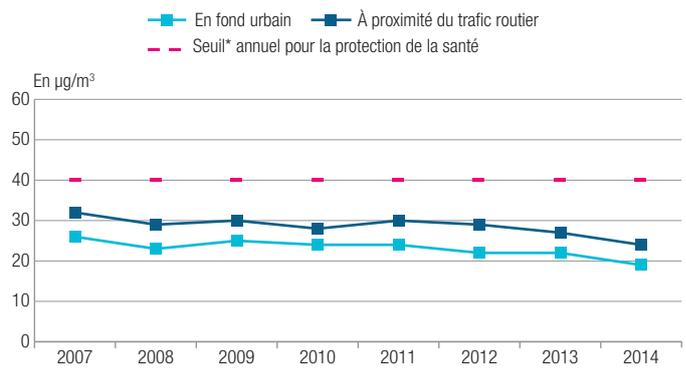
* Article R.221-1 du Code de l'environnement.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • Bilan de la qualité de l'air en France en 2014 (MEEM, LCSQA).

GRAPHIQUE 2

Évolution des concentrations moyennes annuelles en particules PM10, entre 2000 et 2014 (en µg/m³)



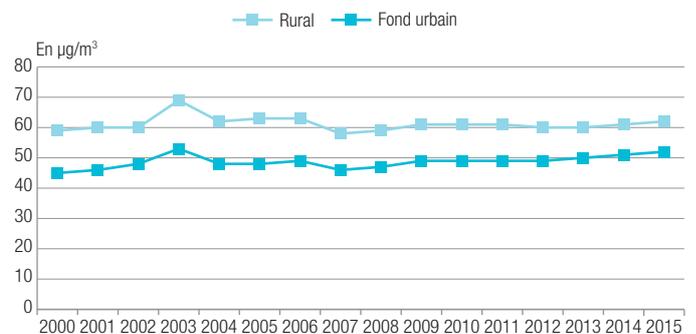
* Article R.221-1 du Code de l'environnement.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • Bilan de la qualité de l'air en France en 2014 (MEEM, LCSQA).

GRAPHIQUE 3

Évolution des concentrations moyennes annuelles en ozone (O₃), entre 2000 et 2015 (en µg/m³)



Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air.

INDICATEUR • Émissions polluantes nationales

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Source** : Inventaire des émissions de polluants atmosphériques et de gaz à effet de serre en France. Séries sectorielles et analyses étendues. Format SECTEN (CITEPA). ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CITEPA.

INDICATEUR • Concentrations mesurées dans l'air ambiant

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Source** : Bilan de la qualité de l'air en France en 2014 (MEEM, LCSQA). ► **Référence** : Direction générale de l'énergie et du climat, 2015, « Bilan de la qualité de l'air en France en 2014. Principales tendances observées au cours de la période 2000-2014 », ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer (MEEM) et données du LCSQA. ► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer ; Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air.

Qualité de l'eau de distribution publique

Contexte

La directive européenne 98/83/CE relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, transposée dans le code de la santé publique, fixe notamment des exigences de qualité pour l'eau du robinet. Les captages, les installations de traitement et les réseaux de distribution d'eau, jusqu'au robinet du consommateur, font l'objet d'un contrôle sanitaire régulier par les agences régionales de santé (ARS). Ce contrôle comprend la réalisation d'un programme de prélèvements et d'analyses d'eau, au niveau des ressources et en différents points des installations de production et de distribution d'eau. La fréquence des prélèvements et la typologie des contrôles sont fixées réglementairement et dépendent de plusieurs paramètres (vulnérabilité de la ressource, quantités d'eau prélevées, importance de la population desservie). Les exploitants réalisent également leur propre surveillance de la qualité de l'eau. Ce suivi sanitaire à deux niveaux fait de l'eau délivrée au robinet l'une des denrées alimentaires les plus contrôlées en France.

Deux indicateurs ont été retenus pour suivre la qualité de l'eau distribuée par le réseau public :

- les micro-organismes dans l'eau du robinet : leur présence fait courir un risque à court terme au consommateur ; les pathologies induites, le plus souvent bénignes (troubles gastro-intestinaux) dépendent de la nature des germes présents, de leur concentration et de la sensibilité du consommateur ;

- les pesticides dans l'eau potable : leur présence donne des indications sur la qualité des ressources en eau. Des études récentes ont mis en évidence des liens entre exposition aux pesticides et effets à plus long terme sur la santé (cancers, effets neurologiques, troubles de la reproduction essentiellement). D'après l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses, 2013), l'eau du robinet contribue à moins de 5 % des apports totaux en pesticides par l'alimentation.

Indicateurs

► Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les paramètres microbiologiques

La qualité bactériologique de l'eau est évaluée à partir de deux germes indicateurs de contamination fécale (*Escherichia coli* et entérocoques) qui doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau.

En 2015, 2,4 % de la population (soit environ 1,5 million d'habitants) sont alimentés par de l'eau ayant été au moins une fois non conforme aux paramètres microbiologiques au cours de l'année contre 8,8 % en 2000. Cette proportion a régulièrement diminué depuis le début des années 2000 (graphique 1). Cette diminution reflète les efforts réalisés par les personnes responsables de la production ou de la distribution de l'eau et les ARS pour améliorer la qualité microbiologique de l'eau de la distribution publique. La protection des captages et l'amélioration des conditions de gestion des installations de production, de stockage et de distribution de l'eau concourent notamment à l'amélioration progressive de la situation. Cependant, cette diminution est moins forte depuis 2009, traduisant les difficultés à distribuer sur l'ensemble du territoire de l'eau en permanence conforme vis-à-vis des paramètres microbiologiques, en particulier en zone rurale dans les petites unités de distribution (carte 1).

► Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les pesticides

La limite de qualité dans l'eau potable est fixée à 0,1 µg/l par pesticide individuel (et à 0,5 µg/l pour la somme des pesticides mesurés). Cette limite est un indicateur de la possible dégradation de la qualité des ressources en eau ; elle est, sauf pour quelques pesticides, inférieure à la « valeur sanitaire maximale » à

partir de laquelle un risque sanitaire existe pour le consommateur. Au-dessus de cette valeur sanitaire, des restrictions de consommation sont prononcées.

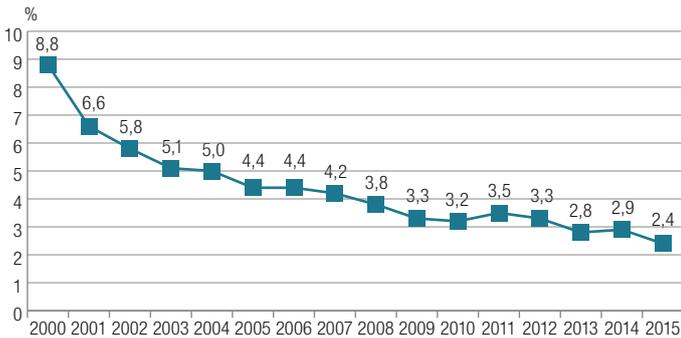
En 2014, la proportion de la population alimentée par de l'eau ayant été non conforme au moins une fois aux limites de qualité des pesticides était de 6 % (environ 3,9 millions d'habitants). Cette proportion est en légère baisse après deux années de hausse à mettre en relation notamment avec l'émergence de nouvelles substances détectées dans l'eau et avec les conditions météorologiques (tableau 1). En 2014, dans 65 départements, plus de 95 % de la population ont été desservis par une eau respectant en permanence la limite de qualité des pesticides (carte 2). ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Direction générale de la santé

🕒 Synthèse

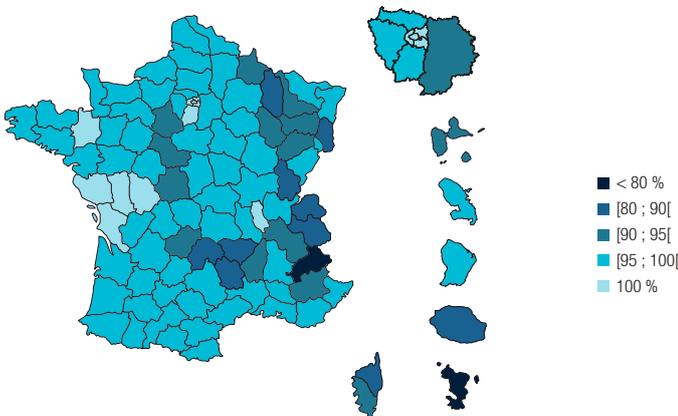
La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques au cours de l'année a diminué de 6,4 points entre 2000 et 2015 (2,4 %). La poursuite des travaux de mise en conformité des installations de production et de distribution d'eau potable ainsi que l'amélioration des traitements de désinfection doivent être encouragées afin d'être en mesure de distribuer sur l'ensemble du territoire de l'eau en permanence conforme vis-à-vis des paramètres microbiologiques. S'agissant des pesticides, le pourcentage de population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme dans l'année est en léger recul après deux années de hausse s'expliquant notamment par des dépassements ponctuels, de moins de 30 jours cumulés sur l'année, des seuils de qualité pour des unités de distribution à forte population. Pour la quasi-totalité de la population alimentée par une eau non conforme, les dépassements des seuils de qualité ont été limités en concentration et/ou dans le temps, et n'ont pas nécessité de restriction de l'usage de l'eau du robinet pour la cuisson et la préparation des aliments.

GRAPHIQUE 1
Proportion de la population desservie par de l'eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les paramètres microbiologiques, entre 2000 et 2015



Champ • France entière.
Source • Base nationale de données SISE-Eaux (ministère chargé de la Santé).

CARTE 1
Proportion de la population desservie par une eau de bonne qualité bactériologique, en 2015



Champ • France entière.
Source • Base nationale de données SISE-Eaux (ministère chargé de la Santé).

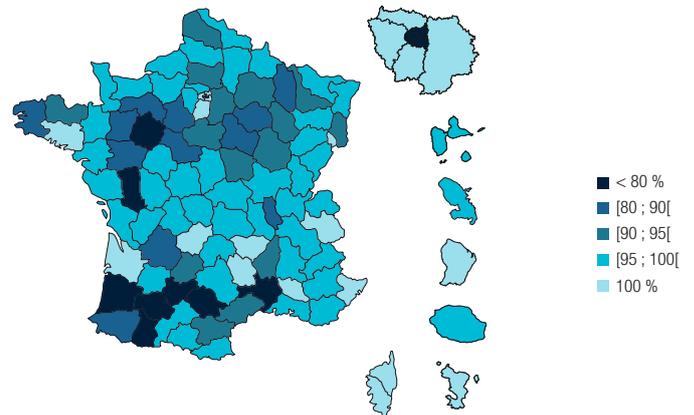
TABLEAU 1
Proportion de population desservie par une eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les pesticides, entre 2003 et 2014

Année	Proportion de la population
2003	9,0 %
2004	6,8 %
2005	6,2 %
2006	5,1 %
2007	8,4 %*
2008	8,1 %*
2009	3,0 %
2010	4,0 %
2011	2,7 %
2012	4,5 %
2013	7,0 %
2014	6,0 %

* Chiffres élevés essentiellement du fait de faibles dépassements ponctuels des limites de qualité, notamment dans des unités de distribution d'eau d'Île-de-France desservant un nombre élevé de population.

Champ • France entière.
Source • Base nationale de données SISE-Eaux (ministère chargé de la Santé).

CARTE 2
Proportion de population alimentée par de l'eau en permanence conforme pour les paramètres pesticides, en 2014



Champ • France entière.
Source • Base nationale de données SISE-Eaux (ministère chargé de la Santé).

INDICATEURS • Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les paramètres microbiologiques
• Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les pesticides

► **Champ** : France entière. ► **Source** : Base nationale de données SISE-Eaux (ministère chargé de la Santé).

► **Mode de construction des indicateurs** :

– Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques : population desservie par de l'eau ayant présenté des dépassements des limites de qualité microbiologiques au cours de l'année, divisée par la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire au cours de l'année. Compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, cet indicateur se fonde sur le respect des limites de qualité microbiologique (*Escherichia coli* et entérocoques) pour 95 % des prélèvements réalisés annuellement dans le cadre du contrôle sanitaire.

– Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les pesticides : Population desservie par de l'eau ayant présenté des dépassements des limites de qualité vis-à-vis des pesticides au cours de l'année, divisée par la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire.

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Direction générale de la santé.

Exposition au radon

Contexte

Le radon est un gaz naturel inodore et radioactif provenant de la désintégration de l'uranium et du radium. Il est présent partout à la surface de la Terre mais plus particulièrement au niveau des sous-sols granitiques et volcaniques. La concentration du radon dans l'air extérieur est généralement trop faible pour être préoccupante pour la santé (inférieure à 10 Bq.m^{-3}). En revanche, lorsque le radon s'infiltré dans un espace clos tel une maison ou un sous-sol, du fait des caractéristiques du bâti (procédé de construction, état de la surface des sols), il peut s'accumuler à des concentrations élevées susceptibles de présenter un risque pour la santé.

Depuis 1987, le radon est classé comme cancérogène pulmonaire certain pour l'homme par le CIRC. Il constitue la seconde cause de cancer du poumon après le tabagisme.

L'exposition domestique au radon serait responsable de 5 % à 12 % des décès annuels par cancer du poumon. Il existe une relation dose/effet linéaire entre l'exposition moyenne (pondérée sur les 30 années précédant le diagnostic) et le risque relatif de cancer du poumon. Par ailleurs, une interaction entre le radon et le tabac a été mise en évidence.

Depuis 2004, la réglementation nationale oblige certains établissements recevant du public, situés dans 31 départements¹ jugés prioritaires pour la gestion du risque lié au radon à faire réaliser des mesures de concentration du radon par des organismes agréés. Cette réglementation a été étendue aux lieux de travail souterrains pour certaines catégories d'activités professionnelles en 2008. Dès lors que la concentration en radon dépasse 400 Bq.m^{-3} , des actions correctrices doivent être mises en œuvre. Au niveau de l'habitat individuel, il n'existe actuellement aucune réglementation, mais le Haut Conseil de la santé publique recommande toutefois de fixer à terme un seuil réglementaire à 300 Bq.m^{-3} pour la mise en place d'actions correctrices. De plus, la directive Euratom récemment publiée demande aux États membres de l'UE de fixer des niveaux de référence nationaux pour les concentrations de radon à l'intérieur des bâtiments qui ne devraient pas excéder 300 Bq.m^{-3} en moyenne annuelle². La gestion du risque lié au radon, notamment dans l'habitat, est présente dans plusieurs plans nationaux dont le Plan cancer 2011-2015, les plans nationaux santé environnement 1, 2 et 3 et

le Plan cancer 2009-2013. Un nouveau plan d'actions 2016-2018 pour la politique en matière de gestion du risque lié au radon est en cours d'élaboration (Autorité de sûreté nucléaire, ASN).

Indicateurs

► Pourcentage d'établissements recevant du public (ERP) ayant des taux de radon supérieurs aux seuils réglementaires, dans les zones considérées comme prioritaires, parmi ceux dans lesquels le radon a été mesuré

Sur l'ensemble des campagnes de mesures réalisées entre 2005 et 2014, dans les 31 départements prioritaires, le pourcentage d'établissements où sont mesurées des concentrations en radon supérieures à 400 Bq.m^{-3} varie entre 13 et 23 %, tandis que les établissements où les concentrations mesurées excèdent les $1\,000 \text{ Bq.m}^{-3}$ représentent entre 3 et 7 % (tableau 1). Globalement, les pourcentages de résultats supérieurs aux niveaux d'action (400 et $1\,000 \text{ Bq.m}^{-3}$) restent comparables d'une année sur l'autre, même si la proportion d'établissements ayant des taux supérieurs à 400 Bq.m^{-3} a augmenté entre 2005-2006 et 2007-2008 avant de se stabiliser.

Les ERP à vocation d'enseignement font l'objet d'un effort particulier, en termes d'établissements contrôlés, justifié à la fois par l'ampleur de la population exposée et par la longue durée d'exposition de celle-ci. Dans ces établissements, la proportion de mesures avec des concentrations supérieures à 400 Bq.m^{-3} ne montre pas d'évolution entre les campagnes annuelles 2005-2006 et 2011-2012.

► Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant avoir entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol

Le Baromètre cancer réalisé en 2010 a permis d'évaluer la proportion de personnes d'un échantillon représentatif de la population française connaissant le radon. En 2010, un individu entre 15 et 75 ans sur cinq a déjà entendu parler du radon et sait qu'il s'agit d'un gaz naturel provenant du sol (tableau 2). Cette connaissance est plus fréquente chez les hommes (24,6 % contre 15,5 % chez les femmes) et chez les personnes les plus âgées (29,4 % chez les 65-75 ans contre 4,6 % chez les 15-25 ans). Si moins de 10 % des

personnes dont la scolarité s'est arrêtée avant le baccalauréat ont connaissance du radon, c'est un tiers de celles ayant un niveau d'études supérieur au bac qui en ont connaissance. Cette proportion atteint 43 % chez ceux qui ont fait au moins 5 ans d'études après le baccalauréat. Les fumeurs rapportent une moins bonne connaissance du risque radon (15 % contre 22,5 %). Enfin, les individus qui résident dans un département concerné par le risque radon connaissent davantage le radon (29,3 % contre 17,7 %) mais cette proportion reste encore bien en deçà de la majorité. Après ajustement mutuel sur les autres facteurs significatifs, l'ensemble des différences observées demeure.

► Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant se sentir concernés par un problème de radon dans leur habitation

Parmi les 282 personnes du Baromètre cancer 2010 qui ont connaissance du radon et de son origine et qui résident dans l'un des 31 départements¹ concernés par ce risque, 27,9 % estiment que le radon présente un risque « plutôt » ou « très » élevé dans le département. Seules 15,4 % d'entre elles se sentent personnellement concernées par un risque radon dans leur habitation. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Institut national du cancer

1. Allier, Hautes-Alpes, Ardèche, Ariège, Aveyron, Calvados, Cantal, Corrèze, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Côtes-d'Armor, Creuse, Doubs, Finistère, Indre, Loire, Haute-Loire, Lozère, Haute-Marne, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Rhône, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Savoie, Deux-Sèvres, Haute-Vienne, Territoire de Belfort.

2. Le HCSP avait recommandé en 2010 que le seuil soit abaissé à 300 Bq.m^{-3} , à l'instar des Pays-Bas, de la Belgique et de l'Allemagne, considérant que le seuil de la réglementation actuelle (400 Bq.m^{-3}) est associé à un niveau de risque additionnel très élevé de cancer du poumon, de l'ordre de $21,10^{-3}$ selon la publication CIPR 65 (Commission internationale de protection radiologique), par rapport à un logement qui connaîtrait des teneurs de 100 Bq.m^{-3} . L'OMS préconise, quant à elle, de passer cette valeur à 100 Bq.m^{-3} , tout en précisant qu'en cas d'impossibilité, la valeur retenue ne devrait pas dépasser 300 Bq.m^{-3} . La directive Euratom fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants a été publiée en décembre 2013 et demande aux États membres de l'UE de fixer des niveaux de référence nationaux pour les concentrations de radon à l'intérieur des bâtiments qui ne devraient pas excéder 300 Bq.m^{-3} en moyenne annuelle.

○ Synthèse

Le radon est un gaz d'origine naturelle, radioactif et inodore, présent dans le sol et pouvant s'accumuler dans l'air intérieur des bâtiments. Il s'agit d'un cancérigène pulmonaire certain, identifié comme le second facteur de risque de cancer du poumon derrière le tabac. Des actions de prévention simples permettent de réduire sa concentration au sein des bâtiments (aération et étanchéité). Pourtant, le radon et les risques sanitaires qui lui sont liés sont largement méconnus de la population.

TABLEAU 1
Évolution entre 2005 et 2014 des résultats des mesures de radon dans les établissements recevant du public (établissements d'enseignement, sanitaires et sociaux, thermaux et pénitentiaires)

Campagnes de mesures	Nombre d'établissements contrôlés	% établissements > 400 Bq.m ⁻³	% établissements > 1 000 Bq.m ⁻³
2005/2006	2 966	13	3
2006/2007	3 000	15	4
2007/2008	1 204	21	6
2008/2009	800	18	6
2009/2010	510	20	5
2010/2011	644	19	5
2011/2012	1 484	21	4
2012/2013	1 062	23	7
2013/2014	862	22	4

Champ • 31 départements de France métropolitaine jugés prioritaires pour la gestion du risque lié au radon (voir note 1).

Source • Rapport ASN sur l'état de la sûreté nucléaire et la radioprotection en France en 2014.

TABLEAU 2
Proportion d'enquêtés ayant déjà entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol, selon le profil sociodémographique

Variables	
Globalement	19,9 %
Sexe	***
Hommes	24,6 %
Femmes	15,5 %
Classe d'âges	***
15-25 ans	4,6 %
26-34 ans	12,2 %
35-44 ans	23,6 %
45-54 ans	24,7 %
55-64 ans	27,5 %
65-75 ans	29,4 %
Diplôme	***
Aucun diplôme	9,7 %
< baccalauréat	15,4 %
Baccalauréat	24,2 %
> baccalauréat	33,1 %
Revenus	***
≤ 1 100 €	11,4 %
1 101-1 786 €	21,4 %
≥ 1 786 €	32,6 %
Pas de réponse	15,9 %
Résidence dans un des 31 départements jugés prioritaires	***
Non	17,7 %
Oui	29,3 %
Fumeur	***
Non	22,5 %
Oui	15,0 %

*** p < 0,001 : résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson.

Champ • France métropolitaine, population des 15-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source • Baromètre cancer 2010 (INPES-INCa).

INDICATEUR • Pourcentage d'ERP (Établissements recevant du public) ayant des taux de radon supérieurs aux seuils réglementaires dans les zones considérées comme prioritaires parmi ceux dans lesquels le radon a été mesuré

► **Champ** : Établissements recevant du public dans les 31 départements prioritaires (voir note 1). ► **Sources** : Organismes agréés par l'ASN pour la mesure du radon. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Ratio entre le nombre d'ERP où le taux de radon est supérieur au seuil (400 Bq.m⁻³ et 1 000 Bq.m⁻³ respectivement) et le nombre d'ERP dans lesquels le radon a été mesuré. ► **Limites d'interprétation** : Le nombre total d'ERP présents dans ces départements n'est pas précisé, non plus que les mesures de remédiation entreprises et l'observation des effets de celles-ci, en particulier là où les concentrations excèdent 1 000 Bq.m⁻³, qui appellent les actions les plus urgentes.

► Références :

– Rapport de l'ASN sur l'état de la sûreté nucléaire et de la radioprotection en France en 2012, www.asn.fr/annual_report/2014fr/index.html

– Rapport du Haut Conseil de la santé publique sur l'évaluation du deuxième Plan national santé environnement, septembre 2013, www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : ASN

INDICATEURS • Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant avoir entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel provenant du sol. • Pourcentage d'individus dans les zones prioritaires déclarant se sentir concernés par un problème de radon dans leur habitation

► **Champ** : France métropolitaine, échantillon aléatoire national représentatif de personnes âgées de 15 à 75 ans. ► **Source** : Baromètre cancer 2010 (INPES-INCa).

► Mode de construction des indicateurs :

– Nombre d'individus habitant en zone prioritaire déclarant avoir entendu parler du radon et sachant que c'est un gaz naturel/Nombre d'individus enquêtés habitant en zone prioritaire.

– Nombre d'individus habitant en zone prioritaire déclarant se sentir concernés par un problème de radon dans leur habitation/Nombre d'individus enquêtés habitant en zone prioritaire.

► **Limites d'interprétation** : Les limites sont celles des enquêtes réalisées par questionnaire posé par téléphone : non-inclusion des personnes n'ayant pas de ligne téléphonique, taux de refus de participation à l'enquête de 40 %.

► Références :

– Beck F., Richard J. B., Deutsch A., Benmarhnia T., Pirard P., Roudier C. et Peretti-Watel P., 2013, « Connaissance et perception du risque dû au radon en France », *Cancer/Radiothérapie*, 17(8), p. 744-749.

– Beck F., Gautier A., 2012, *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé ».

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : INPES.

Facteurs de risques, habitudes de vie et prévention

Consommation d'alcool	124
Consommation de tabac	128
Consommation de drogues illicites	132
Surpoids et obésité chez l'adulte	136
Surpoids et obésité chez l'enfant	140
Nutrition - Sédentarité et activité physique	142
Nutrition - Consommation de fruits et légumes	144
Couvertures vaccinales (hors grippe)	146

Consommation d'alcool

Contexte

L'évolution de la consommation d'alcool au cours des années 2000 doit être resituée dans un contexte de baisse quasi continue de la consommation d'alcool en France depuis la fin des années 1950, diminution essentiellement imputable à celle des quantités de vin. La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne consommant le plus d'alcool mais ne se situe plus en tête du classement.

Dès le premier verre, l'alcool perturbe le fonctionnement cérébral. Provoquant une diminution de la vigilance et des capacités d'attention et d'évaluation des situations, il est à l'origine de nombreux accidents de la route, mais aussi d'accidents domestiques ou au travail. Ces mêmes effets peuvent favoriser l'expression des comportements violents et conduire à s'exposer à toutes sortes de situations à risque. Une forte consommation, même exceptionnelle peut provoquer un coma éthylique, situation nécessitant une hospitalisation d'urgence. La consommation régulière d'alcool maintenue sur plusieurs années augmente, même à faible dose quotidienne, les risques de développement de certains cancers. Avec l'augmentation des doses quotidiennes moyennes, la toxicité de l'alcool se manifeste pour différents organes comme le foie (cirrhose, cancer du foie), le système nerveux (syndrome de Korsakoff, polynévrites), le système vasculaire (hypertension, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde). Enfin, la consommation pendant la grossesse peut entraîner pour le nouveau-né des malformations et des déficits cognitifs. D'après les dernières données disponibles, 49 000 décès sont attribuables chaque année à la consommation d'alcool. Mais pour évaluer pleinement ses conséquences, il faut aussi tenir compte de l'ensemble des malades, de leur souffrance et de celle de leurs proches, des dépenses de soins liées, des difficultés d'insertion des consommateurs dépendants et des comportements violents et délinquants qui apparaissent chez certains consommateurs.

Indicateurs

► Quantité d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus mise à disposition sur le territoire français

En 2014, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire

français, s'établit à 11,8 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur¹) par habitant de 15 ans et plus et par jour. La quantité totale d'alcool pur est mise à disposition sous forme de vin (y compris vins mousseux) pour un peu plus de 58 %, de spiritueux pour 21 %, de bière pour 19 % et de cidre et de produits intermédiaires (vins doux, vins de liqueurs, autres) pour un peu moins de 2 %. Entre 1990 et 2014, les quantités d'alcool mises en vente sur le territoire français (France entière, hors Mayotte) ont baissé d'environ 24 % et celles de vins de 28 % (graphique 1). Le mouvement de diminution des quantités mises à disposition se poursuit dans les années 2000 mais depuis 2005, cette tendance, si elle persiste, apparaît plus faible.

D'après les estimations de l'OMS portant sur la consommation d'alcool taxée et non taxée², la France se situe en 2010 au 10^e rang du classement des pays de l'UE ayant la plus forte consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus, les pays les plus consommateurs se situant majoritairement en Europe orientale et centrale. Les chiffres portant uniquement sur l'alcool taxé placent en revanche la France au 6^e rang alors que ceux de l'OCDE la placent au 3^e rang, derrière la Lituanie et l'Autriche. Les méthodes d'estimation des quantités d'alcool consommées n'étant pas standardisées, et les régimes fiscaux applicables aux alcools étant différents selon les pays, il faut considérer avec prudence ces classements. Il apparaît, néanmoins, que les habitudes de consommation d'alcool se sont très largement rapprochées entre les pays européens au cours des quatre décennies passées. La consommation d'alcool des pays viticoles, tels que la France, l'Italie, l'Espagne ou le Portugal a baissé, alors que celle des pays du Nord tend globalement à augmenter. La France, dont le niveau de consommation d'alcool se situait très au-dessus de celui de ses voisins européens, même ceux du Sud, ne fait désormais plus figure d'exception.

► Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes

Selon le Baromètre santé 2014, 18,5 % des 18-75 ans consomment régulièrement de l'alcool (au moins dix fois dans le mois au cours des 12 derniers mois) et 10 % quotidiennement. Les comportements d'alcoolisation sont très différents selon le sexe et l'âge. Parmi les 18-75 ans, la

proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes (15,1 %) que chez les femmes (5,2 %) et elle augmente avec l'âge pour les deux sexes. Ceci s'explique par les habitudes de consommation de vin lors des repas beaucoup plus fréquentes dans les générations plus âgées. Il existe également des différences de prévalence de la consommation quotidienne suivant les professions et catégories sociales (PCS) : dans les catégories des agriculteurs, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et des inactifs âgés de 18 à 64 ans, 14 à 17 % sont des consommateurs quotidiens contre 1 % chez les étudiants, 4 % parmi les employés et 6 % parmi les professions intermédiaires (tableau 1). Ces différences de prévalence sont cependant en partie liées aux différences de répartition entre hommes et femmes entre les PCS. Les femmes, moins consommatrices d'alcool que les hommes, sont proportionnellement plus nombreuses dans la catégorie des employés que dans celle des agriculteurs ou des artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

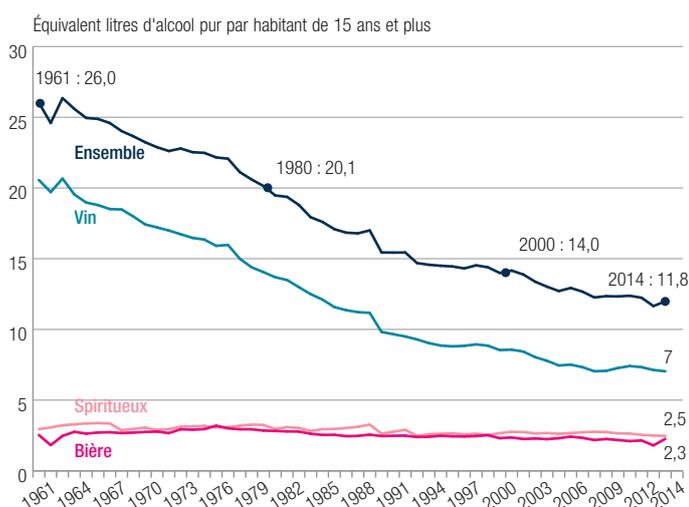
Quelques régions se distinguent par des prévalences de consommation quotidienne d'alcool différentes de la moyenne métropolitaine (carte 1) : la région Occitanie affiche un taux supérieur, avec 12,2 % de buveurs quotidiens, tandis que l'Île-de-France se situe à un niveau inférieur avec 7,6 %. La proportion élevée de consommateurs quotidiens dans la région Occitanie était déjà observée en 2005, de même qu'une proportion inférieure en Île-de-France. La prévalence de la consommation quotidienne d'alcool apparaît également plus faible dans les quatre DROM interrogés en 2014 dans le cadre du Baromètre santé DOM 2014, où elle varie de 5,5 % en Guyane à environ 7 % aux Antilles.

De façon cohérente avec la diminution des quantités d'alcool mises à disposition des consommateurs, la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool baisse nettement depuis le début des années 1990, passant de 36 % en 1992 à 15 % en 2014 chez les hommes et de 12 % à 5 % chez les femmes (graphique 2). Le lien, quasi obligatoire il y a cinquante ans, entre repas et consommation d'alcool continue à se

1. Soit approximativement la quantité d'alcool pur contenue dans n'importe quel verre de boisson alcoolisée servi dans un débit de boisson.

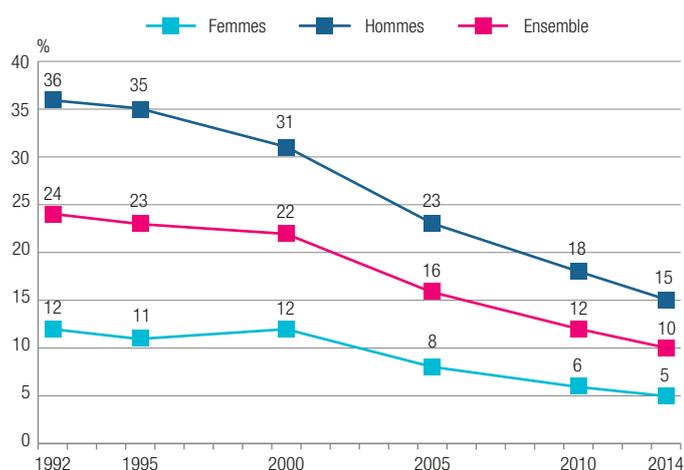
2. La consommation non taxée correspond à l'autoconsommation et aux achats illégaux.

GRAPHIQUE 1
Évolution des quantités d'alcool mises à disposition des consommateurs, au total et sous forme de vin, bière et spiritueux en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus, entre 1961 et 2014



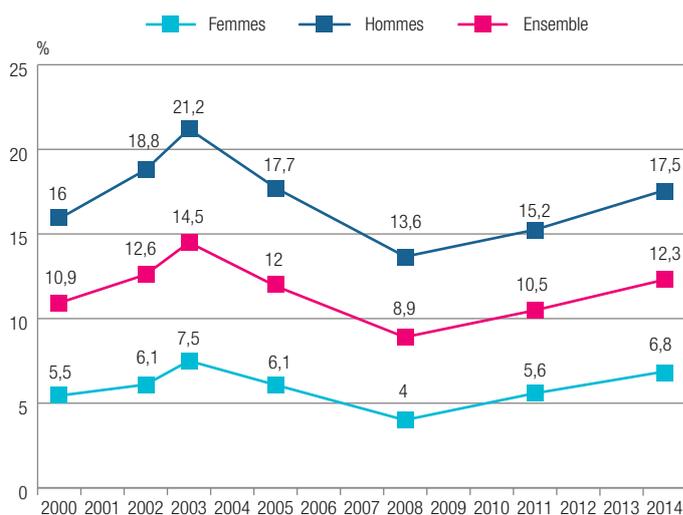
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • OMS ; groupe IDA ; INSEE.

GRAPHIQUE 2
Évolution de la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool selon le sexe parmi les 18-75 ans, entre 1992 et 2014



Champ • France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire.
Sources • Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014 (INPES).

GRAPHIQUE 3
Évolution de la prévalence de la consommation régulière d'alcool à 17 ans, entre 2000 et 2014 (en %)



Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.
Sources • Enquêtes Escapad (OFDT).

TABLEAU 1
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool selon la PCS parmi les 18-64 ans, en 2014 (en %)

	Population adulte 18-64 ans	Usage quotidien d'alcool
Actifs occupés	Agriculteurs	17
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	15
	Cadres et professions intellectuelles	6
	Professions intermédiaires	6
	Employés	4
	Ouvriers	11
Chômeurs		6
Étudiants		1
Inactifs		14

Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.
Source • Baromètre santé 2014 (INPES).

Consommation d'alcool (suite)

distendre, ce qui explique la baisse des quantités d'alcool mises à disposition des consommateurs et de la fréquence des buveurs quotidiens.

► Alcoolisation ponctuelle et ivresses chez les adultes

La baisse des consommations régulières d'alcool s'accompagne cependant d'évolutions moins favorables des comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API : au moins six verres en une même occasion) et d'ivresses au cours de la période récente. La part de la population française âgée de 18 à 75 ans concernée par au moins une API dans l'année a augmenté de 36 % à 38 % entre 2010 et 2014. Cette évolution à la hausse est plus marquée chez les jeunes âgés de 18 à 25 ans (augmentation de 52 % à 57 % entre 2010 et 2014). Les comportements d'ivresses répétées sont également devenus plus fréquents, tout particulièrement chez les femmes âgées de 18 à 25 ans (21 % en 2014 *versus* 14 % en 2010).

► Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans

Parmi les jeunes de 17 ans interrogés en 2014, 12,3 % déclarent consommer régulièrement de l'alcool (au moins 10 fois dans le mois). Comme chez les adultes, les garçons sont plus fréquemment consommateurs que les filles : la proportion de consommateurs réguliers est ainsi de 17,5 % chez les premiers contre 6,8 % chez les secondes.

L'usage régulier d'alcool à 17 ans varie fortement d'une région (ancien découpage) à l'autre

(carte 2). En 2014, trois groupes de régions se distinguent du reste du territoire par des niveaux d'usages supérieurs à la moyenne métropolitaine : à l'Ouest, les anciennes régions Bretagne, Basse-Normandie et Pays de la Loire; dans l'axe de la vallée du Rhône les régions Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté et Rhône-Alpes; et enfin la région Midi-Pyrénées. À l'inverse, les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie, Île-de-France et Provence - Alpes - Côte d'Azur se caractérisent par des niveaux de consommation inférieurs à la moyenne métropolitaine.

Depuis le début des années 2000, la prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans a successivement connu une phase d'augmentation jusqu'en 2003, suivie d'une baisse prononcée jusqu'en 2008, et d'une nouvelle augmentation entre 2008 et 2014. Le niveau observé en 2014 suite à la dernière hausse reste toutefois inférieur à celui observé en 2003 (graphique 3). ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

🕒 Synthèse

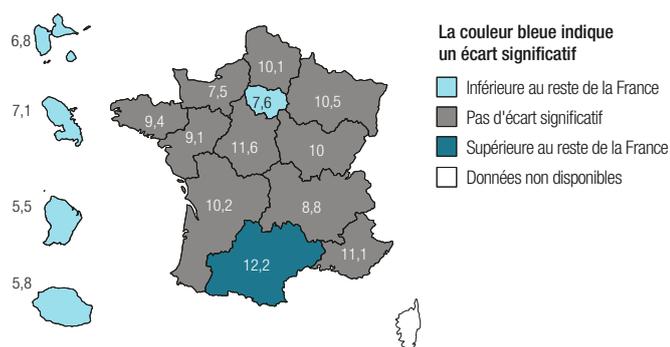
En 2014, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français s'établit à 12,0 litres par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur) par habitant de 15 ans et plus et par jour.

La diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000, se poursuit mais ralentit depuis 2005. Elle s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne consommant le plus d'alcool mais ne se situe plus en tête du classement.

Chez les adultes, 19 % consomment régulièrement de l'alcool et 10 % quotidiennement, les hommes étant environ trois fois plus nombreux à consommer de l'alcool tous les jours que les femmes. En cohérence avec la diminution des quantités mises à disposition, la proportion de consommateurs quotidiens diminue nettement au cours des années 2000. La région Occitanie se distingue tout au long des années 2000 par une proportion plus élevée que la moyenne nationale de consommateurs quotidiens d'alcool. À l'inverse, les niveaux se révèlent inférieurs en Île-de-France ainsi que dans les DOM. Contrairement à l'évolution des consommations quotidiennes, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API) sont en augmentation. Entre 2010 et 2014, le pourcentage de personnes ayant eu au moins une API dans l'année est passé de 36 % à 38 % parmi les 18-75 ans, et de 52 % à 57 % parmi les 18-25 ans.

À 17 ans la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur dix, beaucoup plus souvent les garçons que les filles. Depuis 2000, la prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans connaît une alternance de phases d'augmentation et de diminution, ce qui la situe en 2014 presque au même niveau qu'en 2002. La tendance à la baisse de la consommation d'alcool observée chez les adultes n'apparaît donc pas chez les jeunes de 17 ans.

CARTE 1 Prévalences régionales standardisées* de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 15-75 ans, en 2014

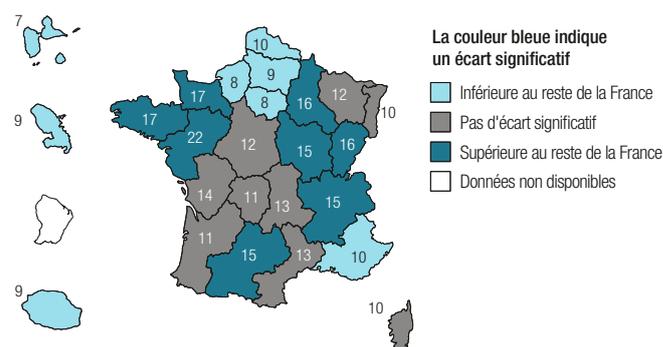


* Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population métropolitaine de l'enquête Emploi 2014 (INSEE).

Champ • France entière (hors Corse et Mayotte), population âgée de 15 à 75 ans résidant en ménage ordinaire.

Sources • Baromètre santé 2014 (France métropolitaine) et Baromètre santé DOM 2014 (INPES).

CARTE 2 Prévalences régionales de la consommation régulière d'alcool à 17 ans en 2014



Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.

Source • Enquête Escapad 2014 (OFDT).

INDICATEUR • Quantité d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus mise à disposition des consommateurs sur le territoire français

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population âgée de 15 ans ou plus. ► **Sources** : Statistiques fiscales sur les ventes d'alcool (DGDDI) ; recensement de la population (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Cet indicateur est construit à partir des statistiques fiscales, complétées par des estimations de l'autoconsommation déterminées dans le cadre d'un groupe de travail rassemblant des experts en collaboration avec l'INSEE. L'alcool étant soumis à des droits de consommation (droits d'accises) basés sur les volumes, il est donc possible de reconstituer les quantités d'alcool consommées à partir des montants de recettes fiscales. Les quantités d'alcool exportées par la France ne sont pas soumises à ces droits (en France) et ne sont donc pas incluses dans ces chiffres. Le calcul repose également sur des évaluations du degré moyen d'alcool des différentes catégories de vins et de cidres. ► **Limites d'interprétation** : L'estimation des quantités d'alcool qui échappent à la taxation s'accompagne de marges d'incertitude non négligeables (de l'ordre de 2 à 3 % des quantités totales). Par ailleurs, la quantité d'alcool soumise à taxation constitue un indicateur de consommation moyenne de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire français, y compris les non-résidents (les « touristes » principalement). Les achats de ces personnes viennent gonfler les chiffres de consommation d'alcool des résidents. Les touristes viennent en très grand nombre en France mais la plupart n'y séjourne que pour une courte durée. Des calculs effectués à partir de statistiques de nuitées d'hôtel des étrangers montrent que la contribution des touristes à la consommation sur le territoire français représente au plus 2 % des quantités totales d'alcool. La non prise en compte des achats d'alcool des ressortissants français résidant à l'étranger vient en partie réduire cette surestimation.

► Références :

- Got C., Weill J. (dir.), 1997, *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Paris, Seli Arslan.
- OFDT, 2013, « Drogues et addictions, données essentielles », Paris.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

INDICATEURS • Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les adultes • Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 15 à 75 ans résidant en ménage ordinaire. ► **Sources** (périodicité de mesure, désagrégation éventuellement) : Baromètres santé (INPES). Les baromètres santé sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu) réalisés à l'aide du système de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). En 2014, deux échantillons « chevauchants » ont été constitués : l'un interrogé sur ligne fixe, l'autre sur téléphone mobile, sans filtre sur l'équipement téléphonique du ménage. L'échantillon comprend au total 15635 individus (7577 sur téléphone fixe et 8058 sur mobile). Les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement, l'individu étant également sélectionné au hasard au sein des membres éligibles du ménage. Ces enquêtes interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé et abordent leurs consommations d'alcool. ► **Mode de construction des indicateurs** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de la consommation régulière (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) et quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : La confrontation des quantités consommées d'alcool reconstituées à partir des données fiscales (premier indicateur) et des quantités rapportées dans les enquêtes de consommation fait apparaître une importante sous-déclaration des quantités d'alcool consommées. Le taux de réponse global est de 57 %. Ces données ne portent que sur les francophones. ► **Références** : Beck F., Richard J.B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S., 2015. « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *Tendances*, n° 99.

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France.

INDICATEURS • Prévalence de la consommation régulière d'alcool dans les DROM • Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool dans les DROM

► **Champ** : DROM (hors Mayotte), population âgée de 15 à 75 ans résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : Le Baromètre santé DOM 2014 (INPES) est la première extension de l'enquête Baromètre santé 2014. Afin de disposer d'indicateurs comparables à l'enquête menée en Métropole, la méthode d'enquête utilisée dans le Baromètre santé DOM 2014 a été aussi proche que possible de celle de l'enquête métropolitaine. Au total 8163 personnes ont été interrogées, comprenant 4098 individus joints sur un numéro de téléphone fixe et 4065 individus joints sur un numéro de téléphone mobile. ► **Mode de construction des indicateurs** : Prévalence de la consommation régulière (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) et quotidienne d'alcool parmi les 15-75 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les taux de participation sont de 47,9 % en Guadeloupe, 49,1 % en Guyane, 54,1 % en Martinique et 58,6 % à La Réunion. Pour des questions de faisabilité, l'enquête n'a pas été mise en place à Mayotte. Seules peuvent être interrogées les personnes parlant français ou créole.

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France.

INDICATEUR • Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans de nationalité française. ► **Sources** : Enquêtes Escapad (OFDT). Le dernier exercice de l'enquête a eu lieu du 17 au 21 mars 2014. L'enquête s'est déroulée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC) dans tous les centres actifs sur la période en France (y compris ceux des DROM hors Mayotte). Le taux de participation (questionnaires non vierges/jeunes présents) s'élève à 99,3 %. ► **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : Prévalence de l'usage régulier (au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) à 17 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Comme toute donnée déclarative, et d'autant plus pour un comportement sensible car illicite, l'usage déclaré d'alcool peut faire l'objet d'une sous-déclaration. Absence des adolescents résidant en France de nationalité étrangère (estimation environ 5 % de la population âgée de 17 ans). Les effectifs sont insuffisants dans certaines régions (Guyane, Corse) pour renseigner l'ensemble des prévalences régionales. ► **Références** : Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., 2012, « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011 », *Tendances*, OFDT, n° 79, février.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

Consommation de tabac

Contexte

Le tabac constitue la première cause de mortalité prématurée évitable : chaque année, en France, il entraînerait le décès de plus de 75 000 personnes, dans un contexte où le niveau de consommation reste élevé, comparé notamment aux autres pays occidentaux. Après la hausse observée entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme se stabilise en 2014 parmi les 18-75 ans (34,3 % de fumeurs actuels) et le tabagisme quotidien apparaît même en légère baisse (de 29,7 % en 2010 à 28,6 % en 2014).

Chez les adolescents, après une décennie de baisse continue (de 41,1 % en 2000 à 28,9 % en 2008), la consommation quotidienne augmente légèrement depuis 2008 : elle atteint 32,4 % en 2014, progressant ainsi de plus de 3 points en six ans. Toutefois, à 17 ans, l'expérimentation du tabac est devenue plus tardive puisqu'en 2014, garçons et filles confondus, l'âge moyen est de 14 ans pour l'initiation et de 14,9 ans pour l'entrée dans le tabagisme quotidien, contre respectivement 13,5 ans et 14,5 ans en 2000.

Quant à la cigarette électronique, en 2014, parmi les 18-75 ans, 24,9 % déclarent l'avoir déjà essayée au moins une fois dans leur vie, 6,0 % l'utilisent actuellement et 3,0 % quotidiennement. La prévalence du tabagisme est très importante au sein des vapoteurs : 82,9 % sont fumeurs (74,5 % fumeurs quotidiens) et 15,6 % sont anciens fumeurs. Les vapoteurs n'ayant jamais fumé (ou juste pour essayer) ne représentent que 1,5 % des usagers de cigarette électronique (soit environ 0,1 % de la population).

En 2014, un jeune de 17 ans sur deux déclare avoir déjà essayé la cigarette électronique, mais seuls 2,5 % disent l'utiliser quotidiennement.

Indicateurs

► Les ventes de tabac

En 2015, les ventes de tabac en France métropolitaine s'établissent à 56 323 tonnes, soit une hausse de 1,6 % par rapport à 2014. C'est la première année d'augmentation depuis 2010. Les ventes de cigarettes, qui représentent environ 80 % du marché, augmentent sensiblement (+ 1 %) mais la progression de celles de tabac à rouler est bien plus importante (+ 6,3 %). Les autres types de tabac (cigares, cigarillos, tabac à priser et à mâcher, etc.) voient, quant à eux, leurs ventes reculer de 3,2 %. Ces évolutions sont

intervenus alors que les prix du tabac n'ont pas augmenté depuis janvier 2014.

Le chiffre d'affaires global du tabac a aussi augmenté par rapport à l'année 2014, s'élevant à 18,2 milliards d'euros. Pour les seules cigarettes, il atteint 15,3 milliards d'euros contre 15,2 milliards en 2014.

Les variations des prix du tabac pratiqués en France se sont parfois traduites dans le passé par une évolution des achats dans les pays limitrophes, dans la mesure où les prix y sont plus bas. Pour tenter de cerner ce phénomène, l'évolution des ventes dans les zones françaises frontalières est un indicateur intéressant. Si celle-ci est inférieure à la tendance nationale, un accroissement des achats transfrontaliers est fort probable. L'inverse – un rythme d'évolution supérieur dans les zones frontalières – indique plutôt un retour des acheteurs vers le réseau des buralistes français.

En 2015, les ventes de tabac (cigarettes et tabac à rouler) ont progressé autant voire un peu plus que la moyenne nationale dans la grande majorité des zones frontalières : seuls les départements limitrophes de la Belgique voient leurs ventes de tabac diminuer. Il semble donc que les achats transfrontaliers se soient globalement stabilisés en 2015. Ainsi, au niveau national, la hausse des ventes de tabac par rapport à 2014 n'apparaît pas liée, ou très marginalement, à un « retour » en 2015 des achats des fumeurs au sein du réseau buraliste français.

► Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (18-75 ans)

Après plusieurs décennies de baisse, la prévalence du tabagisme a augmenté entre 2005 et 2010 puis elle s'est stabilisée entre 2010 et 2014 à un niveau toutefois élevé, avec 34,3 % de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans (graphique 1). En 2014, l'usage quotidien de tabac concerne 28,6 % des adultes (32,9 % des hommes et 24,6 % des femmes) et diminue nettement avec l'âge (graphique 2). Dans l'ensemble de la population de 18 à 75 ans, la part des fumeurs quotidiens, qui avait augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, apparaît en baisse légère mais néanmoins significative (de 29,7 % en 2010 à 28,6 % en 2014). Cette moindre consommation globale correspond en fait à une diminution du tabagisme quotidien uniquement chez les femmes, le niveau étant resté inchangé chez les hommes. Par ailleurs, cette évolution

reste assez différenciée selon les classes d'âges. Parmi les hommes, la prévalence du tabagisme quotidien augmente significativement chez les 65-75 ans ; parmi les femmes, c'est déjà le cas pour celles âgées de 55 à 64 ans (prolongeant la tendance déjà observée en 2010 pour la tranche d'âge 45-64 ans).

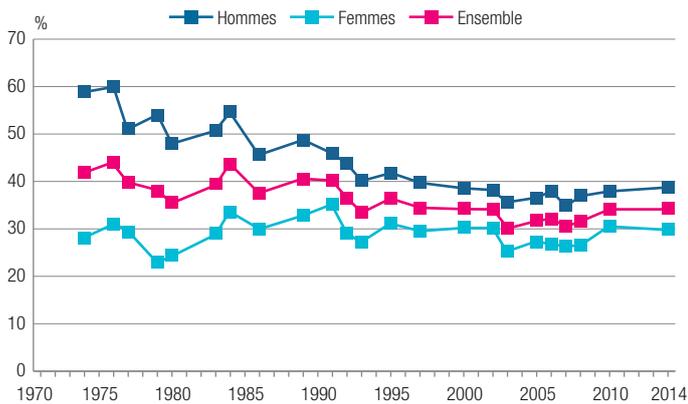
De plus, on observe un maintien des inégalités sociales en matière de tabagisme. L'écart entre les chômeurs et les personnes qui travaillent continue même à se creuser : en 2014, parmi les 18-64 ans, 48 % des chômeurs fument quotidiennement contre 30 % des actifs occupés. Parmi les actifs occupés, la prévalence du tabagisme quotidien se révèle la plus élevée parmi les ouvriers (42 %), suivie par les artisans, les employés, les professions intermédiaires, les agriculteurs et enfin les cadres où elle est la plus faible (19 %) (tableau 1).

Parmi les 15-75 ans, les prévalences régionales (nouveau découpage 2016) du tabagisme quotidien se situent entre 23,6 % et 31,3 % (carte 1) avec uniquement deux régions ayant des taux significativement différents du reste de la France. L'Île-de-France se distingue avec la proportion de fumeurs quotidiens la moins importante (23,6 %) tandis que la région Grand Est se distingue avec la proportion de fumeurs quotidiens la plus importante (31,3 %).

Dans les DROM (hors Mayotte), le tabagisme est globalement moins répandu qu'en Métropole. La prévalence du tabagisme quotidien est nettement plus faible dans les départements français d'Amérique (15,4 % en Martinique, 12,1 % en Guadeloupe et 12,2 % en Guyane) qu'à La Réunion (23,6 %) où elle est plus proche de celle mesurée en Métropole. Ce résultat est constaté aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes.

Parmi les fumeurs quotidiens de 18 à 75 ans en 2014, 70,8 % ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine (tentatives durant l'ensemble de leur vie de fumeur, source Baromètre santé 2014), sans différence significative avec ce qui était observé en 2010 (69,8 %). Le taux de tentative d'arrêt dans l'année parmi les fumeurs quotidiens est de 28,1 % en 2014, en hausse significative par rapport à 2010 (24,4 %). Cette hausse est particulièrement importante chez les 18-25 ans (49,5 % contre 37,9 %). Comme en 2010, ils sont de loin les plus nombreux à déclarer avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année. Aucun lien particulier n'est

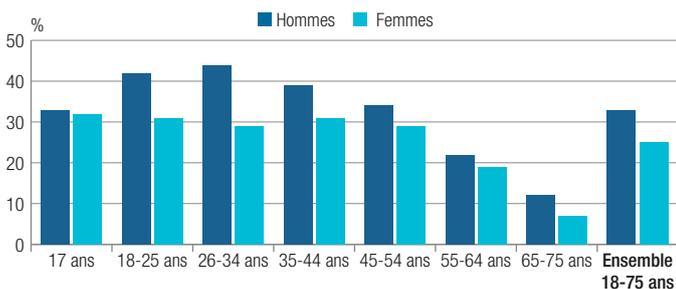
GRAPHIQUE 1
Évolution de la prévalence de fumeurs actuels*, entre 1974 et 2014 (en %)



* Part des personnes répondant positivement à la question : « Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? ».

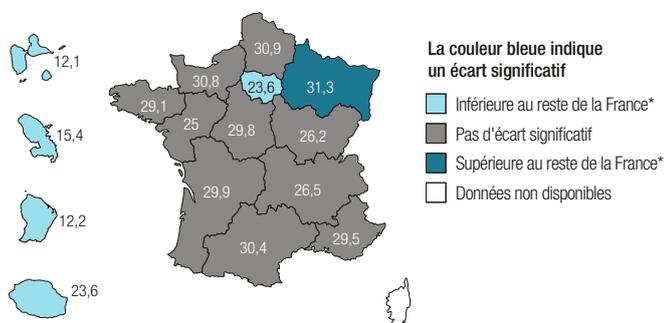
Champ • France métropolitaine. Population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.
Sources • Enquêtes CFES de 1974 à 2000; EROPP 2002 (OFDT); Enquêtes Prévalences 2003-2005 (INPES); Baromètres santé 2005, 2010 et 2014 (INPES), Baromètre santé environnement 2007 (INPES); Baromètre santé nutrition 2008 (INPES).

GRAPHIQUE 2
Proportion de fumeurs quotidiens de tabac suivant l'âge et le sexe, en 2014 (en %)



Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans; France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.
Sources • Enquête Escapad 2014 (OFDT); Baromètre santé 2014 (INPES).

CARTE 1
Prévalence standardisée* du tabagisme quotidien chez les 15-75 ans en régions, en 2014 (en %)



* Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population métropolitaine de l'enquête Emploi 2014 (INSEE).

Champ • France métropolitaine, population des 15-75 ans vivant en ménage ordinaire; DROM (hors Mayotte), population des 15-75 ans vivant en ménage ordinaire.
Sources • Baromètre santé 2014 (INPES); Baromètre santé DOM 2014 (INPES).

TABLEAU 1
Prévalence du tabagisme quotidien selon la PCS et la situation actuelle chez les 18-64 ans, en 2014 (en %)

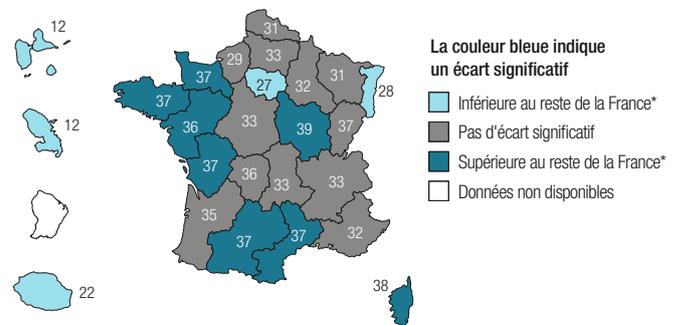
	Population adulte 18-64 ans	Tabagisme quotidien
Actifs occupés	Agriculteurs	21
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	33
	Cadres et professions intellectuelles	19
	Professions intermédiaires	27
	Employés	31
	Ouvriers	42
	Chômeurs	
Étudiants		26
Inactifs		27

PCS : profession et catégorie socioprofessionnelle.

Champ • France métropolitaine, population des 18-64 ans vivant en ménage ordinaire.

Source • Baromètre santé 2014 (INPES).

CARTE 2
Prévalence du tabagisme quotidien à 17 ans en régions (ancien découpage), en 2014 (en %)



Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.

Source • Enquête Escapad 2014 (OFDT).

Consommation de tabac (suite)

observé entre le taux de tentatives d'arrêt et les caractéristiques socio-économiques.

► Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans

Parmi les jeunes Français de 17 ans, 68,4 % déclarent en 2014 avoir déjà fumé au moins une cigarette, ce chiffre n'ayant pas évolué depuis 2011. En revanche, l'usage quotidien a très légèrement progressé, passant de 31,5 % en 2011 à 32,4 % en 2014.

Comme en 2011, la prévalence du tabagisme quotidien sur le territoire national est caractérisée par une relative homogénéité entre les régions (ancien découpage). Parmi les 22 anciennes régions métropolitaines (carte 2), les niveaux sont supérieurs à la moyenne nationale dans le quart nord-ouest (Bretagne, Basse-Normandie, Pays de la Loire et Poitou-Charentes : de 36 % à 37 %), en Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon (37 %), en Bourgogne (39 %) et en Corse (38 %). L'Île-de-France (27 %) et l'Alsace (28 %) sont les seules régions métropolitaines (ancien découpage) où le tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans est significativement moins répandu que sur le reste du territoire. Dans les DROM, les adolescents de 17 ans présentent des niveaux nettement inférieurs à ceux observés en France métropolitaine. C'est particulièrement le cas dans les Antilles (12 % en Guadeloupe et en Martinique, soit 20 points de moins) alors que La Réunion est plus proche de la situation métropolitaine (22 %).

En 2011, la France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes de 16 ans ayant consommé du tabac au cours du mois précédant

l'enquête. Avec 38 % de fumeurs (34 % des garçons et 43 % des filles), elle est bien au-delà de la moyenne européenne, où elle se situait en 2007. Parmi les pays qui ont participé aux cinq éditions de l'enquête ESPAD, le tabagisme chez les jeunes a baissé de 7 points entre 1999 et 2007, baisse qui se maintient entre 2007 et 2011, à l'exception de la France (Hibell, 2012).

► Tabagisme à domicile parmi les adultes (18-75 ans)

D'après le Baromètre santé 2014, en France métropolitaine, 27,5 % des individus de 18 à 75 ans déclarent que quelqu'un fume à l'intérieur de leur domicile, 8,1 % de temps en temps et 19,4 % régulièrement. La présence d'un fumeur à domicile est logiquement liée au statut tabagique de l'enquêté, elle est de 14,6 % chez les non-fumeurs et 52,0 % chez les fumeurs. Les plus jeunes non-fumeurs sont particulièrement exposés au domicile (26,0 % des 18-25 ans en 2014). La présence d'enfants en bas âge vient modifier les habitudes de consommation des fumeurs au domicile : 65,2 % de ceux vivant seuls déclarent un tabagisme à domicile, contre 52,3 % parmi les fumeurs ne vivant pas seuls mais sans enfant de moins de 4 ans et 31,6 % parmi ceux vivant avec un enfant de moins de 4 ans.

En une décennie, la proportion de la population adulte exposée au tabagisme à domicile a diminué, de 32,1 % en 2005 à 27,5 % en 2014, baisse significative mais d'amplitude limitée. L'évolution n'a cependant pas été la même pour les fumeurs et les non-fumeurs. En effet, de 2005 à 2010, la diminution est due uniquement à un changement parmi les fumeurs, pour lesquels la présence de fumée au domicile est passée de

59,3 % à 51,3 % alors qu'elle est restée stable parmi les non-fumeurs. À l'inverse, de 2010 à 2014, la baisse de l'ensemble est due uniquement à celle constatée chez les non-fumeurs (de 18,1 % à 14,6 %) alors que la présence de quelqu'un fumant au domicile est stable parmi les fumeurs. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

○ Synthèse

En 2014, 32,9 % des hommes et 24,6 % des femmes de 18 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement. Après la hausse observée entre 2005 et 2010 faisant suite à plusieurs décennies de baisse, la prévalence du tabagisme quotidien apparaît en légère diminution en 2014 (de 29,7 % en 2010 à 28,6 % en 2014).

La consommation chez les adolescents a aussi considérablement baissé depuis le début des années 2000 et la hausse des niveaux d'usage observée entre 2008 et 2014 ne remet pas en cause cette forte diminution. Parallèlement, après une période de relative stabilité entre 2005 et 2010, les ventes de tabac avaient amorcé une diminution jusqu'en 2014. L'année 2015 marque la fin de cette période, avec la première hausse des ventes depuis 2010, dans un contexte où les prix sont stables depuis janvier 2014 et les achats transfrontaliers ne semblent pas s'être accentués.

Malgré une baisse non négligeable, l'exposition au tabagisme au domicile reste assez importante puisqu'en 2014, plus d'un quart (27,5 %) de la population française âgée de 18 à 75 ans déclare que quelqu'un fume à l'intérieur de leur foyer.

INDICATEUR • Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes âgés de 17 ans

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), adolescents français âgés de 17 ans de nationalité française. ► **Source** : Enquête Escapad (OFDT). Le dernier exercice de l'enquête a eu lieu du 17 au 21 mars 2014. L'enquête s'est déroulée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC) dans tous les centres actifs sur la période en France (y compris ceux des DROM hors Mayotte). Le taux de participation (questionnaires non vierges/jeunes présents) s'élève à 99,3 %. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Prévalence de la consommation quotidienne de tabac : déclarer avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Absence des adolescents résidant en France de nationalité étrangère (environ 5 % de la population âgée de 17 ans). ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

INDICATEURS • Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte en France métropolitaine**• Tabagisme à domicile parmi les adultes (18-75 ans)**

► **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans, francophones, résidant en ménage ordinaire. ► **Sources** : Baromètres santé (INPES). En 2014, l'échantillon comprend au total 15 635 individus (7 577 sur téléphone fixe et 8 058 sur mobile). Tabagisme à domicile : déclarer que quelqu'un fume à l'intérieur de leur domicile. ► **Mode de construction des indicateurs** : Prévalence de la consommation quotidienne de tabac : déclarer avoir fumé tous les jours ou un nombre de cigarettes, cigares, cigarillos ou pipes fumés par jour. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Le taux de participation est de 61 % pour l'échantillon des téléphones fixes et de 52 % pour celui des mobiles. ► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France.

INDICATEUR • Prévalence du tabagisme quotidien en population adulte dans les DROM

► **Champ** : Départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte), personnes âgées de 15 à 75 ans, parlant français ou créole et résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé DOM 2014 (INPES). Il s'agit de la première extension de l'enquête Baromètre santé 2014. Au total, 8 163 personnes ont été interrogées, comprenant 4 098 individus joints sur un numéro de téléphone fixe et 4 065 individus joints sur un numéro de téléphone mobile. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Prévalence de la consommation quotidienne de tabac : déclarer avoir fumé tous les jours ou un nombre de cigarettes, cigares, cigarillos ou pipes fumés par jour. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Afin de disposer d'indicateurs comparables à l'enquête menée en Métropole, la méthode utilisée dans le Baromètre santé DOM 2014 a été aussi proche que possible de celle de l'enquête métropolitaine. Le taux de participation est de 48 % en Guadeloupe, 54 % en Martinique, 49 % en Guyane et 59 % à La Réunion. Pour des questions de faisabilité, l'enquête n'a pas été mise en place à Mayotte. ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Ventes de tabac

► **Champ** : France métropolitaine hors Corse. ► **Source** : Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) par le biais de Logista France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le poids moyen d'une cigarette manufacturée retenu est d'un gramme. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les ventes de tabac correspondent à celles opérées par le réseau des buralistes en France. Elles n'intègrent pas les autres voies d'approvisionnement (achats transfrontaliers, duty-free, Internet, etc.). Le poids d'un gramme par cigarette est probablement surestimé. Toutefois, l'OFDT a choisi de se conformer à l'équivalence proposée par Logista France pour être en cohérence avec le producteur de ces données. Un poids de 0,8 gramme serait sans doute plus proche de la réalité, ce qui aboutirait en 2015 à un volume de 36 365 tonnes de cigarettes sur un total de 47 232 tonnes. ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DGDDI.

Références bibliographiques transversales

- Richard J.-B., Gautier A., Guignard R., Léon C., Beck F., 2015, *Méthodologie du Baromètre santé 2014*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé » [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1613>
- Richard J.-B., Andler R., 2015, *Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014*, Saint-Denis, INPES, coll. « Études santé territoires » [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>
- Guignard R., Beck F., Richard J.-B., Lermenier A., Wilquin J.-L., Nguyen-Thanh V., 2015, « La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes », *Évolutions*, n° 31 [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1623.pdf>
- Andler R., Guignard R., Wilquin J.-L., Richard J.-B., Beck F., Nguyen-Thanh V., 2015, « L'usage de la cigarette électronique en France en 2014 », *Évolutions*, n° 33 [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1689.pdf>
- Lermenier-Jeannet A., 2016, *Tabagisme et arrêt du tabac en 2015*, Saint-Denis, OFDT [en ligne] : (www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_15bil.pdf)

Consommation de drogues illicites

Contexte

Le terme de drogues illicites recouvre un ensemble de substances très différentes en termes d'effets sur la santé et de niveaux de consommation. Le cannabis est celle qui est la plus fréquemment consommée : on évalue à 4,6 millions le nombre de personnes qui en consomment dans l'année et à 1,4 million les usagers réguliers (10 fois dans le mois). L'usage des autres substances touche un nombre beaucoup plus faible de personnes (450 000 dans l'année pour la cocaïne, 400 000 pour l'ecstasy ; Beck, 2015). Le nombre d'usagers réguliers de ces autres substances ne peut d'ailleurs pas être estimé de façon fiable à l'aide de ces enquêtes et il faut avoir recours à d'autres types d'indicateurs.

Le choix d'un indicateur portant sur la consommation de drogues est subordonné à la possibilité de le renseigner de façon fiable et régulière pour un coût raisonnable, ainsi qu'à sa pertinence en termes de conséquences pour la santé. Il est possible d'obtenir par des enquêtes en population générale des chiffres sur l'expérimentation de toutes les substances illicites. Le lien entre prévalence de l'expérimentation dans l'ensemble de la population et conséquences actuelles pour la santé est en revanche faible. C'est pourquoi, pour le cannabis, on privilégie l'indicateur portant sur les usages réguliers au cours de l'année. Chez les jeunes et pour les autres substances illicites plus rarement consommées, l'usage régulier ne peut être estimé par des enquêtes. On étudie néanmoins l'expérimentation de ces substances qui, dans cette population, témoigne d'une exposition à un risque plus important qu'en population adulte en raison du caractère obligatoirement plus récent de la consommation et de la vulnérabilité propre aux plus jeunes âges.

Pour la population adulte, l'indicateur retenu pour la consommation des autres substances illicites est le nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Le nombre de personnes en TSO renseigne à la fois sur le niveau de consommation des opiacés et sur la prise en charge de cette dépendance. Introduits en France depuis près de 20 ans, les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés constituent un des fondements de la politique de réduction des risques. Le nombre de personnes en TSO n'a cessé de s'accroître depuis

leur mise sur le marché en 1995. Cet indicateur est partiel puisqu'il ne porte que sur la consommation des opiacés. Celle-ci conserve néanmoins encore une place centrale parmi les consommateurs de substances illicites les plus en difficulté : il s'agit de personnes très souvent dépendantes à une ou plusieurs substances, consommant presque toujours de nombreuses substances, drogues illicites comme l'héroïne ou la cocaïne, mais aussi d'autres produits stimulants, médicaments, alcool et tabac. Ces personnes qui vivent pour une part importante dans une grande précarité encourent des risques importants pour leur santé du fait de leurs consommations et de leur mode de vie.

Indicateurs

► Prévalence de l'usage régulier de cannabis

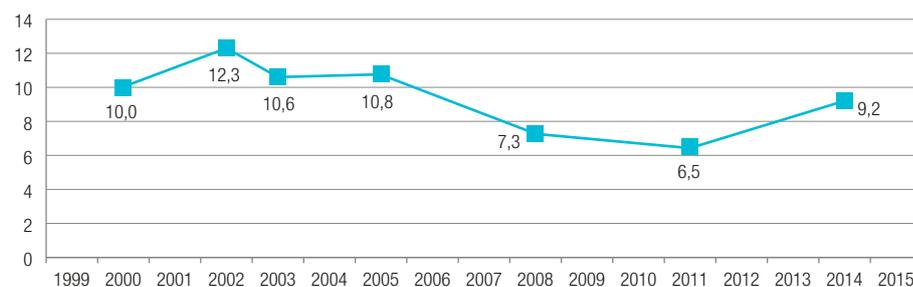
En 2014, l'usage régulier de cannabis (au moins 10 usages dans le mois) à 17 ans concerne 9,2 % des jeunes, les garçons plus souvent que les filles (12,5 % contre 5,8 %). Il apparaît en augmentation après la baisse observée entre 2005 (10,8 %) et 2011 (6,5 %) (graphique 1). Au niveau régional (ancien découpage), les prévalences de l'usage régulier de cannabis sont les plus basses en Alsace, Corse et Nord - Pas-de-Calais, tandis que les plus élevées se trouvent en Languedoc-Roussillon et Franche-Comté (carte 1). En 2011, les jeunes âgés de 15-16 ans consomment plus souvent du cannabis en France que dans le reste de l'Europe (pour l'usage au cours du mois, la France est en première position sur 36 pays) (Hibell, 2012).

En 2014, la consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 3,1 % (4,5 % chez les hommes et 1,7 % chez les femmes), proportion en hausse depuis 2010. La consommation régulière est le fait des jeunes générations et devient très rare au-delà de 35 ans (graphique 2). C'est parmi les étudiants et les chômeurs qu'elle est la plus répandue et parmi les autres inactifs qu'elle est la plus faible, les actifs occupés se situant dans une position intermédiaire (tableau 1). Au niveau régional, deux régions se distinguent par des prévalences moins élevées chez les 15-64 ans : Hauts-de-France et Grand Est (nouveau découpage, carte 2). Chez les adultes de 15 à 64 ans, la France se situe en deuxième position des pays où l'usage régulier de cannabis est le plus fréquent, derrière l'Espagne, sur 18 pays européens (EMCDDA, 2013).

► Prévalence de l'expérimentation de substances illicites hors cannabis chez les jeunes de 17 ans

L'expérimentation d'au moins une substance illicite autre que le cannabis (champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD, héroïne, crack) à 17 ans concerne 8,8 % des jeunes en 2014. Les drogues les plus fréquemment expérimentées sont les champignons hallucinogènes et l'ecstasy/MDMA (3,8 %), puis la cocaïne (3,2 %), les amphétamines (2,8 %), le LSD (1,6 %), et enfin le crack et l'héroïne, dont les niveaux d'expérimentation sont d'environ 1 %. Les produits détournés de leur usage, c'est-à-dire les poppers et les produits à inhaler, sont

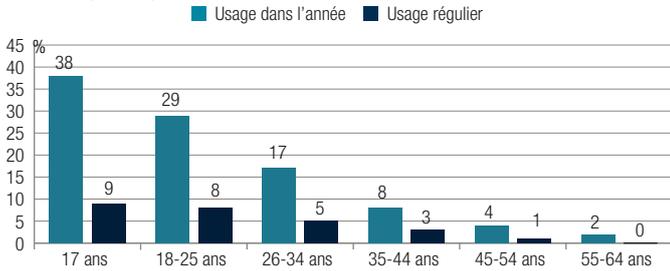
GRAPHIQUE 1
Évolution de la prévalence de l'usage régulier (au moins 10 usages dans le mois) de cannabis à 17 ans, entre 2000 et 2014 (en %)



Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.
Source • Enquête Escapad 2014 (OFDT).

GRAPHIQUE 2

Prévalence de l'usage régulier (au moins 10 usages dans le mois) de cannabis et de l'usage dans l'année selon l'âge, en 2014 (en %)

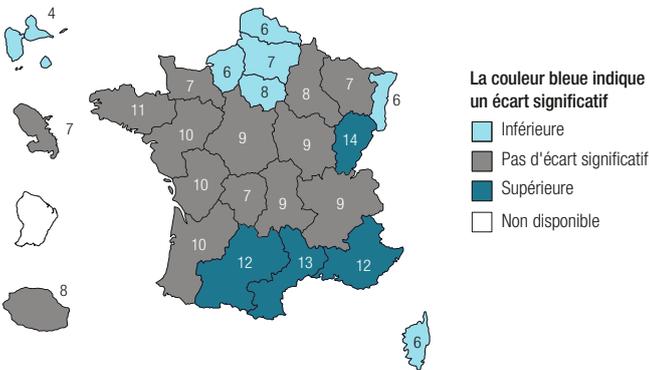


Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans; France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Escapad 2014 (OFDT); Baromètre santé 2014 (INPES).

CARTE 1

Prévalences régionales (anciennes régions) de l'usage régulier (au moins 10 fois dans le mois) de cannabis à 17 ans, en 2014 (en %)

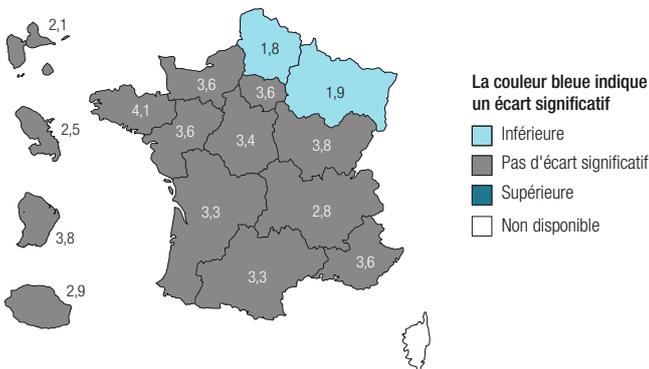


Lecture • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.

Source • Enquête Escapad 2014 (OFDT).

CARTE 2

Prévalences régionales standardisées* de l'usage régulier (au moins 10 fois dans le mois) de cannabis chez les 15-64 ans, en 2014 (en %)



* Prévalences standardisées sur la structure croisée par âge et sexe de la France métropolitaine, Enquête emploi 2014.

Note • Les prévalences correspondent aux taux standardisés. Différence significative entre la région et le reste de la Métropole, évaluée par le test du Chi2 réalisé sur les taux standardisés sur le sexe et l'âge de la France métropolitaine, au seuil de 5 %.

Champ • France entière (hors Corse et Mayotte), population des 15-64 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources • Baromètre santé 2014 (Santé publique France); Baromètre santé DOM 2014 (Santé publique France).

TABEAU 1

Prévalence de l'usage régulier (au moins 10 fois dans le mois) de cannabis selon la PCS chez les 18-64 ans, en 2014 (en %)

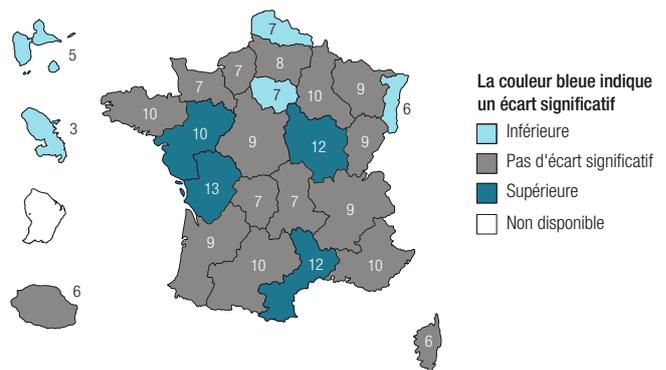
	Population adulte 18-64 ans	Usage régulier de cannabis
Actifs occupés	Agriculteurs	0,9
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2,4
	Cadres et professions intellectuelles	1,1
	Professions intermédiaires	3,1
	Employés	2,7
	Ouvriers	2,9
Chômeurs		6,1
Étudiants		8,1
Inactifs		0,8

Champ • France métropolitaine, population des 18-64 ans vivant en ménage ordinaire.

Source • Baromètre santé 2014 (INPES).

CARTE 3

Prévalences régionales (anciennes régions) de l'expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis* à 17 ans en 2014 (en %)



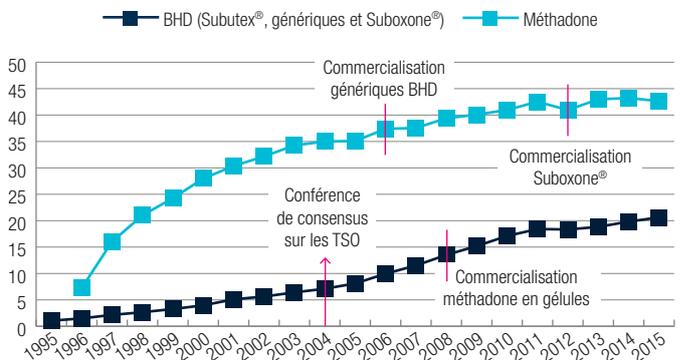
* Parmi l'ecstasy/MDMA, les amphétamines, le crack, la cocaïne, l'héroïne, le LSD, les champignons hallucinogènes.

Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.

Source • Enquête Escapad 2014 (OFDT).

GRAPHIQUE 3

Évolution de la consommation de BHD et de méthadone, de 1995 à 2015*



* Dose journalière/10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans/jour. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone.

Champ • France entière à partir de 2012 (France métropolitaine jusqu'en 2011).

Sources • Données de vente Siamois (INVS) de 1995 à 2011; données de remboursement Médic'AM (CNAMTS) de 2012 à 2015; données de vente (laboratoire Bouchara-Recordati); estimations localisées de population (INSEE); exploitation OFDT.

Consommation de drogues illicites (suite)

respectivement expérimentés par 9 % et 5,5 % des adolescents de 17 ans interrogés en 2014.

Les garçons sont plus souvent expérimentateurs que les filles, sauf pour les poppers, les produits à inhaler, la cocaïne, le crack et l'héroïne pour lesquels la différence selon le sexe n'est pas significative. L'expérimentation de l'ecstasy/MDMA marque une hausse remarquable par rapport à 2011 (+ 1,9 point de %) alors que l'expérimentation de poppers et des produits à inhaler enregistre une baisse sur la même période. Au niveau régional (ancien découpage), l'expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis est supérieure au reste de la France métropolitaine en Pays de la Loire, Bourgogne, Poitou-Charentes et Languedoc-Roussillon (carte 3).

► Nombre de patients recevant un traitement de substitution aux opiacés

La consommation de buprénorphine haut dosage (BHD) a progressé très rapidement de 1996 jusqu'en 2003, puis à un rythme plus lent depuis, sauf en 2006, année qui a connu une plus forte augmentation en raison de l'introduction des génériques. La consommation de BHD a légèrement diminué en 2012, malgré la commercialisation du Suboxone®, médicament qui associe la BHD à la naloxone, un antagoniste opiacé, puis s'est stabilisée de 2013 à 2015. La consommation de méthadone s'est développée lentement d'abord (de 1995 à 2004), puis plus rapidement à partir de 2004, date de la Conférence de consensus sur les traitements de

substitution prônant une meilleure accessibilité de celle-ci. D'abord disponible sous forme de sirop, l'introduction de la méthadone sous forme de gélules en 2008 a maintenu une dynamique de croissance rapide jusqu'en 2011, puis plus lente depuis (graphique 3). Sur la période 2010-2015, la consommation des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) rapportée à la population âgée de 20 à 49 ans a progressé de près de 10 %. La part de la consommation de méthadone, bien qu'inférieure à celle de BHD, n'a cessé de croître pour s'établir en 2013 à 33 % des MSO *versus* 67 % pour la BHD.

En 2014, 147 000 personnes se sont fait rembourser un TSO délivré en pharmacie d'officine. La BHD est le MSO le plus prescrit : 102 000 patients en ont bénéficié, dont près de 6 500 ont reçu de la Suboxone®. La méthadone a été remboursée à près de 49 000 personnes.

Les patients bénéficiant d'un remboursement de TSO en pharmacie d'officine sont âgés de 37,5 ans en moyenne. Les hommes représentent plus des trois quarts et sont plus âgés que les femmes (37,9 ans *versus* 36,3 ans).

Ils sont 40,4 % à être affiliés à la CMU complémentaire (CMU-C).

En 2014, 19 200 patients ont reçu une dispensation de méthadone dans un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire (CSAPA) et 3 700 patients ont reçu de la BHD.

Comme en France, la BHD est le principal MSO en Norvège, en Suède, en Finlande, en République tchèque, en Grèce, à Chypre et en

Turquie en 2014. Ailleurs en Europe, la méthadone est le MSO le plus courant.

La France se situe avec le Royaume-Uni, l'Irlande et l'Autriche parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients en TSO rapporté à sa population âgée de 15 à 64 ans. ■

Organisme responsable de la production de la fiche : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

🕒 Synthèse

En 2014, l'usage régulier de cannabis à 17 ans (au moins 10 usages dans le mois) concerne 9,2 % des jeunes, et est en hausse relativement à 2011 (6,5 %). La consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 3,1 % et est également en augmentation par rapport à 2010.

L'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis à 17 ans concerne 8,8 % des jeunes en 2014 : l'expérimentation d'ecstasy/MDMA enregistre une très nette hausse sur la période 2011-2014 alors que celle des produits détournés de leur usage (poppers, produits à inhaler) est en diminution.

En 2014, 147 000 personnes bénéficient d'un remboursement pour un médicament de substitution aux opiacés (MSO) délivré en officine de ville. Les CSAPA ont dispensé un MSO à près de 23 000 patients. La consommation de MSO rapportée à la population âgée de 20 à 49 ans en France est en augmentation de 10 % sur la période 2010-2015.

INDICATEURS • Prévalence de l'usage régulier de cannabis chez les jeunes de 17 ans**• Prévalence de l'expérimentation de substances illicites hors cannabis chez les jeunes de 17 ans**

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans de nationalité française. ► **Source** : Enquête Escapad (OFDT). Le dernier exercice de l'enquête a eu lieu du 17 au 21 mars 2014. L'enquête s'est déroulée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC) dans tous les centres actifs sur la période en France (y compris ceux des DROM hors Mayotte). Le taux de participation (questionnaires non vierges/jeunes présents) s'élève à 99,3 %. ► **Mode de construction des indicateurs** :

– Prévalence de l'usage régulier (au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) à 17 ans.

– Prévalence de l'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie) de substances illicites autres que le cannabis (champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy, amphétamines, LSD, héroïne, crack) à 17 ans.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : Comme toute donnée déclarative, et d'autant plus pour un comportement sensible car illicite, l'usage déclaré de drogues peut faire l'objet d'une sous-déclaration. Absence des adolescents résidant en France de nationalité étrangère (environ 5 % de la population âgée de 17 ans). Les effectifs sont insuffisants en Guyane pour renseigner l'ensemble des prévalences régionales.

► **Références** :

– Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M., Beck F., 2015, « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2014 », *Tendances*, OFDT, n° 100, mai.

– Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S., 2015, « Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête Escapad 2014 », *Tendances*, OFDT, n° 102, juillet.

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : OFDT.

INDICATEUR • Prévalence de l'usage régulier de cannabis en France métropolitaine

► **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 64 ans, francophones, résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé 2014 (INPES). L'échantillon comprend au total 15 635 individus (7 577 sur téléphone fixe et 8 058 sur mobile). Les numéros de téléphone ont été générés aléatoirement, l'individu étant également sélectionné au hasard au sein des membres éligibles du ménage. Ces enquêtes interrogent les personnes vivant en France sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé et abordent leurs consommations de drogues licites et illicites.

► **Mode de construction de l'indicateur** : Prévalence de la consommation régulière de cannabis (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) parmi les 18-64 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus**. Comme toute donnée déclarative, et d'autant plus pour un comportement sensible car illicite, l'usage déclaré de cannabis peut faire l'objet d'une sous-déclaration. Le taux de réponse global est de 57 %.

► **Référence**

Beck F., Richard J.B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S., 2015, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », *Tendances*, n° 99.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Prévalence de l'usage régulier de cannabis dans les DROM

Champ : Départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte), personnes âgées de 15 à 64 ans, parlant français ou créole et résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé DOM 2014 (INPES). Il s'agit de la première extension de l'enquête Baromètre santé réalisée habituellement sur le seul territoire métropolitain. Afin de disposer d'indicateurs comparables à l'enquête menée en Métropole, la méthode d'enquête utilisée dans le Baromètre santé DOM 2014 a été aussi proche que possible de celle de l'enquête métropolitaine. Au total 8 163 personnes ont été interrogées, comprenant 4 098 individus joints sur un numéro de téléphone fixe et 4 065 individus joints sur un numéro de téléphone mobile. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Prévalence de la consommation régulière de cannabis (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête) parmi les 15-64 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les taux de participation sont de 47,9 % en Guadeloupe, 49,1 % en Guyane, 54,1 % en Martinique et 58,6 % à La Réunion. Pour des questions de faisabilité, l'enquête n'a pas été mise en place à Mayotte.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Nombre de patients recevant un traitement de substitution aux opiacés

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), régime général (hors sections locales mutualistes), MSA et RSI. ► **Source** : SNIIRAM-EGB (CNAMTS). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Estimation du nombre de personnes ayant eu au moins un remboursement de médicaments de substitution aux opiacés dans l'année, à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Possibilité de doubles comptes entre les données EGB et les rapports d'activité des CSAPA. Les données de remboursement de l'EGB n'incluent pas les MSO dispensés dans les structures spécialisées, ni les bénéficiaires des régimes autres que ceux mentionnés ci-dessus, ou bénéficiaires de l'AME ou ne bénéficiant pas de couverture par l'assurance maladie. Une partie des médicaments de substitution, non quantifiable, est détournée en alimentant le trafic ou mésumée et n'entre donc pas dans le cadre d'un TSO. Le taux de sondage n'est pas suffisant pour analyser les données de remboursement de MSO au niveau régional.

► **Références** :

– Brisacier A.-C., Collin C., 2014, « Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes », *Tendances*, n° 94.

– Brisacier A.-C., 2015, « Traitements de substitution aux opiacés », Tableau de bord OFDT [en ligne] : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO150625.pdf

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

INDICATEUR • Évolution de la consommation de BHD et de méthadone

► **Champ** : France entière à partir de 2012 (France métropolitaine jusqu'en 2011) ► **Sources** : Medic'AM (CNAMTS) ; données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati depuis 2012 ; GERS/Siamois (INVS) jusqu'à 2011 ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Consommation de buprénorphine haut dosage et de méthadone en dose journalière pour 10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans par jour à partir des données de remboursement et de ventes. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone. Les données de remboursement proviennent de Medic'AM (CNAMTS) pour la BHD et ses génériques, les données de vente de méthadone en établissements de santé et en CSAPA proviennent du laboratoire Bouchara-Recordati. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les doses journalières sont en moyenne moindres pour la méthadone et plus élevées pour la BHD en 2014 d'après les données de l'EGB.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : OFDT.

INDICATEUR • Nombre de patients pour lesquels la méthadone a été dispensée par les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Champ : France entière. ► **Source** : Rapports d'activité des CSAPA. Mesure annuelle. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de patients pour lesquels le traitement par méthadone a été dispensé par les CSAPA. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : En moyenne, 15 % des rapports d'activité des CSAPA n'ont pas été transmis ou sont inexploitable. Possibilité de doubles comptes entre les données EGB et les rapports d'activité des CSAPA.

► **Référence** : Palle C., Rattanatrasy M., 2013, « Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010 », *Focus*, OFDT, juin.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : DGS ; OFDT.

Références bibliographiques transversales

– EMCDDA, 2013, Table GPS-10, Frequency of Use of Cannabis Amongst Users in the Last 30 days in National General Population Surveys, part (i), all adults (aged 15-64), most recent data, *Statistical bulletin*, [en ligne] : www.emcdda.europa.eu/stats13#display:stats13/gpstab10a

– Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. *et al.*, 2012, « The 2011 ESPAD report - Substance Use Among Students in 36 European Countries. », Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.

– Richard J. B., Gautier A., Guignard R., Léon C., Beck F., 2015, *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé ».

– Spilka S., Le Nézet O., Ngantcha M., Beck F., 2015, « Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2014 », *Tendances*, OFDT, n° 100, mai.

– Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S., 2015, « Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête Escapad 2014 », *Tendances*, OFDT, n° 102, juillet.

– Beck F. (dir.), 2015, *Drogues chiffres clés*, 6^e édition, OFDT, juin.

Surpoids et obésité chez l'adulte

Contexte

Selon l'OMS, le surpoids et l'obésité¹ constituent un facteur de risque de morbidité (maladies cardio-vasculaires – principalement cardiopathies ischémiques et accidents vasculaires cérébraux –, diabète, troubles musculo-squelettiques, en particulier l'arthrose, et certains cancers de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon) et de mortalité. Même si la France connaît une situation plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux, l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité observée chez les adultes depuis le début des années 1980 pose un problème de santé publique majeur. Le surpoids et l'obésité sont couramment mesurés en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC), égal au poids (kg) divisé par le carré de la taille (m). Chez les adultes, selon les seuils OMS, un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² définit le surpoids, l'obésité étant définie par un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². Son calcul requiert une mesure, autant que possible standardisée, du poids et de la taille. Dans les études où il n'est pas possible de disposer de mesures anthropométriques, il est possible de calculer l'IMC à partir du poids et de la taille déclarés par les personnes elles-mêmes, ce qui conduit à des biais de classification.

Indicateurs

► Prévalence du surpoids et de l'obésité en population adulte à partir de données mesurées du poids et de la taille²

En France métropolitaine, d'après les mesures de poids et de taille réalisées dans l'étude ENNS en 2006-2007, 49,3 % des adultes sont en surpoids (IMC \geq 25 kg/m²), dont 16,9 % en situation d'obésité (IMC \geq 30 kg/m²). Si la prévalence de l'obésité est comparable entre les hommes et les femmes, celle du surpoids est significativement supérieure chez les hommes. Le surpoids

et l'obésité varient selon l'âge, la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) ainsi que le niveau scolaire.

Les résultats des études Esteban et INCA-3 réalisées en 2014-2016 permettront d'actualiser ces informations.

En Martinique, la comparaison de données mesurées entre 2003-2004 et 2014 (tableau 1) montre une tendance à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, quel que soit le sexe, compensée, uniquement chez les hommes, par une diminution de la prévalence du surpoids (hors obésité).

► Prévalence du surpoids et de l'obésité en population adulte à partir de données déclarées du poids et de la taille

Les enquêtes déclaratives se caractérisent par une sous-déclaration du poids et une surdéclaration de la taille. Cependant, elles présentent les mêmes variations selon le sexe et la catégorie sociale (PCS et niveau d'études) sur des échantillons de taille plus importante, et permettent d'analyser les évolutions temporelles (tableau 1). Depuis les années 1990, la prévalence du surpoids et de l'obésité a augmenté chez les hommes comme chez les femmes, et de manière particulièrement marquée pour l'obésité. Des évolutions similaires ont été rapportées dans de nombreux pays de l'Union européenne.

Mises en œuvre tous les trois ans, entre 1997 et 2012, les études ObÉpi ont permis de noter un infléchissement de l'augmentation de la prévalence de l'obésité autour de 2005, confirmé également par les enquêtes santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES. Mais cet infléchissement ne semble pas se poursuivre au-delà de 2010.

Par ailleurs, les disparités sociales semblent s'accroître depuis les années 1980. L'enquête décennale santé de l'INSEE³ a montré que la prévalence de l'obésité avait augmenté de 7 points chez les agriculteurs entre 1992 et 2003, contre 2 points chez les cadres. De même, l'écart des prévalences d'obésité entre les personnes de

niveau brevet ou sans diplôme et celles titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat était passé de 5 à 10 points. Des disparités géographiques ont été également rapportées dans les différentes études. Les prévalences de surpoids et d'obésité les plus élevées sont observées dans le Nord, suivi de l'Est et du bassin parisien.

En Guadeloupe, en 2014 (tableau 1), les prévalences de surpoids et d'obésité chez les hommes sont comparables à celles observées en Métropole. Par contre, celles chez les femmes sont supérieures, qu'il s'agisse du surpoids (27 % en Guadeloupe *versus* 24 % en Métropole) ou de l'obésité (23 % *versus* 12 %) en comparant des données déclarées.

En Martinique, en 2014 (tableau 1), la prévalence du surpoids est supérieure chez les hommes à celle déclarée en Métropole. Chez les femmes, la prévalence d'obésité est très supérieure à celle déclarée en Métropole. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Santé publique France – Université Paris 13)

1. Voir également la fiche « Surpoids et obésité chez l'enfant ».

2. Des données mesurées de poids et de taille, antérieures à 2010, figurent de façon plus détaillée dans l'édition 2015 de ce rapport.

3. Dont les chiffres figurent dans l'édition 2015 de ce rapport.

🔄 Synthèse

Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, la moitié des adultes est actuellement en surpoids ou obèse et un adulte sur six est obèse. Les dernières évolutions, fondées sur des données de poids et taille déclarées, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralentir.

TABLEAU 1
Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes, selon le type de données, entre 1991-1992 et 2014 (en %)

Enquêtes et type de données	Année de recueil	Hommes		Femmes	
		Surpoids (IMC≥25 kg/m ²)	Obésité (IMC≥30 kg/m ²)	Surpoids (IMC≥25 kg/m ²)	Obésité (IMC≥30 kg/m ²)
Guadeloupe					
BSN ¹ (déclarées)	2010	49,7	8,1,0	48,7	17,5
BSDom ² (déclarées)	2014	50,0	12,0	50,0	23,0
Kannari (mesurées)	2013-2014	49,0	12,0	63,0	31,0
Martinique					
Escal (mesurées)	2003-2004	52,0	14,0	55,0	26,0
BSDom ² (déclarées)	2014	51,0	12,0	51,0	21,0
Kannari (mesurées)	2013-2014	52,0	21,0	64,0	33,0
Métropole (déclarées)					
Enquête ObÉpi (Inserm-Roche)	1997	45,7	8,8	31,6	8,3
	2000	48,6	10,3	33,5	10,0
	2003	51,1	12,0	36,4	11,9
	2006	50,0	12,5	37,8	13,6
	2009	52,4	13,9	41,1	15,1
	2012	53,1	14,3	42	15,7
Enquête Santé (INSEE)	1991-1992	38,6	6,1	26,6	6,8
	2002-2003	47,7	10,9	35,2	11,3
	2008	50,5	11,4	37,1	12,8
ESPS ³ (IRDES)	1994	40,9	8,4	27,4	7,5
	1998	44,8	9,2	31,1	8,7
	2002	46,7	10,7	34,8	10,2
	2004	46,9	11,1	33,8	11,2
	2006	50,1	12,2	35,6	11,9
	2008	49,6	12,4	37,1	12,6
	2010	50,0	12,1	39,1	13,5
	2012	49,5	14,1	38,2	14,2
Baromètres (INPES)	2014	52,3	14,8	40,0	15,0
	1996	40,3	7,4	25,4	5,8
	1999	43,6	7,0	26,8	7,1
	2002	43,9	9,9	26,2	5,6
	2005	43,5	8,2	27,7	7,5
	2008	48,4	9,8	32,2	9,8
Métropole (enquêtes avec examen de santé)	2010	48,3	11,5	33,9	11,1
	2014	48,5	12,2	36,0	11,7
ENNS	2006-2007	57,1	16,1	41,4	17,6
INCA 2	2006-2007	50,1	11,2	36,2	12,0

1. Baromètre Santé Nutrition.

2. Baromètre Santé DOM.

3. Dans l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), les questions de santé sont administrées dans un autoquestionnaire papier qu'une partie de la population ne renvoie pas. Jusqu'en 2012, les statistiques portant sur cette sous-population étaient établies à partir d'une pondération calculée sur l'ensemble de la population ESPS. Or, la population des répondants au questionnaire auto-administré est sensiblement plus âgée que l'ensemble de la population ESPS. En 2014, nous avons calculé une pondération sur la sous-population des 15 ans et plus répondant au questionnaire auto-administré qui peut modifier sensiblement les statistiques, en particulier quand le phénomène étudié est lié à l'âge. Cette pondération a été produite également *a posteriori* pour l'année 2012, ce qui explique que les chiffres publiés ici sont différents de ceux présents dans l'édition 2015 de ce rapport.

Champ • France entière (hors Guyane, La Réunion et Mayotte), population en ménage ordinaire.

Sources • Enquêtes Baromètres santé et Baromètres santé DOM (INPES); enquête ESPS (IRDES); enquêtes ObÉpi (Inserm-Roche); enquête décennale santé (INSEE); enquête ENNS (InVS-Université Paris 13); enquête INCA-2 (Anses); enquête Escal; enquête Kannari.

Surpoids et obésité chez l'adulte (suite)

INDICATEUR • Prévalence du surpoids et de l'obésité en population adulte à partir de données mesurées du poids et de la taille

► **Champ** : Guadeloupe et Martinique, population âgée de 16 ans et plus en ménage ordinaire. ► **Source** : Enquête Kannari 2013-2014. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Échantillon contacté aléatoirement d'après la base de recensement des îlots de l'INSEE. Enquête en face-à-face. Données mesurées de poids et de taille. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ► **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids et/ou à une surestimation de la taille. ► **Référence** : Yacou C., Cornely V., Neller N., Pitôt S., Joubert C., Blateau A., Colard M., Padra I., Pluton J., Merle S., 2015, « Surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans et plus en Guadeloupe et Martinique, Kannari » [en ligne] : www.orsag.fr/surpoids-obesite/315-volet-sante-kannari-surcharge-ponderale-en-guadeloupe-et-en-martinique-en-2013.html
► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : OSM ; ORSAG.

INDICATEUR • Prévalence du surpoids et de l'obésité en population adulte à partir de données déclarées du poids et de la taille

► **Champ** : Guadeloupe et Martinique, population âgée de 18 ans à 75 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé DOM 2014 (INPES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Enquêtes téléphoniques, données mesurées de poids et de taille. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ► **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids et/ou à une surestimation de la taille. ► **Référence** : Richard J.B. « Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe », INPES [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1662.pdf>
► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Prévalence du surpoids et de l'obésité en population adulte à partir de données déclarées du poids et de la taille

► **Champ** : France métropolitaine, population de 18 à 74 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : ESPS (IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Enquête biennale. Échantillon contacté aléatoirement d'après la base de l'assurance maladie. Enquête en face-à-face. Données déclarées de poids et de taille par autoquestionnaire. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire (personnes affiliées au régime général ou à la MSA ou au RS), excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ► **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids et/ou à une surestimation de la taille.
► **Références** :
– Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, n° 553 (biblio n° 1886), juillet.
– Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport IRDES, n° 556, juin.
► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES.

INDICATEUR • Prévalence du surpoids et de l'obésité en population adulte à partir de données déclarées du poids et de la taille

► **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 18 ans à 75 ans résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé 2014 (INPES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Enquêtes téléphoniques. Données déclarées de poids et de taille. Données pondérées et redressées. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les populations des DROM ne sont pas représentées. ► **Biais connus** : Sous-estimation de la corpulence due à une sous-estimation du poids et/ou à une surestimation de la taille.
► **Références** :
– Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C., 1997, « Baromètre santé nutrition 1996 », CFES.
– Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.), 2001, « Baromètre santé 2000 », vol. 2, CFES.
– Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.), 2004, « Baromètre santé nutrition 2002 », INPES.
– Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), 2007, « Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé », INPES.
– Escalon H., Bossard C., Beck F. (dir.), 2009, « Baromètre santé nutrition 2008 », INPES.
– Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J.-B. (dir.), « Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé », INPES.
– Richard J. B., Gautier A., Guignard R., Léon C., Beck F., 2015, *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé ».
► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

Surpoids et obésité chez l'enfant

Contexte

Le surpoids et l'obésité¹ augmentent, à moyen ou long terme, les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes (diabète de type 2). Présents dès l'enfance ou l'adolescence, ils perdurent souvent à l'âge adulte. Outre ces conséquences métaboliques, le surpoids et l'obésité ont un impact psychosocial et peuvent notamment être source de mal-être et d'isolement chez l'enfant et l'adolescent. Leur repérage et leur prise en charge précoces constituent des enjeux de santé publique.

Les enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, alternativement en grande section de maternelle, en classe de CM2 et de 3^e, fournissent régulièrement des estimations de la prévalence du surpoids et de l'obésité à partir du poids et de la taille mesurés le jour de l'examen de santé. D'autres sources, comme l'enquête HBSC² auprès des collégiens (données déclarées), l'enquête auprès des élèves de CE1-CE2³ (données mesurées) reconduite en 2016, et les enquêtes nationales avec examen de santé (l'Étude nationale nutrition santé 2006-2007⁴ et l'Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition, Esteban, réalisée en 2014-2016), fournissent périodiquement des informations complémentaires.

Indicateurs

► Prévalences du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, CM2 et 3^e

D'après l'enquête nationale de santé en milieu scolaire réalisée en 2014-2015 auprès des élèves scolarisés en CM2, 18,1 % sont en surpoids et 3,6 % sont obèses. L'enquête réalisée en 2012-2013 auprès des classes de grande section de maternelle rapporte que 11,9 % des élèves sont en surpoids et 3,5 % obèses. Pour mémoire en 2008-2009, 17,6 % des élèves de 3^e étaient en surpoids et 3,9 % étaient obèses.

En grande section de maternelle, les prévalences de surpoids et d'obésité sont plus élevées pour les filles (respectivement 13,5 % et 3,8 %)

que pour les garçons (10,4 % et 3,1 %). Cette différence selon le sexe n'est pas retrouvée chez les enfants de CM2 (tableau 1).

Ces enquêtes mettent en évidence de fortes inégalités sociales, la prévalence de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents⁵ est toujours plus élevée parmi les enfants « d'ouvrier » que parmi ceux de « cadre » (tableau 2). La proportion d'enfants obèses s'élève ainsi respectivement à 5,8 % (pour les ouvriers) contre 1,3 % (pour les cadres) en grande section de maternelle et 5,5 % contre 1,4 % en CM2 (tableau 2).

De fortes disparités territoriales sont également rapportées : surpoids et obésité touchent plus fréquemment les zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) du Nord, de l'Est, de la région parisienne ainsi que les DROM. La ZEAT Méditerranée présente également des prévalences élevées. La ZEAT Ouest apparaît plus épargnée (tableau 3).

Pour les trois groupes d'âge, les enquêtes menées au cours des 13 dernières années témoignent d'une stabilisation du surpoids et de l'obésité pour les enfants et adolescents des classes de CM2 entre 2005 et 2013 et en 3^e entre 2001 et 2009 alors qu'on observe un recul significatif du surpoids entre 2000, 2006 et 2013 pour les plus jeunes (grande section de maternelle) (tableau 4).

Les résultats des deux dernières enquêtes HBSC réalisées en 2006 et 2014 auprès d'un échantillon de 6 000 collégiens (entre 11 et 15 ans) rapportent également une stabilisation des prévalences du surpoids et de l'obésité, même si les pourcentages sont légèrement inférieurs à ceux des enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire par la DREES et la DGESCO. L'écart peut être lié à la nature déclarative des données issues de HBSC, les jeunes filles ayant tendance à sous-estimer leur poids et les garçons à surestimer leur taille.

Cette évolution coïncide avec les campagnes de prévention de l'obésité menées durant cette période, en particulier dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS).

D'autres sources de données devraient, dans les années à venir, apporter des informations complémentaires pour confirmer cette tendance. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

1. Voir également la fiche « Surpoids et obésité chez l'adulte ».
2. INPES, 2010, « La santé des collégiens en France », données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour for School Aged Children (HBSC), sous la direction d'Emmanuelle Godeau, Félix Navarro, Catherine Arnaud.
3. Salanave B., Péneau S., Rolland-Cachera M.F., Hercberg S., Castetbon K., 2011, « Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007 », Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13.
4. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007, Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS), Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers.
5. Cette variable combine le groupe socioprofessionnel du père et de la mère, celui qui relève du plus élevé détermine le classement dans un groupe donné.

○ Synthèse

En 2014-2015, 18,1 % des élèves scolarisés en CM2 sont en surpoids et 3,6 % sont obèses. En 2012-2013 11,9 % des élèves des classes de grande section de maternelle sont en surpoids et 3,5 % obèses. Pour mémoire en 2008-2009, 17,6 % des élèves de 3^e étaient en surpoids et 3,9 % étaient obèses. Depuis les années 2000, ces prévalences ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes (5-6 ans). Cette stabilisation s'accompagne néanmoins de fortes inégalités à la fois sociales et territoriales.

TABLEAU 1
Prévalences du surpoids et de l'obésité selon le sexe en grande section de maternelle et en CM2 (en %)

Classes	Dernière année de recueil	Sexe	Surpoids (obésité incluse)	Surpoids (hors obésité)	Obésité
CM2	2014-2015	Ensemble	18,1	14,5	3,6
		Garçons	17,4	14,0	3,4
		Filles	19,0	15,1	3,9
Grande section de maternelle	2012-2013	Ensemble	11,9	8,4	3,5
		Garçons	10,4	7,3	3,1
		Filles	13,5	9,7	3,8

Champ • France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle et en CM2.

Sources • Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO).

TABLEAU 2
Prévalences du surpoids et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %)

Groupe socioprofessionnel des parents*	Grande section de maternelle 2012-2013		CM2 2014-2015	
	Surpoids (obésité incluse)	Obésité	Surpoids (obésité incluse)	Obésité
Cadres	7,2	1,3	12,7	1,4
Professions intermédiaires	10,2	2,4	16,2	3,1
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	13,8	4,8	19,1	3,6
Employés	14,3	4,8	20,2	4,0
Ouvriers	15,6	5,8	21,5	5,5
Ensemble	11,9	3,5	18,1	3,6

* Cette variable combine le groupe socioprofessionnel du père et de la mère. Celui qui dépend du plus élevé détermine le classement dans un groupe donné.

Champ • France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle et en CM2.

Sources • Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO).

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

ZEAT	Grande section de maternelle 2012-2013		CM2 2014-2015	
	Surpoids (obésité incluse)	Obésité	Surpoids (obésité incluse)	Obésité
Nord	11,1	3,9	21,0	5,4
Est	12,3	3,2	17,3	4,2
Région parisienne	13,4	4,6	20,3	3,3
Bassin parisien	12,6	3,5	19,9	5,1
Ouest	9,6	2,1	13,8	2,0
Sud-Ouest	10,2	2,9	10,3	1,8
Centre-Est	10,0	2,8	18,6	3,5
Méditerranée	14,1	4,0	19,9	3,3
DROM	12,7	4,8	22,4	5,5
France	11,9	3,5	18,1	3,6

Champ • France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle et en CM2.

Sources • Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO).

TABLEAU 4
Évolution des prévalences du surpoids et de l'obésité entre 2000 et 2015, en grande section de maternelle, en CM2 et en 3^e

Grande section de maternelle	Surpoids (obésité incluse)			Obésité		
	2000	2006	2013	2000	2006	2013
IC 95 %	14,4 [13,8-14,9]	12,4 [11,9-12,9]	11,9 [11,4-12,5]	3,9 [3,7-4,1]	3,2 [2,9-3,4]	3,5 [3,2-3,8]
CM2	2002	2005	2015	2002	2005	2015
IC 95 %	20,1 [18,9-21,3]	18,9 [17,9-19,8]	18,1 [17,0-19,2]	3,7 [3,2-4,2]	4,0 [3,5-4,5]	3,6 [3,1-4,1]
3^e	2001	2004	2009	2001	2004	2009
IC 95 %	16,4 [15,3 - 17,5]	17,4 [16,2 - 18,5]	17,6 [16,6 - 18,6]	3,5 [2,9 - 4,0]	4,4 [3,8 - 5,1]	3,9 [3,3 - 4,3]

IC : intervalle de confiance.

Champ • France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 et en 3^e.

Sources • Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO).

INDICATEUR • Prévalences du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire

► **Champ** : France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 et en 3^e. ► **Source** : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES, DGESCO).

Enquête réalisée tous les deux ans, alternativement auprès d'élèves de grande section de maternelle (GSM), de cours moyen 2^e année (CM2) et de collégiens des classes de 3^e, basée sur un échantillon d'élèves scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des DROM, Mayotte incluse depuis 2014. L'enquête repose sur un examen de santé associé à un interrogatoire. Les données recueillies sur le poids et la taille sont issues des mesures relevées lors de l'examen de santé. ► **Mode de construction de l'indicateur** : L'indicateur de référence pour estimer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC = poids (en kg) / taille² (en m)). Conformément à la définition de l'International Obesity Task Force (IOTF) pour les enfants de 2 à 18 ans, les seuils du surpoids et de l'obésité sont constitués par les courbes de centiles atteignant respectivement les valeurs d'IMC de 25 et 30 kg/m² à 18 ans (les valeurs 25 et 30 étant les seuils définissant le surpoids et l'obésité chez l'adulte). On parle de surpoids (dont obésité) pour un IMC supérieur au centile IOTF-25, et d'obésité pour un IMC supérieur au centile IOTF-30. Les chiffres indiqués ont été calculés sur les seuils non révisés (antérieurs à 2012) afin de préserver la comparabilité avec les données des années précédentes. L'indicateur repose sur les mesures anthropométriques recueillies par les médecins et infirmières de l'Éducation nationale.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : Matériel de mesure non standardisé ni étalonné.

► **Références** :

– Chardon O., Guignon N., de Saint Pol T., avec la collaboration de Guthmann J.-P., Ragot M. et Delmas M.-C., 2015, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales présentes dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, DREES, n° 920, juin.

– Chardon O., Guignon N., de Saint Pol T., avec la collaboration de Guthmann J.-P., Fonteneau L. et Delmas M.-C., 2014, « La santé des adolescents des classes de 3^e », *Études et Résultats*, DREES, n° 865, février.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

INDICATEUR • Prévalences du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Source** : Enquête HBSC (Health Behavior for School aged Children). Volet France de l'enquête internationale HBSC, réalisée tous les 4 ans auprès d'un échantillon d'élèves scolarisés en CM2, 6^e, 5^e, 3^e et 2nd dans les établissements publics et privés (environ 6 000 élèves entre 11 et 15 ans). Le recueil est basé sur un questionnaire auto-administré en classe en présence d'un professionnel de santé (médecin ou infirmière). La dernière édition de l'enquête a eu lieu en 2014. Les questions relatives au surpoids et à l'obésité ne concernent ni les CM2 ni les 2nd. ► **Mode de construction de l'indicateur** : L'indice de masse corporelle (IMC = poids/taille²) est calculé à partir du poids et de la taille déclarés par l'élève. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Limites liées à la nature du recueil et au biais de désirabilité sociale connu par ailleurs, les filles ayant tendance à sous-estimer leur poids et les garçons à surestimer leur taille. ► **Référence** : Godeau E., Navarro F., Arnaud C. (dir.), 2012, « La santé des collégiens en France », données françaises de l'enquête internationale *Health Behaviour for School-Aged Children* (HBSC), INPES.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm.

Nutrition – Sédentarité et activité physique

Contexte

Une activité physique régulière et un temps limité d'activités sédentaires sont associés à un risque significativement réduit de maladies chroniques. Chez l'adulte, la pratique d'une activité physique régulière et adaptée réduit ainsi le risque d'hypertension, de cardiopathies coronariennes, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer du sein et du colon, de dépression et de chute. Elle contribue à améliorer l'état des os et la santé fonctionnelle, joue un rôle clé dans l'équilibre énergétique et le contrôle du poids. La sédentarité est définie et considérée distinctement de l'activité physique avec ses effets propres sur la santé¹. Les recommandations actuelles préconisent une pratique d'activité physique au moins modérée et la réduction du temps sédentaire. Une actualisation de ces recommandations est en cours. La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures objectives (accéléromètres, podomètres...), mais leurs contraintes amènent à souvent utiliser des informations déclaratives sur les pratiques des individus, ce qui nécessite d'être prudent quant à leur interprétation. L'indicateur « temps passé assis devant un écran » est le plus souvent utilisé pour estimer la sédentarité mais ne reflète que partiellement le comportement sédentaire d'un individu.

Indicateurs

► Proportion de personnes interrogées déclarant une pratique d'activité physique au moins modérée

Pour apporter des bénéfices supplémentaires à la santé, une activité physique minimum de 30 minutes doit être réalisée en plus des activités de faible intensité de la vie quotidienne. Les personnes qui déclarent faire au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour au moins 5 fois par semaine correspondent, selon les experts, aux personnes ayant une pratique d'activité physique au moins modérée. La proportion de personnes ayant un tel niveau d'activité physique varie, selon les enquêtes, entre six et huit adultes sur dix. Ces proportions sont toujours un peu plus élevées chez les hommes que chez les femmes, elles varient peu selon

le niveau d'études et la région, mais davantage selon la profession et catégorie socio-professionnelle (PCS)².

Selon les baromètres santé 2014, un tiers des personnes interrogées en Métropole pratiquent une activité physique régulière au moins 5 fois par semaine. Ces proportions peuvent être comparées entre les DROM et la Métropole, montrant un niveau d'activité physique plus faible en Martinique et plus élevé à La Réunion (graphique 1).

► Pourcentage d'adultes déclarant faire du sport habituellement

D'après l'Enquête santé et protection sociale 2014, 52,3 % des adultes déclarent la pratique habituelle d'une activité sportive, celle-ci étant définie par la pratique au moins un jour dans une semaine habituelle, soit d'un sport ou d'une activité physique pendant au moins 10 minutes d'affilée, soit de musculation ou d'exercices de renforcement musculaire. Cette proportion est un peu plus élevée chez les hommes (55,5 %) que chez les femmes (48,7 %). Elle varie fortement selon le niveau de diplôme (graphique 2) et les revenus : de 34,3 % dans le 1^{er} quintile de revenus (de 0 à 1 000 € par unité de consommation) à 66,6 % dans le 5^e quintile (2 222 € et plus). Enfin, il existe des variations selon la PCS, avec les fréquences les moins élevées chez les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés (36 %), et les plus élevées chez les cadres et professions intellectuelles (68 %).

► Moyenne journalière du temps passé devant un écran en population adulte et chez l'enfant (hors temps scolaire et travail)

En 2006-2007, selon les études ENNS et INCA-2, les adultes passent en moyenne entre 3 h 20 et 3 h 30 par jour devant un écran (télévision ou ordinateur), plus de la moitié des adultes y passant plus de trois heures par jour. Chez les enfants, le temps moyen passé devant un écran est d'environ 3 heures, ce temps moyen augmentant jusqu'à 3 heures et demie chez les 15-17 ans.

Selon un mode d'interrogation un peu différent, les enquêtes réalisées en milieu scolaire

apportent des informations en matière d'évolution du temps passé devant un écran. En 2005-2006, 78,4 % des enfants de grande section de maternelle passent plus d'une heure devant un écran les jours sans classe. Cette proportion atteint 83,4 % en 2012-2013. Dès la grande section de maternelle, les habitudes de vie bénéfiques à la santé sont plus souvent déclarées pour les enfants issus des milieux socio-économiques favorisés. Les enfants de cadres passent en moyenne moins de temps quotidien devant un écran, même les jours de classe : seuls 25 % y consacrent plus d'une heure, contre 59 % pour les enfants d'ouvriers (tableau 1). Ces derniers disposent aussi plus souvent d'un écran dans leur chambre (34 % contre 9 %). ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Santé publique France – Université Paris 13).

🔄 Synthèse

Les niveaux observés d'activité physique, que celle-ci soit mesurée de façon globale ou par la pratique habituelle d'un sport, apparaissent insuffisants par rapport aux recommandations. La pratique semble en effet suffisante pour seulement la moitié des adultes avec des variations importantes selon le sexe et le niveau social des individus. Le temps passé devant des écrans est, quant à lui, élevé : la majorité de la population, aussi bien chez les adultes que chez les enfants au-delà d'un certain âge, passant plus de 3 heures par jour devant un écran, en dehors des temps de travail ou scolaire.

1. Actualisation des repères du Programme nutrition santé (PNNS) - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité (ANSES, 2016). <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

2. Des données détaillées, antérieures à 2010, issues des études ENNS et INCA-2, sont disponibles dans l'édition 2015 de ce rapport.

TABLEAU 1

Temps passé devant un écran (télévision, jeux vidéo ou ordinateur) et disponibilité d'un écran dans la chambre selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des parents des élèves scolarisés en grande section de maternelle, en 2012-2013 (en %)

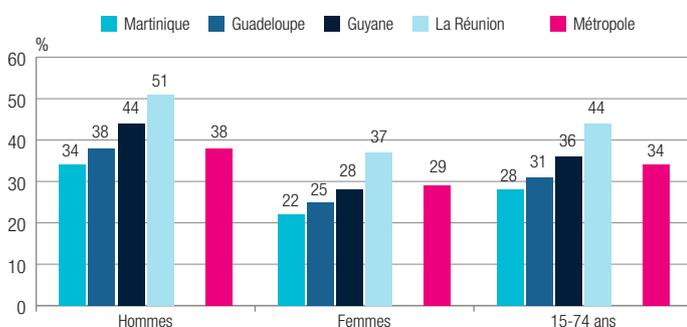
PCS des parents	% d'enfants qui...		
	... passent plus d'une heure devant un écran...		... ont un écran dans leur chambre
	... les jours de classe	... les jours sans classe	
Cadres	25,4	76,0	9,0
Professions intermédiaires	37,7	84,2	17,3
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	44,9	83,8	25,0
Employés	51,8	86,8	31,3
Ouvriers	59,0	85,9	33,7
Ensemble	42,9	83,4	22,7

Champ • France entière (hors Mayotte), enfants scolarisés en grande section de maternelle.

Source • Enquête nationale de santé en milieu scolaire 2012-2013 (DREES, DGESCO).

GRAPHIQUE 1

Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique régulière, en 2014 (en %)

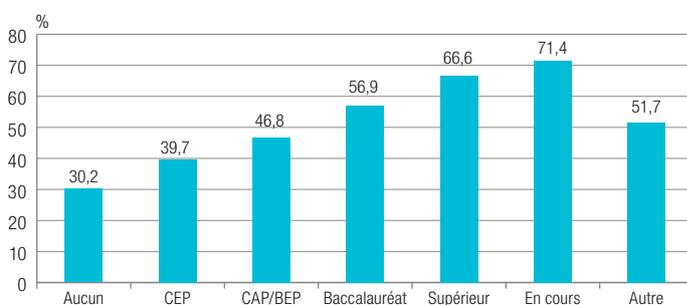


Champ • France entière (hors Mayotte), personnes de 15 à 74 ans en ménage ordinaire.

Sources • Baromètre santé 2014 ; Baromètre santé DOM 2014 (INPES).

GRAPHIQUE 2

Proportion de personnes déclarant la pratique habituelle d'une activité sportive selon le niveau de diplôme, en 2014 (en %)



Champ • France métropolitaine, population de 18 à 74 ans en ménage ordinaire.

Source • ESPS 2014 (IRDES).

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique régulière

► **Champ** : DROM (hors Mayotte), population âgée de 18 à 75 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé DOM 2014 (INPES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Enquêtes téléphoniques. Proportion de personnes déclarant la pratique d'une activité physique régulière au moins 5 fois par semaine. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation des niveaux d'activité physique).

► **Références** : Richard J.B., « Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe », INPES [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1662.pdf>

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant pratiquer une activité physique régulière

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : Baromètre santé 2014 (INPES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Enquêtes téléphoniques. Proportion de personnes déclarant la pratique d'une activité physique régulière au moins 5 fois par semaine. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation des niveaux d'activité physique).

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant la pratique habituelle d'une activité sportive

► **Champ** : France métropolitaine, population de 18 à 74 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : ESPS 2014 (IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Contact aléatoire d'après la base de l'assurance maladie (personnes affiliées au régime général, à la MSA ou au RSI). Enquête biennale. Fréquence de la pratique habituelle d'une activité sportive, définie comme la pratique au moins un jour par semaine : soit d'un sport ou d'une activité physique de loisir pendant au moins 10 minutes d'affilée, soit de musculation ou d'exercices de renforcement musculaire. Données pondérées et redressées. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible de la pratique sportive).

► **Références** : Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport IRDES, n° 556, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES.

INDICATEUR • Moyenne journalière du temps passé devant un écran en population adulte et chez l'enfant (hors temps scolaire et travail)

► **Champ** : France entière (hors Mayotte avant 2014), enfants scolarisés. ► **Source** : Enquête nationale de santé en milieu scolaire 2012-2013 (DREES, DGESCO). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Interrogatoire direct des enfants ou de leurs parents concernant le temps passé devant un écran (trois modalités de réponse possibles) en distinguant les jours avec peu ou pas d'école. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante. ► **Limites d'interprétation** : La Bretagne et la Corse n'ont pas participé à l'enquête en 2012-2013. ► **Biais connus** : Biais de déclaration (sous-estimation probable du temps total).

► **Références** :

– Guignon N., Collet M., Gonzalez L., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 737, septembre.

– Chardon O., Guignon N., Saint Pol (de) T. (DREES), Guthmann J.-P. et Ragot M. pour la partie vaccination, Delmas M.C. pour l'asthme, Paget L.-M., Perrine A.-L. et Thélot B. pour les accidents de la vie courante (InVS), 2015, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, DREES, n° 920, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

Nutrition – Consommation de fruits et légumes

Contexte

En raison des bénéfices démontrés pour la prévention de certaines maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, obésité, ostéoporose), favoriser une consommation suffisante de fruits et légumes est un objectif prioritaire de santé publique depuis 2001 dans le cadre du Programme national nutrition santé. Le fait de manger des fruits et légumes variés permet de consommer en quantité appropriée la plupart des micronutriments, des fibres alimentaires et diverses substances non nutritives essentielles. De même, une plus grande consommation de fruits et légumes peut contribuer à remplacer les aliments riches en graisses saturées, en sucre ou en sel. Actuellement, les niveaux de consommation observés en population sont insuffisants par rapport aux recommandations (au moins 400 grammes par jour, soit l'équivalent de 5 portions). L'estimation des consommations alimentaires repose sur la réalisation d'enquêtes de consommations individuelles, comprenant un recueil détaillé des quantités et de la nature des fruits et légumes consommés, telles que l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) et l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA). Ces recueils des consommations alimentaires étant lourds à mettre en place, on les complète par un descriptif des fréquences de consommation.

Indicateurs

► Proportion de personnes déclarant consommer moins de 5 portions de fruits et légumes par jour ; distribution des consommations

Les résultats des deux enquêtes de consommations alimentaires individuelles réalisées en population générale en 2006-2007 sont semblables. La proportion d'adultes déclarant consommer moins de 5 portions par jour était de 57,2 % dans l'étude ENNS et de 58,7 % dans l'étude INCA-2. Chez les hommes comme chez les femmes, ces proportions diminuent avec l'âge. Elles varient également selon le niveau d'études ainsi que la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)¹. Une augmentation des consommations moyennes de fruits et légumes a été observée entre les études INCA-1 (1998-1999) et INCA-2 (2006-2007). Cette amélioration concerne davantage les femmes et

les personnes de plus de 65 ans. Les résultats des études Esteban et INCA-3 réalisées en 2014-2016 permettront d'actualiser ces informations et de confirmer ou non ces tendances.

L'étude Kannari réalisée en 2013-2014, inclut également un recueil détaillé des consommations alimentaires et apporte des informations pour la Guadeloupe et la Martinique. Près des trois quarts des adultes de 16 ans et plus consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (Guadeloupe : 74,4 % ; Martinique : 73,6 %). Ces proportions sont plus élevées que celles relevées en Métropole, la différence étant particulièrement importante pour les fruits. En 2003-2004, dans l'enquête Escal réalisée en Martinique, 21,6 % des adultes consomment au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, contre 26,4 % en 2013-2014 dans l'enquête Kannari, ce qui pourrait signifier qu'on peut observer une augmentation modeste de ces consommations, qu'il sera nécessaire de confirmer. Dans l'enquête Kannari, alors qu'il n'y a pas de différence importante entre les deux départements des Antilles, les femmes consomment plus de fruits et légumes que les hommes.

L'étude Kannari montre également que l'alimentation des enfants antillais est caractérisée par des apports faibles en fruits et légumes. Seuls 16,5 % des enfants âgés de 11 à 15 ans consomment au moins 5 fruits et légumes par jour.

► Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour

En raison des conditions d'enquête, les participants à l'étude sur l'Alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (Abena) ont été uniquement interrogés sur leur fréquence de consommation de fruits et légumes en utilisant des questions très simplifiées. En 2004-2005, le pourcentage de personnes bénéficiant de l'aide alimentaire et déclarant consommer au moins 5 fois par jour des fruits et légumes est de 1,2 % ; cette proportion passe à 5,6 % en 2011-2012. Selon un questionnaire simplifié identique, cette proportion est de plus de 12 % dans l'étude ENNS en 2006-2007 en population générale. La part des faibles consommateurs a diminué (une fois par jour ou moins : 60 % en 2004-2005 chez les personnes recourant à l'aide alimentaire sous forme de denrées

à emporter, et 50 % en 2011-2012) tandis que celles des personnes en consommant au moins trois par jour a augmenté (12,9 % en 2004-2005 et 31,3 % en 2011-2012, dans le même sous-groupe d'enquête). Bien qu'encourageantes, ces améliorations restent relativement modestes.

D'après l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) réalisée en 2014, 37,2 % des adultes déclarent une fréquence de consommation de fruits et légumes d'au moins 3 fois par jour et 14,1 %, d'au moins 5 fois par jour. Ces proportions semblent augmenter puisqu'en 2010, elles se situaient respectivement à 34,9 % et 10,2 %. L'interrogation dans l'enquête ESPS étant limitée à de simples questions de fréquence de consommation de portions, ces résultats ne sont pas directement comparables à ceux des enquêtes faisant appel à des recueils de consommations alimentaires plus détaillés (ensemble des aliments consommés sur plusieurs jours et quantités respectives). La représentation (graphique 1) de ces fréquences en fonction des niveaux de revenus confirme toutefois les disparités socio-économiques, avec 28 % des adultes du 1^{er} quintile de revenus déclarant une fréquence d'au moins 3 fois par jour contre 46 % chez ceux du 5^e quintile de revenus, le plus élevé.

► Proportion de consommateurs quotidiens de fruits et légumes chez les élèves de grande section de maternelle

D'après les enquêtes réalisées en milieu scolaire les plus récentes, environ la moitié des enfants consomment des fruits chaque jour, quel que soit leur âge, et 45 à 50 % d'entre eux consomment des légumes chaque jour, cette proportion diminuant avec l'âge.

L'influence du milieu social sur les habitudes alimentaires s'illustre dès le plus jeune âge. Dans l'enquête réalisée en grande section de maternelle en 2012-2013, les enfants d'ouvriers sont 31 % à consommer quotidiennement des boissons sucrées contre 8 % des enfants de cadres. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Santé publique France – Université Paris 13)

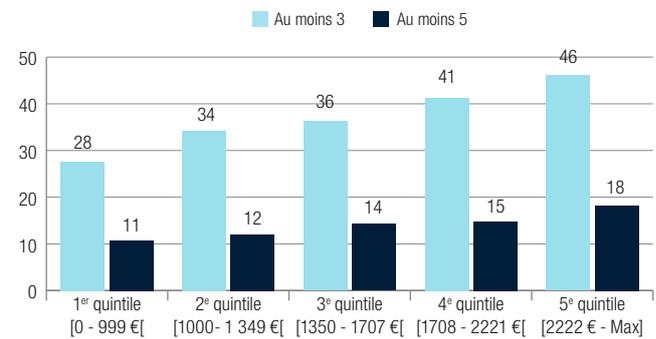
1. Ces données par sexe, âge, niveau d'études et PCS, antérieures à 2010, figurent de façon plus détaillée dans l'édition 2015 de ce rapport.

Synthèse

Les fruits et légumes apparaissent comme insuffisamment consommés par la population en France. 40 % de la population a une consommation en fruits et légumes conforme aux recommandations du Programme national nutrition santé. D'importantes disparités socio-économiques sont observées avec, dans les populations les plus précaires comme les bénéficiaires de l'aide alimentaire, de très faibles fréquences de consommation. Seule la moitié des enfants consomment chaque jour des fruits et des légumes.

GRAPHIQUE 1

Proportion d'adultes déclarant une fréquence de consommation d'au moins 3 fois par jour et d'au moins 5 fois par jour en fruits et légumes selon le quintile de revenus par unité de consommation, en 2014 (en %)



Champ • France entière, personnes âgées de 18 à 74 ans en ménage ordinaire.

Source • Étude santé et protection sociale 2014 (IRDES).

INDICATEUR • Proportion de personnes déclarant consommer moins de 5 portions de fruits et légumes par jour

► **Champ** : Guadeloupe et Martinique, population de 16 ans et plus résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : Enquête Kannari (2013-2014). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Contact aléatoire d'après la base de recensement des îlots de l'INSEE. Enquête en face-à-face. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions.

► **Références** :

– Castetbon C., Ramalli L., Vaidie A., Yacou C., Merle S., Ducros V., Deschamps V., Bateau A., 2016, « Consommations alimentaires et biomarqueurs nutritionnels chez les adultes de 16 ans et plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4, p. 52-62.

– Castetbon C., Vaidie A., Ramalli L., Neller N., Yacou C., Bateau A., Deschamps V., 2016, « Consommations alimentaires des enfants de 11-15 ans en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4, p. 42-51.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : OSM ; ORSAG.

INDICATEUR • Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour

► **Champ** : Bénéficiaires de l'aide alimentaire dans 4 régions de France métropolitaine, population adulte âgée de 18 à 74 ans. ► **Source** : Enquête auprès des bénéficiaires de l'aide alimentaire, Abena (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Fréquence de consommations déclarées par grands groupes d'aliments. ► **Limites d'interprétation** : Ne concerne pas l'ensemble des individus en situation de pauvreté en France. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connotés positivement). Par ailleurs, l'interrogatoire simplifié des fréquences de consommation comporte une erreur d'estimation.

► **Référence** : Grange D., Castetbon K., Guibert G., Vernay M., Escalon H., Delannoy A., Féron V., Vincelet C., 2013, « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005 », Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Pourcentage d'adultes en situation de pauvreté déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 3 fois par jour et au moins 5 fois par jour

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 18 à 74 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : ESPS 2014 (IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Contact aléatoire d'après la base de l'assurance maladie. Fréquence de consommations alimentaires recueillies par des questions simples. Données pondérées et redressées. ► **Limites d'interprétation** : La population d'étude est la population résidant en ménage ordinaire (personnes affiliées au régime général, à la MSA ou au RSI), excluant de ce fait les populations en institutions (les personnes en mauvais état de santé sont sous-représentées). Comme dans toutes les enquêtes en population générale, les personnes en situation de grande précarité sont également sous-représentées. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes et des régimes spéciaux d'assurance maladie ne sont pas parfaitement représentés. ► **Biais connus** : Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connotés positivement). Par ailleurs, l'interrogatoire simplifié des fréquences de consommation comporte une erreur d'estimation.

► **Références** :

– Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport IRDES, n° 553 (biblio n° 1886), juillet.

– Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport IRDES n° 556, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : IRDES.

INDICATEUR • Proportion de consommateurs quotidiens de fruits et légumes chez les élèves de grande section de maternelle

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), enfants scolarisés en grande section de maternelle. ► **Source** : Enquête nationale de santé en milieu scolaire 2012-2013 (DREES, DGESCO). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Interrogatoire direct des enfants ou de leurs parents. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante. ► **Limites d'interprétation** : La Bretagne et la Corse n'ont pas participé à l'enquête en 2012-2013. ► **Biais connus** : Biais de déclaration.

► **Références** :

– Guignon N., Collet M., Gonzalez L., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 737, septembre.

– Chardon O., Guignon N., de Saint Pol T. (DREES), Guthmann J.-P. et Ragot M. pour la partie vaccination, Delmas M.-C. pour l'asthme, Paget L.-M., Perrine A.-L. et Thélot B. pour les accidents de la vie courante (IRVS), 2013, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et Résultats*, DREES, n° 920, juin.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DREES.

Couvertures vaccinales (hors grippe)

Contexte

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour contrôler les maladies infectieuses à prévention vaccinale ou pour les éliminer, comme spécifié dans le plan français pour la rougeole et la rubéole congénitale¹. Santé publique France a pour mission d'évaluer la couverture vaccinale² pour tous les vaccins inclus dans le calendrier vaccinal et dans tous les groupes cibles. L'objectif est d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) une couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés. Cet objectif est déjà atteint chez le nourrisson pour la primo-vaccination dans la première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, les infections invasives à *Haemophilus influenzae b* et la coqueluche, et pour la première fois, pour la vaccination contre le pneumocoque. Cependant, pour aucune de ces vaccinations, la couverture pour le premier rappel n'atteint 95 % à l'âge de 24 mois. Bien que des progrès aient été constatés, les couvertures à 24 mois pour les vaccinations contre l'hépatite B et la rougeole restent également insuffisantes, de même que pour la vaccination contre les infections invasives à méningocoque du groupe C. Au-delà, on note des couvertures insuffisantes chez l'adolescent (rappel coqueluche, hépatite B,

HPV) et pour le rappel DTP chez l'adulte. Cette dernière vaccination nécessite d'être renforcée, au vu de la persistance de cas sporadiques de tétanos ainsi que de la fréquence des voyages vers les pays où la diphtérie reste endémique.

Indicateurs

► Couverture vaccinale annuelle des enfants de 2 ans pour DTP, coqueluche et Hib 4 doses, hépatite B 3 doses, ROR 1 et 2 doses, méningocoque C 1 dose, PCV-13 3 doses

La couverture vaccinale est élevée, bien qu'insuffisante, pour 4 doses de DTP, coqueluche et Hib ainsi que pour 3 doses de vaccin pneumocoque (PCV-13) (tableau 1). La couverture par le vaccin contre la rougeole reste insuffisante : stable (autour de 90 %) pour la première dose, en progression (76,8 % en 2014 contre 60,9 % en 2010) pour la seconde dose. On constate des disparités départementales pour la vaccination par le ROR, avec un gradient Nord-Sud (carte 1). La couverture contre l'hépatite B est en franche augmentation depuis 2008 à la suite de l'admission au remboursement du vaccin hexavalent, et dépasse 80 % depuis 2013. La couverture contre les infections à méningocoque C, vaccin recommandé depuis 2010, est en nette progression

(64 % en 2014 contre 48 % en 2011) mais demeure insuffisante. La France est l'un des pays européens ayant les meilleures couvertures vaccinales DTP et coqueluche. Elle est moins performante pour le ROR et la vaccination contre l'hépatite B (graphique 1).

► Couverture vaccinale BCG à 9 mois et 2 ans des enfants à risque

La couverture par le BCG à 24 mois varie entre 80 % et 85 % jusqu'en 2006 (tableau 1). Elle a diminué suite au changement de technique vaccinale en janvier 2006 (données de 2008 à l'âge de 24 mois : 44 %). À partir de 2009, en raison de la suspension de l'obligation vaccinale en juillet 2007 et de l'absence d'indication dans le certificat de santé (CS) sur l'appartenance de l'enfant à la population cible de la vaccination, la couverture ne peut être interprétée à partir des CS que dans les régions où la recommandation vaccinale concerne tous les enfants (Île-de-France, Guyane, Mayotte). En Île-de-France, la couverture est en progression, passant de 73,1 % en 2008 à 83,2 % en 2012 et à 84,7 % en 2014 chez les enfants de 9 mois. En Guyane, des données de couverture vaccinale sont disponibles depuis 2012 et montrent une légère hausse de la couverture vaccinale, de 76,1 % en 2012 à 79,1 % en 2013 et à 79,8 % en 2014.

TABLEAU 1

Évolution de la couverture vaccinale DTP, coqueluche, Hib, hépatite B, ROR, pneumocoque conjugué (PCV-13), méningocoque C et BCG des enfants de 2 ans, entre 1998 et 2014 (2013 pour 4 doses de DTP et Coqueluche) (en %)

Année de collecte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Diphtérie, tétanos ³	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5	98,5	98,5	98,8	98,8	98,5	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5	98,4
Polyomyélite ³	97,2	97,6	98,0	98,0	97,4	96,2	98,5	98,4	98,7	98,6	98,3	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5	98,4
Diphtérie, tétanos-poliomyélite ⁴	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3	89,3	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3	91,3	91,7	91,1	ND
Coqueluche ³	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7	98,2	98,2	98,5	98,4	97,9	98,2	98,2	98,4	98,4	98,3	98
Coqueluche ⁴	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	88,9	89,0	90,3	91,0	91,1	91,4	90,8	90,5	90,9	90,3	ND
Haemophilus influenzae b3	79,4	84,5	86,1	85,8	86,5	86,6	96,6	96,6	97,1	96,7	96,6	97,3	97,3	97,6	97,5	97,5	97,3
Haemophilus influenzae b4							87,2	87,5	88,7	88,9	89,3	89,9	89,2	88,6	89,0	88,4	ND
Pneumocoque conjugué ³													88,6	88,8	88,8	89,2	89,3
Hépatite B3	27,5	23,9	26,0	28,0	29,2	27,6	34,5	35,1	39,3	41,9	47,0	51,0	64,6	74,2	78,1	81,5	83,1
ROR1 (1 dose) ²	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9	87,3	87,5	87,2	89,4	90,1	89,1		89,2	89,4	90,5	90,3	90,6
ROR2 (2 doses) ²													60,9	67,3	72,0	74,5	76,8
Méningocoque C1 ³														48,0	54,1	56,4	64,0
BCG	81,1	82,6	83,1	83,9	84,5	84,2	85,1	81,2	83,3	78,2	44,0						

ND : Données non disponibles pour l'année 2014.

1. Les chiffres accolés aux noms des vaccins représentent le nombre de doses.

2. Données rougeole jusqu'en 2008, absence de données en 2009 en raison d'un problème de mise à jour des logiciels d'extraction suite aux modifications de format des CS24, données ROR à partir de 2010. Les données ROR2 ne sont disponibles qu'à partir de 2010.

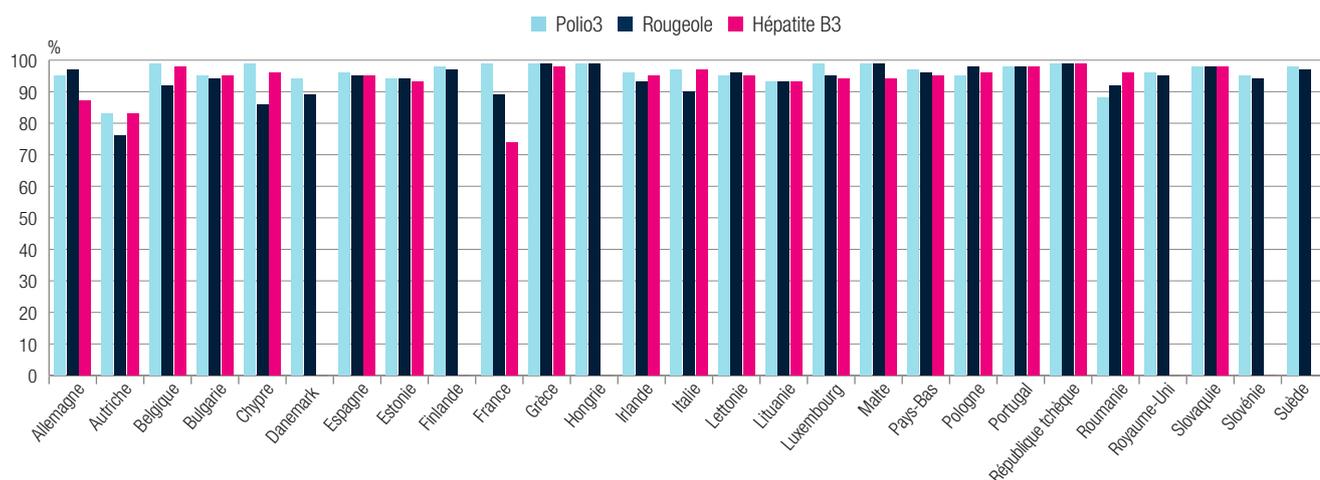
3. Estimations au 31 décembre 2014.

Champ • France entière (hors Mayotte), enfants âgés de 2 ans.

Sources • Certificat de santé de l'enfant (DREES) pour diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hib, pneumocoque, hépatite B, rougeole, oreillons et rubéole ; SNIIRAM-EGE (CNAMTS) pour méningocoque C ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1

Couvertures vaccinales à 1 an (2 ans pour la France et pour la rougeole dans tous les pays) pour trois vaccinations communiquées au bureau de l'OMS en 2013 dans les 27 pays de l'Union européenne (en %)



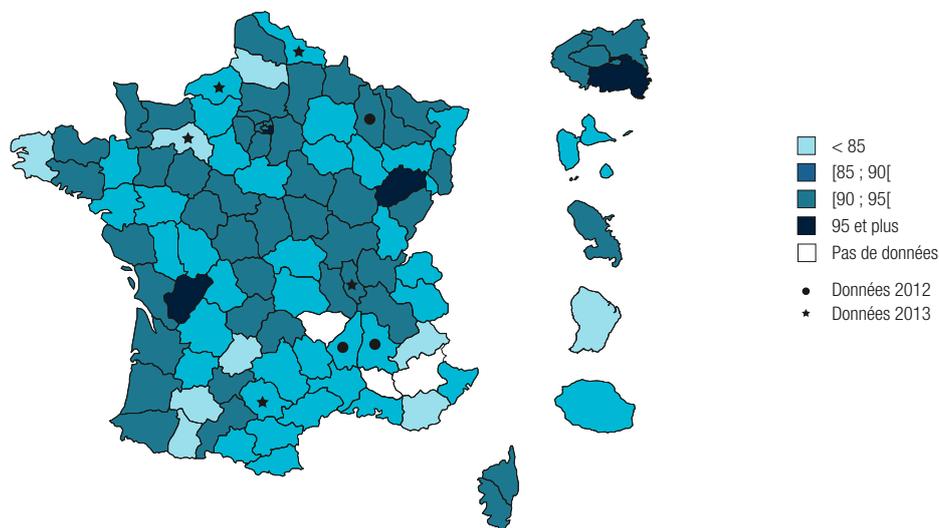
Note • Les chiffres accolés aux noms des vaccins représentent le nombre de doses. L'absence de barre pour un pays signifie l'absence de données pour ce vaccin.

Champ • Union européenne (hors Croatie), population âgée de 12 mois et 24 mois.

Source • OMS Europe (<http://data.euro.who.int/CISID>).

CARTE 1

Couvertures départementales vaccinales ROR 1 dose à 2 ans, en 2014



Champ • France entière (hors Mayotte), enfants âgés de 2 ans.

Source • Certificat de santé de l'enfant (DREES) ; exploitation Santé publique France.

Couvertures vaccinales (hors grippe) (suite)

TABLEAU 2
Couvertures vaccinales HPV chez les jeunes filles de 15 et 16 ans par cohorte de naissance estimées au 31 décembre 2015 (en %)

Année de naissance	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Couverture vaccinale 1 dose à 15 ans	22,0	31,4	31,3	31,1	22,5	20,2	19,2	20,4
Couverture vaccinale 3 doses à 16 ans	22,2	28,4	27,1	24,3	18,6	16,3	13,7	-

Champ • France entière, régime général (hors sections locales mutualistes), MSA et RSI.

Source • SNIRAM-EGB (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

À Mayotte, les seules données récentes proviennent d'une enquête (2010) montrant une couverture de 93 % chez l'enfant de 24-59 mois. Dans les régions de France métropolitaine hors Île-de-France, les seuls résultats disponibles proviennent d'enquêtes réalisées en 2008 et 2009, montrant une couverture insuffisante chez les enfants à risque suivis en médecine de ville par un pédiatre ou un généraliste (32-40 %) ou suivis en PMI (62 %).

► Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose chez les jeunes filles de 15 ans et pour 3 doses chez les jeunes filles de 16 ans (tableau 2)

Depuis sa recommandation en 2007, la vaccination des jeunes filles par le vaccin HPV est très insuffisamment mise en œuvre, puisque, au 31 décembre 2015, seules 20,4 % des jeunes filles ont reçu une dose de vaccin à l'âge de 15 ans

et seulement 13,7 % ont reçu le schéma complet de vaccination à l'âge de 16 ans (trois doses). Le tableau 2 montre une baisse constante de la couverture vaccinale depuis 2011, qui pourrait être en partie due à la parution dans la presse nationale en 2011 de plusieurs articles mettant en cause la sécurité d'emploi du vaccin. On observe cependant une légère hausse de la couverture vaccinale 1 dose en 2015. Les couvertures HPV de France sont parmi les plus basses rapportées à l'ECDC³ par les pays de l'Union européenne. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Santé publique France

1. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf

2. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016 ; ministère des Affaires sociales et de la Santé.

3. Early Childhood Development and Education.

🔄 Synthèse

La couverture vaccinale chez le nourrisson est élevée pour certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, Hib, PCV-13). Elle doit être améliorée pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dont les niveaux de couverture actuels sont incompatibles avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Les couvertures par le vaccin contre la méningite à méningocoque du groupe C et contre l'hépatite B sont insuffisantes, bien qu'en progression. La couverture par le BCG est insuffisante chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France et de la Guyane. Celle par le vaccin HPV chez la jeune fille est également nettement insuffisante.

INDICATEURS • Couverture vaccinale annuelle des enfants à 2 ans pour DTP, coqueluche et Hib 4 doses, hépatite B 3 doses, ROR 1 et 2 doses, PCV-13 3 doses
• Couverture vaccinale BCG à 9 mois et 2 ans des enfants à risque

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Source** : Certificat de santé de l'enfant (DREES). ► **Mode de construction des indicateurs** : Rapport du nombre d'enfants de 2 ans ayant reçu le nombre de doses requises (selon le calendrier vaccinal établi et publié par le ministère chargé de la Santé chaque année) sur le nombre d'enfants de cet âge pour lesquels un certificat de santé a été saisi. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les CS sont remplis par le médecin, lors de la visite obligatoire du 9^e et 24^e mois puis centralisés au niveau départemental par les conseils départementaux, puis au niveau national par la DREES. Le taux de retour des certificats de santé est insuffisant : en 2014, 90 départements ont transmis des données de CS9 et 91 départements des données de CS24 à la DREES. Proportion des enfants pour lesquels les données des CS9 et 24 figurent dans la base nationale DREES : 37 % pour les CS9 et 30 % pour les CS24.

► **Références** :

– Guthmann J.-P., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D., 2012, *Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
 – Santé publique France, Dossier thématique « Couverture vaccinale » [en ligne] : www.invs.sante.fr

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France.

INDICATEURS • Couverture vaccinale annuelle des enfants à 2 ans pour méningocoque C 1 dose
• Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose chez les jeunes filles de 15 ans et pour 3 doses chez les jeunes filles de 16 ans

► **Champ** : France entière régime général (hors sections locales mutualistes), MSA et RSI. ► **Source** : SNIIRAM-EGB France (CNAMTS). ► **Mode de construction des indicateurs** : Rapport du nombre d'enfants/de jeunes filles de 2 ans/15-16 ans pour lequel(le)s apparaît un remboursement pour une dose de vaccin contre le méningocoque C/1 ou 3 doses de vaccin contre le HPV sur le nombre d'enfants de 2 ans/de jeunes filles de 15-16 ans affilié(e)s au régime général (hors sections locales mutualistes), à la MSA et au RSI. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Données limitées au régime général (hors sections locales mutualistes), à la MSA et au RSI, représentant environ 85 % de la population ; données de remboursement de vaccins par date de délivrance et non d'administration effective.

► **Références** :

– Fonteneau L., Ragot M., Parent du Châtelet I., Guthmann J.P., Lévy-Bruhl D., 2015, « The Use of Reimbursement Data for Timely Monitoring of Vaccination Coverage : the Example of Human Papillomavirus Vaccine Following Public Concerns about Vaccine Safety », *BMC Public Health*, 15 : 1233 [en ligne] : <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2575-7>

– Fonteneau L., Ragot M., Guthmann J.P., Lévy-Bruhl D., 2015, « Use of Health Care Reimbursement Data to Estimate Vaccination Coverage in France : Example of Hepatitis B, Meningitis C, and Human Papillomavirus Vaccination », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*; pii : S0398-7620(15), 00362-4.

– Guthmann J.P., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D., 2012, *Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

– Santé publique France, Dossier thématique « Couverture vaccinale » [en ligne] : www.invs.sante.fr

– Introduction of HPV Vaccines in European Union Countries : an Update [en ligne] : http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20120905_gui_hpv_vaccine_update.pdf

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France.

Les déterminants liés aux conditions de travail

Exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques en milieu professionnel	152
Exposition aux facteurs de risques psychosociaux	156
Exposition aux facteurs de pénibilité dans le travail	160

Exposition aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques en milieu professionnel

Contexte

Les facteurs professionnels susceptibles d'augmenter le risque de cancer sont en général étudiés séparément, alors que les expositions aux agents cancérigènes sont souvent multiples.

L'exposition multiple aux agents cancérigènes de la population salariée française a été estimée dans le cadre du projet Multi-expo de Santé publique France à partir des données de l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (SUMER) 2009-2010.

Trois types d'agents cancérigènes ont été sélectionnés : les agents chimiques (classés cancérigènes avérés ou probables, au nombre de 24), les rayonnements ionisants et le travail de nuit chez les femmes (au moins 45 nuits par an). Cette situation professionnelle est en effet considérée comme probablement cancérigène par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

La problématique des cancérigènes peut être élargie à l'exposition aux agents mutagènes et reprotoxiques (CMR). L'enquête SUMER permet également d'identifier les salariés exposés à cinq produits chimiques reprotoxiques classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne : le plomb et ses dérivés, les phtalates, le cadmium et ses dérivés, le diméthylformamide et le diméthylacétamide, ainsi que certains éthers de glycol classés toxiques pour la reproduction. Ces produits peuvent altérer la fertilité de l'homme ou de la femme, ainsi que le développement de l'enfant à naître (avortement spontané, malformation...).

Indicateurs

► Proportion de salariés exposés à au moins un agent cancérigène (avéré ou probable selon le CIRC ou l'Union européenne) en 2010

Exposition à des cancérigènes pour tous types de cancer

En France en 2010, 12 % des salariés (environ 2,6 millions, 2 millions d'hommes et 600 000 femmes, tableau 1) sont exposés¹ à au moins un agent cancérigène tous types confondus (substances chimiques, rayonnements ionisants ou travail de nuit pour les femmes) ; parmi eux, 757 000 ont au moins une double exposition (soit 30 % des exposés). Parmi les salariés exposés, les hommes représentent 78 % et les femmes en âge de procréer 15 %

(graphique 1). L'exposition aux cancérigènes chimiques concerne approximativement 2,2 millions de salariés (soit plus qu'un salarié sur dix), celle aux rayonnements ionisants 259 000 (dont 136 000 hommes et 123 000 femmes), soit 1,2 % des salariés.

Les différences d'exposition selon le sexe s'expliquent du fait des spécificités d'emplois occupés par les hommes et par les femmes (graphique 2 et tableau 2). Les hommes sont essentiellement exposés à des cancérigènes chimiques (94,5 % des exposés, 6,8 % pour les rayonnements ionisants) et un tiers des hommes est exposé à au moins deux cancérigènes (double exposition). Ces salariés travaillent principalement en tant qu'ouvriers du bâtiment et des travaux publics (BTP), ouvriers qualifiés de la maintenance, de la réparation automobile, du travail des métaux et des transports. Les quatre cancérigènes les plus fréquents, à savoir les émissions de moteurs diesel, les huiles minérales entières, les poussières de bois et la silice cristalline, touchent très largement ces activités professionnelles.

L'exposition des femmes est de nature plus variée : parmi les femmes exposées, 47 % le sont à des cancérigènes chimiques, 21 % aux

rayonnements ionisants et 41 % travaillent de nuit. Près de 15 % des salariées exposées ont au moins une double exposition, principalement dans les secteurs de la santé (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes et autres professions paramédicales) et des services.

Exposition à des cancérigènes respiratoires

Environ 2 millions de salariés (environ 1,7 million d'hommes et 300 000 femmes, soit 9 % des salariés) sont exposés à au moins un cancérigène respiratoire – agents chimiques et/ou rayonnements ionisants. Alors que leur action se cumule au niveau d'un même organe cible, l'appareil respiratoire, 22 % des salariés exposés ont au moins une double exposition. Pour 1,6 million de salariés l'exposition provient d'au moins un cancérigène broncho-pulmonaire et pour 0,9 million d'un cancérigène de la sphère ORL.

Protections collectives et individuelles

Dans les secteurs ou professions particulièrement concernés, la présence de protections

¹ Le terme exposition réfère à celle déclarée par le médecin du travail, définie par la présence d'une nuisance cancérigène au poste de travail.

TABEAU 1
Pourcentages et effectifs des salariés exposés à des cancérigènes pour tous types de cancer

Type d'exposition	Ensemble		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
Cancérigènes chimiques						
Exposé à au moins 1 cancérigène	2 176 518	10,1	1 904 342	16,1	272 176	2,8
Exposé à au moins 2 cancérigènes	705 077	3,3	655 181	5,5	49 896	0,5
Exposé à au moins 3 cancérigènes	250 629	1,2	228 780	1,9	21 849	0,2
Exposé aux rayonnements ionisants	258 939	1,2	135 878	1,1	123 061	1,3
Travail de nuit au moins 45 nuits/an*				-	236 449	2,4
Tous cancérigènes confondus**						
Exposé à au moins 1 nuisance cancérigène	2 594 364	12,0	2 014 419	17,0	579 945	5,9
Exposé à au moins 2 nuisances cancérigènes	756 997	3,5	669 257	5,7	87 740	0,9
Exposé à au moins 3 nuisances cancérigènes	264 650	1,2	238 031	2,0	26 619	0,3
Exposé à au moins un cancérigène chimique et à des rayonnements ionisants	54 415	0,3	25 801	0,2	28 614	0,3
Travail de nuit et exposé à au moins un cancérigène chimique ou à des rayonnements ionisants				-	41 140	0,4

* Travail de nuit (entre minuit et 5 heures du matin), classé comme probablement cancérigène par le CIRC uniquement chez les femmes.

** Hommes : agents chimiques cancérigènes ou rayonnements ionisants ; femmes : agents chimiques cancérigènes ou rayonnements ionisants ou travail de nuit.

Note • Exposition déclarée par le médecin du travail qui se réfère à la présence d'une nuisance cancérigène au poste de travail.

Champ • France métropolitaine et La Réunion, salariés. Nombre total : 21 606 951.

Source • Enquête SUMER 2010 (DARES-DGT-DGAFF), projet Multi-expo (Santé publique France).

TABLEAU 2

Pourcentage de salariés exposés à au moins un cancérigène chimique selon les secteurs détaillés d'activités professionnelles, en 2010

Secteurs détaillés d'activités professionnelles	Ensemble			Hommes	Femmes
	Nombre exposés	Répartition parmi les exposés ^a (%)	% d'exposés ^b au sein du secteur	% d'exposés au sein du secteur	% d'exposées au sein du secteur
Ensemble des secteurs	2176518	100	10,1	16,1	2,8
Activités de services administratifs et de soutien	106433	4,9	7,6	12,7	1,1
Activités financières et d'assurance	5035	0,2	0,6	1,3	0,0
Activités immobilières	4755	0,2	1,9	4,2	0,5
Activités informatiques et services d'information	535	0,02	0,1	0,2	0,0
Activités juridiques, comptables, de gestion, d'architecture, d'ingénierie, de contrôle et d'analyse	28555	1,3	3,3	5,7	1,0
Activités pour la santé humaine	99341	4,6^c	6,4	8,3	5,8
Administration publique	136666	6,3	5,0	9,4	1,0
Agriculture, sylviculture et pêche	31949	1,5	13,1	16,1	1,4
Arts, spectacles et activités récréatives	5897	0,3	3,2	6,0	0,2
Autres activités de services	53330	2,5^d	8,8	5,7	9,9
Autres activités spécialisées, scientifiques et techniques	12345	0,6	5,5	5,5	5,4
Autres industries manufacturières, réparation et installation de machines et d'équipements	84237	3,9	26,6	30,8	10,1
Cokéfaction et raffinage	7196	0,5	42,4	47,3	-
Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	331956	15,3	10,5	18,5	1,8
Construction	471642	21,7	31,1	34,8	2,9
Édition, audiovisuel et diffusion	3270	0,2	1,8	2,9	0,0
Enseignement	9320	0,4	3,3	6,2	1,3
Fabrication d'équipements électriques	14345	0,7	10,0	13,9	2,3
Fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac	16544	0,8	3,5	5,5	0,4
Fabrication de machines et équipements nca	39218	1,8	17,5	20,5	3,0
Fabrication de matériels de transport	117165	5,4	22,1	23,7	13,0
Fabrication de produits en caoutchouc et en plastique	77961	3,6	22,8	28,7	5,0
ainsi que d'autres produits minéraux non métalliques					
Fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques	14758	0,7	8,8	9,4	6,3
Fabrication de textiles, industries de l'habillement, industrie du cuir et de la chaussure	2697	0,1	2,2	4,8	0,5
Hébergement et restauration	7246	0,3	1,0	1,5	0,6
Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement	17468	0,8	1,6	5,0	0,8
Industrie chimique	24306	1,1	13,3	16,6	6,7
Industries extractives	10054	0,3	47,3	52,4	-
Industrie pharmaceutique	7054	0,3	10,4	12,9	8,2
Métallurgie et fabrication de produits métalliques à l'exception des machines et des équipements	124121	5,7	34,3	38,8	8,2
Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution	28840	1,3	17,1	20,3	3,0
Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	15997	0,7	8,4	10,8	0,9
Recherche-développement scientifique	30360	1,4	16,0	14,3	18,7
Secteurs non étudiés ^e	1660	0,1	16,1	-	-
Transports et entreposage	176252	8,1	13,1	15,8	5,6
Travail du bois, industries du papier et imprimerie	56301	2,6	24,0	28,3	11,2
Télécommunications	1706	0,1	0,8	1,3	0,0

nca : non classée ailleurs.

- : n < 50 dans l'échantillon, indicateurs non calculés.

a : Correspond au nombre de salariés exposés dans le secteur sur le nombre total des exposés.

b : Correspond au nombre de salariés exposés dans le secteur sur le nombre total du secteur.

c : santé : 25,5 % chez les femmes.

d : services : 16,1 % chez les femmes.

e : secteurs non étudiés : activités des ménages en tant qu'employeur, activités extraterritoriales.

Note • En gras, les pourcentages remarquables (les plus élevés dans la colonne).

Champ • France métropolitaine et La Réunion, salariés. Nombre total : 21 606 951 salariés (dont exposés 1 904 432 hommes, 272 176 femmes).

Source • Enquête SUMER 2010, projet Multi-expo (Santé publique France).

Exposition aux agents cancérigènes mutagènes et reprotoxiques en milieu professionnel (suite)

collectives rapportée par les médecins du travail semble insuffisante : par exemple, une absence de protection collective (telle que les systèmes de ventilation des locaux ou aspiration à la source) lors de l'exposition à au moins un cancérigène chimique a été rapportée par le médecin du travail chez 57 % des hommes dans le secteur du BTP. Des protections individuelles sont mises à la disposition des salariés : protection respiratoire dans 31 % des cas d'exposition, protection cutanée dans 43 % des cas et protection oculaire dans 26 % des cas. Contre les rayonnements ionisants, les médecins du travail signalent une protection cutanée, respiratoire ou oculaire dans seulement 48 % des cas (essentiellement au niveau cutané) ; la présence d'une protection collective ou d'un éloignement de la source n'est pas mentionnée. Il n'est néanmoins pas possible de savoir à partir des données de l'enquête si ces protections sont adaptées aux situations d'exposition ni si les protections individuelles sont effectivement utilisées par les salariés. Ces chiffres surestiment donc vraisemblablement l'usage de protections individuelles adaptées par les salariés.

► Proportion de salariées déclarant travailler de nuit (entre minuit et cinq heures) au moins 45 nuits par an

Environ 236 500 femmes salariées travaillent au moins 45 nuits par an. Parmi elles, 41 000 sont exposées à un cancérigène chimique ou à des rayonnements ionisants, soit environ 0,4 %. Il s'agit principalement des infirmières et des sages-femmes.

► Proportion de salariés exposés à au moins un produit chimique reprotoxique

En 2010, l'exposition à au moins un agent chimique reprotoxique concerne 234 000 salariés (1,1 %, tableau 3) dont plus de 100 000 femmes en âge de procréer (< 45 ans). Entre 2003 et 2010, la baisse du nombre de salariés exposés aux substances reprotoxiques est moindre que pour les autres CMR.

Les produits chimiques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques sont souvent réduits aux seuls cancérigènes. Aussi, les risques d'exposition aux produits toxiques pour la reproduction sont très largement sous-estimés. Par ailleurs, les effets des produits cancérigènes sont souvent mieux connus et font l'objet d'une réglementation plus stricte que les reprotoxiques. Le risque lié aux reprotoxiques est presque exclusivement associé aux femmes enceintes : cela circonscrit la santé reproductive à la période de gestation et tend à occulter le fait que l'exposition aux reprotoxiques concerne aussi les hommes. Cela conduit à un manque d'adaptation des mesures de prévention et de protection face aux expositions : les principes de prévention appliqués pour les reprotoxiques sont souvent les mêmes que pour les cancérigènes. ■

►► Organismes responsables

de la production de la fiche : Santé publique France et Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

🔄 Synthèse

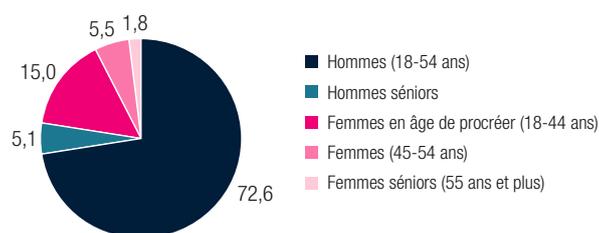
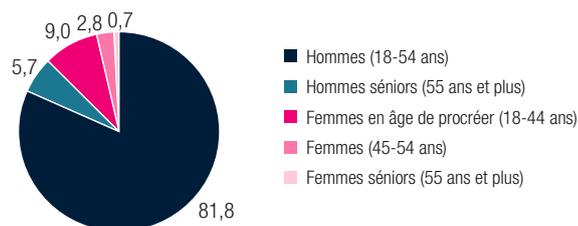
En 2010, 12,0 % des salariés français sont exposés* à au moins un agent cancérigène (chimique ou non) et environ 3,5 % des salariés présentent une exposition à au moins deux cancérigènes. Ce sont principalement des hommes (78 %), notamment des ouvriers du bâtiment et des travaux publics, de la maintenance, du travail des métaux, des transports et de la réparation automobile. Les femmes en âge de procréer (< 45 ans) représentent 15 % de l'ensemble des salariés exposés et sont essentiellement des professionnelles de santé (infirmières, sages-femmes et aides-soignantes).

En 2010, 2,2 millions de salariés étaient exposés aux cancérigènes chimiques, 259 000 aux rayonnements ionisants et environ 236 500 femmes au travail de nuit (au moins 45 nuits par an). Près d'un salarié sur dix est exposé à au moins un cancérigène respiratoire (agents chimiques et/ou rayonnements ionisants).

Cependant, les protections collectives en présence d'agents chimiques cancérigènes et la mise à disposition de protection cutanée, respiratoire ou oculaire vis-à-vis des rayonnements ionisants, semblent insuffisantes.

En 2010, 234 000 salariés (1,1 %) étaient exposés à au moins un agent chimique reprotoxique. La part de salariés exposés a moins diminué entre 2003 et 2010 que celle des salariés exposés aux autres produits chimiques cancérigènes.

1. Exposition déclarée par le médecin du travail qui se réfère à la présence d'une nuisance cancérigène au poste de travail.

GRAPHIQUES 1
Répartition selon le sexe et l'âge des salariés exposés à au moins un agent cancérigène (chimique ou non)

Répartition selon le sexe et l'âge des salariés exposés à au moins un agent cancérigène chimique


Champ • France métropolitaine et La Réunion, salariés.

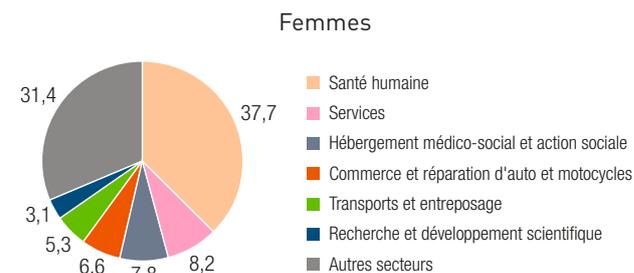
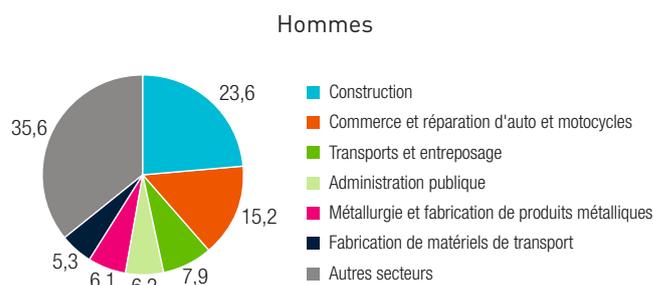
Source • Enquête SUMER 2010, projet Multi-expo (Santé publique France).

TABLEAU 3
Exposition des salariés aux agents chimiques CMR en 2010

	Nombre de salariés exposés	% de salariés exposés
Ensemble des produits CMR	2 247 000	10,4
Cancérigènes	2 180 000	10,1
Mutagènes	184 000	0,9
Reprotoxiques	234 000	1,1

Champ • France métropolitaine et La Réunion, salariés.

Source • Enquête SUMER 2010 (DARES-DGT-DGAFP).

GRAPHIQUES 2
Répartition par secteur des salariés exposés à au moins un agent cancérigène (chimique ou non)


Champ • France métropolitaine et La Réunion, salariés.

Source • Enquête SUMER 2010, projet Multi-expo (Santé publique France).

INDICATEUR • Proportion de salariés exposés à au moins un agent cancérigène

► **Champ** : France métropolitaine et La Réunion, salariés des secteurs privés et publics (90 %). ► **Source** : Enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels 2010 (SUMER, DARES-DGT-DGAFP) et projet Multi-expo de Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans l'enquête SUMER en 2010 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par l'exposition étudiée. Le pourcentage de salariés exposés à un ensemble particulier de nuisances a été obtenu par le cumul d'indices binaires d'exposition définis pour chaque nuisance cancérigène (présente/absente selon le médecin du travail). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : L'édition de 2010 couvre quasiment tous les secteurs, publics comme privés. L'exception majeure concerne les enseignants de l'Éducation nationale ainsi que les agents des ministères sociaux et de la Justice. Risque de sous-estimation : dans l'enquête SUMER, l'exposition du salarié recueillie par le médecin du travail concerne la dernière semaine travaillée, ce qui sous-évalue le nombre de salariés dont les expositions sont liées à des activités ponctuelles ou irrégulières. La liste des cancérigènes étudiés n'est pas exhaustive. Risque de surestimation : non prise en compte des protections collectives ou individuelles pour le calcul des indicateurs. Classe de cancérigènes parfois large (ex. : toutes les amines aromatiques ne sont pas cancérigènes). ► **Référence** : Fréry N., Moisan F., Schwaab Y., Garnier R., 2016, *Multi-expositions professionnelles à des agents cancérigènes chez les salariés en 2010*, Saint-Maurice, Santé publique France.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Proportion de femmes salariées déclarant travailler de nuit au moins 45 nuits par an

► **Champ** : France métropolitaine et La Réunion, salariés des secteurs privés et publics (90 %). ► **Source** : Enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels 2010 (SUMER, DARES-DGT-DGAFP) et projet Multi-expo de Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans l'enquête SUMER en 2010 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par l'exposition étudiée. Le pourcentage de salariés exposés à un ensemble particulier de nuisances a été obtenu par le cumul d'indices binaires d'exposition définis pour chaque nuisance cancérigène (présente/absente selon le médecin du travail). ► **Référence** : Fréry N., Moisan F., Schwaab Y., Garnier R., 2016, *Multi-expositions professionnelles à des agents cancérigènes chez les salariés en 2010*, Saint-Maurice, Santé publique France.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Proportion de salariés exposés à au moins un produit chimique reprotoxique

► **Champ** : France métropolitaine et La Réunion, salariés des secteurs privés et publics (90 %). ► **Source** : Enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels 2010 (SUMER, DARES-DGT-DGAFP). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans l'enquête SUMER 2010 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par l'exposition étudiée. ► **Référence** : Cavet M., Memmi S., Léonard M., 2015, « Les expositions aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques : un zoom sur huit produits chimiques », *DARES Analyses*, n° 74.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : DARES.

Exposition aux facteurs de risques psychosociaux

Contexte

Selon le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux (RPS) au travail¹, ce qui constitue un risque psychosocial pour la santé n'est pas sa manifestation mais son origine. Les RPS peuvent être définis comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». La littérature scientifique en épidémiologie a souligné les effets importants de ces facteurs de risque sur les maladies cardio-vasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques.

Situés à l'interface de l'individu et de sa situation de travail, les facteurs de risque sont multiples. Le suivi statistique de ces risques repose sur l'analyse de six dimensions : intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeur et insécurité de la situation de travail.

L'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail permet de repérer des situations de travail qui accroissent ces risques psychosociaux. L'exposition aux RPS peut résulter de nombreux aspects de la situation de travail dont il n'existe pas de mesure univoque. Dans un souci de parcimonie, les expositions pour chacune des dimensions sont présentées par deux ou trois indicateurs.

Indicateurs

En 2013, 61 % des actifs occupés sont exposés à trois facteurs ou plus de RPS et 4 % aux six facteurs à la fois. C'est parmi les employés non qualifiés que cette proportion est la plus élevée. Le cumul d'exposition s'accompagne d'un niveau de bien-être psychologique plus bas et de limitations fonctionnelles plus fréquentes, signe d'une santé physique dégradée, que pour le reste des actifs (graphique 2). Les expositions globales à ces six dimensions de RPS sont donc vraisemblablement sous-estimées.

► Proportion des actifs occupés déclarant être soumis à un travail intense

En 2013, 64 % des actifs occupés déclarent être soumis à un travail intense ou subir des pressions temporelles (tableau 1). Les cadres (73 %) et les personnes exerçant un métier de la banque et assurance (86 %), du commerce (78 %) et de

l'hôtellerie et restauration (75 %) sont les plus exposées à ce facteur de RPS (tableau 2).

De manière plus spécifique, en 2013, 47 % des actifs occupés estiment qu'ils doivent « toujours » ou « souvent » se dépêcher dans leur travail et 27 % considèrent qu'ils doivent « fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue » et que c'est « un aspect négatif de [leur] travail ». Ce dernier aspect est plus fréquent pour les femmes occupant un emploi de cadre (37 %) ou de profession intermédiaire (36 %).

En 2013, un actif occupé sur trois déclare avoir des objectifs chiffrés à atteindre, ce qui peut accroître le sentiment de pression au travail. Des objectifs chiffrés confrontent en effet les travailleurs à une forte pression psychologique et augmentent la probabilité d'être exposé à la « tension au travail » (*job strain*) au sens du modèle de Karasek (Coutrot et Sandret, 2015). Ceci est plus

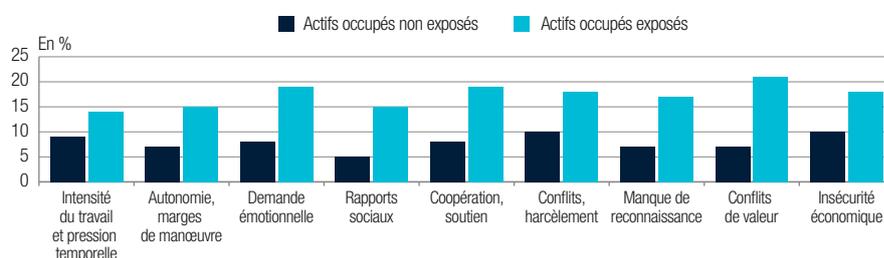
particulièrement le cas pour les hommes artisans, commerçants ou cadres (tableau 1).

► Proportion des actifs occupés exposés à un risque de manque d'autonomie dans leur travail

L'autonomie et les marges de manœuvre désignent la possibilité d'être acteur dans son travail, de participer aux décisions, d'utiliser ses compétences et de s'épanouir dans son travail. En 2013, au moins 64 % des actifs occupés sont exposés à un risque de manque d'autonomie dans leur travail. Les femmes déclarent systématiquement plus souvent que les hommes manquer d'autonomie dans leur travail pour les trois sous-dimensions retenues ici (tableau 1). Elles sont 45 % à déclarer avoir un travail répétitif (contre 38 % des hommes) et un tiers ne pas pouvoir développer leurs compétences sur leur

GRAPHIQUE 1

Part des actifs occupés en déficit de bien-être psychologique selon l'exposition aux facteurs de RPS, en 2013 (en %)



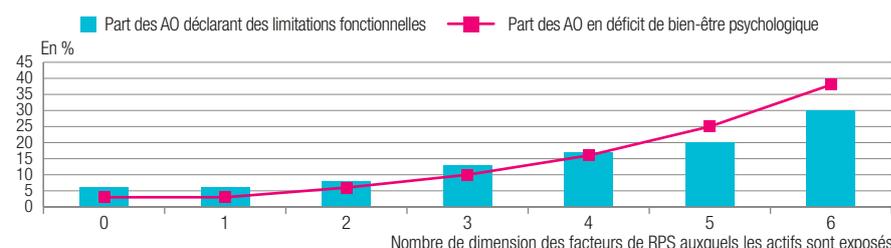
Note • Être exposé à un facteur de RPS est défini ici comme être exposé à l'un des items retenus pour ce facteur dans le tableau 1. Le déficit de bien-être psychologique est défini ici par un score inférieur ou égal à 8 selon le questionnaire WHO5 de l'OMS.

Champ • France entière, ensemble des actifs occupés.

Source • Enquête Conditions de travail 2013 (DARES-DREES-DGAFP) ; exploitation DARES.

GRAPHIQUE 2

Part des actifs occupés en déficit de bien-être psychologique et déclarant des limitations fonctionnelles* selon le nombre de facteurs de RPS cumulés, en 2013 (en %)



AO : actifs occupés.

*Personnes déclarant être limitées ou fortement limitées, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens.

Note • Le bien-être dégradé est défini comme un score inférieur ou égal à 8 au test du WHO5 de l'OMS.

Champ • France entière, ensemble des actifs occupés.

Source • Enquête Conditions de travail 2013 (DARES-DREES-DGAFP) ; exploitation DARES.

TABLEAU 1

Proportion d'actifs occupés exposés aux facteurs de RPS des actifs occupés par sexe et catégorie socioprofessionnelle, en 2013 (en %)

	Catégorie socioprofessionnelle																H	F	Ensemble
	Agriculteurs exploitants		Artisans, commerçant		Cadres		Professions intermédiaires		Employés qualifiés		Employés non qualifiés		Ouvriers qualifiés		Ouvriers non qualifiés				
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F			
Nombre d'actifs occupés (en milliers)	392	137	1308	437	2934	1957	3087	3349	749	2679	970	2983	3218	469	1261	669	13944	12694	26637
Intensité du travail et pression temporelle																			
devoir se dépêcher (toujours, souvent)	52 %	39 %	53 %	41 %	46 %	57 %	43 %	53 %	49 %	47 %	42 %	44 %	43 %	50 %	38 %	46 %	45 %	49 %	47 %
avoir des objectifs chiffrés à atteindre	41 %	27 %	47 %	31 %	46 %	34 %	40 %	28 %	28 %	26 %	20 %	14 %	29 %	35 %	26 %	28 %	36 %	26 %	31 %
devoir s'interrompre pour effectuer une tâche non prévue, et c'est négatif	20 %	18 %	17 %	15 %	33 %	37 %	31 %	36 %	28 %	33 %	20 %	16 %	23 %	20 %	19 %	14 %	26 %	28 %	27 %
Être exposé à l'un des 3 items ci-dessus	69 %	51 %	70 %	55 %	73 %	73 %	69 %	69 %	68 %	63 %	53 %	52 %	61 %	67 %	54 %	58 %	65 %	63 %	64 %
Manque d'autonomie, de marges de manœuvre																			
Avoir un travail répétitif	51 %	59 %	36 %	44 %	10 %	14 %	25 %	31 %	41 %	48 %	51 %	63 %	59 %	79 %	65 %	83 %	38 %	45 %	41 %
Ne pas pouvoir régler soi-même les incidents	7 %	24 %	2 %	5 %	13 %	17 %	19 %	26 %	29 %	38 %	33 %	37 %	33 %	53 %	45 %	47 %	23 %	31 %	27 %
Ne pas pouvoir développer ses compétences	15 %	17 %	10 %	13 %	13 %	18 %	24 %	29 %	31 %	31 %	35 %	36 %	37 %	42 %	34 %	46 %	25 %	30 %	28 %
Être exposé à l'un des 3 items ci-dessus	60 %	71 %	43 %	50 %	33 %	42 %	51 %	63 %	69 %	74 %	74 %	82 %	81 %	89 %	86 %	93 %	59 %	69 %	64 %
Demande émotionnelle																			
Devoir cacher ses émotions, faire semblant d'être de bonne humeur (toujours, souvent)	13 %	16 %	35 %	42 %	26 %	38 %	25 %	38 %	37 %	37 %	32 %	39 %	22 %	26 %	17 %	24 %	26 %	37 %	31 %
Devoir éviter de donner son avis (toujours, souvent)	5 %	13 %	17 %	26 %	11 %	18 %	14 %	21 %	25 %	21 %	21 %	24 %	16 %	16 %	17 %	18 %	15 %	21 %	18 %
Être exposé à l'un des 3 items ci-dessus	15 %	22 %	39 %	48 %	29 %	41 %	31 %	43 %	45 %	42 %	40 %	45 %	29 %	32 %	26 %	31 %	31 %	42 %	36 %
Rapports sociaux difficiles																			
- manque de coopération, de soutien																			
Ne pas être aidé par ses collaborateurs pour les travaux délicats	62 %	60 %	43 %	60 %	22 %	25 %	25 %	25 %	19 %	25 %	30 %	44 %	30 %	24 %	26 %	41 %	29 %	32 %	30 %
Ne pas avoir le sentiment de faire partie d'une équipe	8 %	6 %	13 %	17 %	11 %	13 %	11 %	11 %	10 %	11 %	11 %	10 %	13 %	11 %	10 %	14 %	11 %	12 %	11 %
Être exposé à l'un des 2 items ci-dessus	64 %	63 %	52 %	64 %	28 %	33 %	32 %	31 %	25 %	31 %	36 %	48 %	38 %	31 %	31 %	48 %	35 %	38 %	36 %
- conflits, harcèlement																			
Victime d'une agression * de la part :																			
- du public	6 %	3 %	14 %	14 %	13 %	19 %	18 %	28 %	40 %	27 %	31 %	13 %	12 %	8 %	9 %	5 %	16 %	20 %	18 %
- de collègues ou supérieurs hiérarchiques	2 %	2 %	3 %	4 %	9 %	17 %	13 %	15 %	12 %	15 %	14 %	8 %	13 %	11 %	13 %	13 %	11 %	13 %	12 %
Être exposé à l'un des 2 items ci-dessus	7 %	4 %	16 %	16 %	19 %	31 %	26 %	36 %	46 %	36 %	37 %	18 %	21 %	16 %	18 %	16 %	23 %	28 %	26 %
- manque de reconnaissance																			
Au vu des efforts, ne pas recevoir l'estime et le respect que mérite le travail	13 %	4 %	7 %	7 %	19 %	26 %	27 %	34 %	33 %	33 %	30 %	24 %	33 %	30 %	28 %	27 %	25 %	28 %	27 %
S'estimer mal ou très mal payé compte tenu du travail réalisé	57 %	48 %	36 %	39 %	19 %	33 %	33 %	41 %	39 %	42 %	41 %	44 %	41 %	39 %	40 %	48 %	34 %	41 %	38 %
Être exposé à l'un des 2 items ci-dessus	60 %	49 %	38 %	41 %	30 %	44 %	45 %	56 %	53 %	54 %	50 %	53 %	54 %	53 %	50 %	56 %	45 %	52 %	48 %
Être exposé à l'un des 6 items ci-dessus	86 %	81 %	72 %	81 %	53 %	68 %	66 %	76 %	77 %	74 %	71 %	78 %	71 %	64 %	65 %	75 %	66 %	74 %	70 %
Conflits de valeur																			
Devoir faire des choses que l'on désapprouve (toujours, souvent)	8 %	7 %	8 %	6 %	7 %	7 %	9 %	10 %	12 %	11 %	15 %	10 %	12 %	8 %	11 %	9 %	10 %	9 %	9 %
Ne pas éprouver la fierté du travail bien fait	23 %	31 %	15 %	13 %	33 %	33 %	32 %	34 %	37 %	34 %	30 %	26 %	29 %	34 %	35 %	35 %	30 %	31 %	31 %
Être exposé à l'un des 2 items ci-dessus	27 %	35 %	22 %	16 %	37 %	37 %	36 %	39 %	41 %	39 %	36 %	32 %	36 %	38 %	40 %	40 %	35 %	36 %	36 %
Insécurité économique																			
Crainte de perdre son emploi	17 %	19 %	36 %	38 %	19 %	20 %	23 %	22 %	19 %	21 %	24 %	27 %	31 %	31 %	33 %	33 %	26 %	24 %	25 %
Exposé à 3 dimensions ou plus des facteurs de RPS**	57 %	57 %	57 %	60 %	46 %	58 %	54 %	65 %	70 %	64 %	62 %	67 %	64 %	68 %	64 %	70 %	57 %	64 %	61 %
Exposé aux 6 dimensions des facteurs de RPS***	3 %	1 %	2 %	4 %	2 %	3 %	3 %	4 %	4 %	4 %	4 %	5 %	5 %	5 %	5 %	6 %	4 %	4 %	4 %

H : Hommes ; F : Femmes.

* Au cours des 12 derniers mois, agression verbale, physique ou sexuelle.

** Exposé à l'un des items ici retenus dans au moins 3 des 6 dimensions des RPS.

*** Exposé à l'un des items ici retenus dans les 6 dimensions des RPS.

Champ • France entière, ensemble des actifs occupés.

Source • Enquête Conditions de travail 2013 (DARES-DREES-DGAFP) ; exploitation DARES.

Exposition aux facteurs de risques psychosociaux (suite)

poste (contre un quart des hommes). Ce sont les cadres et les artisans et commerçants qui déclarent bénéficier le plus d'autonomie dans leur travail, les ouvriers et les employés le plus en manquer. Déclarent également un manque d'autonomie dans leurs activités les familles professionnelles des transports, logistique et tourisme (82 %), de l'hôtellerie-restauration (81 %) et des services à la personne et aux collectivités (77 %).

► Proportion des actifs occupés déclarant des exigences émotionnelles dans leur travail

En 2013, 36 % des actifs occupés déclarent, d'après deux questions retenues, que leur travail leur impose des exigences émotionnelles (tableau 1) : 31 % déclarent devoir cacher ou maîtriser leurs émotions et 18 % devoir éviter de donner leur avis. La question des émotions au travail se pose avec une acuité particulière dans les relations de service, où la personne doit maîtriser et façonner ses propres émotions, mais également gérer celles du public avec qui elle est en contact. Au moins 54 % des actifs occupés exerçant un métier de l'enseignement y sont soumis ainsi que 47 % de ceux exerçant un métier de la santé ou de l'action sociale (tableau 2). Les femmes sont plus concernées que les hommes (42 % contre 31 %), occupant plus souvent que les hommes ces types d'emplois publics. De même, les artisans et commerçants sont naturellement les plus exposés (48 % des femmes, 39 % des hommes).

Être exposé aux exigences émotionnelles peut s'avérer délétère pour le bien être psychologique : les actifs occupés qui y sont exposés sont deux fois plus nombreux à déclarer un bien être réduit (graphique 1).

► Proportion des actifs occupés déclarant des rapports sociaux difficiles au travail

Les rapports sociaux difficiles au travail sont analysés ici selon trois dimensions : la coopération et le soutien, la violence au travail caractérisée par les agressions de la part du public, de collègues ou de la hiérarchie, et enfin la reconnaissance à travers la rémunération et le fait de recevoir le respect et l'estime que mérite son travail. Les indicateurs retenus pour ces trois dimensions traduisent qu'en 2013 au moins 70 % des actifs occupés connaissent des rapports sociaux difficiles ou insatisfaisants au travail (tableau 1).

Plus d'un actif occupé sur trois a le sentiment de manquer de soutien ou de coopération au travail. Si seuls 11 % des actifs occupés ont le sentiment de ne pas faire partie d'une équipe,

30 % déclarent ne pas être aidés par leurs collaborateurs pour des travaux délicats. Parmi les salariés, c'est notamment plus souvent le cas des employées et ouvrières non qualifiées (48 % et 48 %). Le travail est un lieu de socialisation important et la coopération est un facteur de protection pour la santé². À l'inverse, l'isolement professionnel augmenterait le risque de décès par maladie cardio-vasculaire, accident et suicide.

En 2013, les actifs occupés qui expriment un manque de soutien et de coopération dans leur travail sont deux fois plus nombreux à déclarer un niveau de bien être psychologique faible (graphique 1).

En 2013, 26 % des actifs occupés déclarent vivre des situations conflictuelles ou des comportements hostiles au travail : 18 % des actifs occupés déclarent avoir subi au cours des 12 derniers mois une agression verbale, physique ou sexuelle de la part du public, 12 % de la part d'un collègue ou supérieur hiérarchique. C'est dans les métiers de la santé et action sociale (46 %), de la banque et assurance (39 %), de l'administration publique, police et armée (38 %) que l'exposition à des situations conflictuelles est la plus élevée (tableau 2). Les employés qualifiés (40 %), les hommes employés non qualifiés (31 %) et les femmes des professions intermédiaires (28 %) déclarent le plus d'agressions de la part public au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont plus souvent victimes d'agressions au sein du collectif de travail, à l'exception des employés non qualifiés et des ouvriers qualifiés. C'est notamment le cas de 17 % des femmes cadres.

En 2013, au moins 48 % des actifs occupés manquent de reconnaissance dans leur travail (tableau 1) : 27 % estiment que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur et c'est notamment le cas des employés, des ouvriers et des femmes ayant une profession intermédiaire. 38 % des employés – toutes catégories confondues – s'estiment mal ou très mal payés au vu du travail réalisé : parmi eux, plus d'un agriculteur(trice) exploitant(e) sur deux et presque une ouvrière sur deux s'estiment mal ou très mal payés. Ce n'est le cas que d'un cadre homme sur cinq.

► Proportion des actifs occupés déclarant vivre des conflits de valeur au travail

En 2013, 36 % des actifs occupés déclarent vivre des conflits de valeur dans l'exercice de leur activité. Les conflits de valeurs désignent une situation où l'on demande à une personne d'agir en contradiction avec ses valeurs professionnelles

ou personnelles. En 2013, près d'un actif occupé sur dix déclare devoir toujours ou souvent faire des choses qu'il désapprouve et un sur trois n'éprouver jamais ou parfois la satisfaction du travail bien fait. Ces conflits de valeurs sont un peu plus souvent signalés par les employés qualifiés (39 % des femmes et 41 % des hommes) et les professions intermédiaires (respectivement 39 % et 36 %). C'est dans les métiers de la banque et de l'assurance (46 %) et par les ingénieurs et cadres de l'industrie (43 %) que des situations de conflits de valeur sont le plus souvent signalées (tableau 2).

L'obligation de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle peut se révéler néfaste pour la santé mentale. Des six dimensions de RPS, les conflits de valeur au travail sont le facteur de RPS pour lequel les actifs occupés exposés sont les plus nombreux à souffrir d'un déficit de bien-être psychologique (graphique 1).

► Proportion des actifs occupés se déclarant en situation d'insécurité économique

En 2013, la crainte de perdre son emploi dans l'année est exprimée par 25 % des actifs occupés (tableau 1). Les ouvriers et les commerçants sont les plus exposés (respectivement 32 et 37 %). Du fait de l'anxiété associée, l'insécurité ressentie par les personnes en emploi peut entraîner une dégradation de l'état de santé mentale. L'insécurité ressentie peut également les amener à adopter des comportements défavorables à la préservation de leur santé, notamment un « sur-présentisme » (dépassement du temps de présence normal, y compris lorsqu'ils sont malades, que les heures effectuées ne sont pas compensées ou qu'ils perdent des jours de congé) et des lacunes dans la protection contre les risques professionnels (Algava, 2015). ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

1. Collège d'expertise sur le suivi statistique sur les risques psychosociaux au travail (2011), « Mesurer les facteurs psychosociaux au travail pour les maîtriser », avril.

2. Sur ce sujet voir Caroly S., 2002, « Différences de gestion collective des situations critiques dans les activités de service selon deux types d'organisation du travail », *Pistes*, vol. 4, n° 1 ; Saint-Vincent M., Vezina N., Dufour B., Saint-Jacques Y. et Cloutier E., 2003, « La rotation des postes : ce qu'en pensent des travailleurs d'une usine d'assemblage automobile », *Pistes*, vol. 5, n° 2.

TABLEAU 2

Proportion d'actifs occupés exposés aux facteurs de RPS des actifs occupés par famille professionnelle (FAP22), en 2013 (en %)

	Nombre d'actifs (en milliers)	Intensité du travail et pression temporelle*	Manque d'autonomie, de marges de manœuvre*	Demande émotionnelle*	Rapports sociaux difficiles*	Manque de coopération, de soutien*	Conflits, harcèlement*	Manque de reconnaissance*	Conflits de valeur*	Insécurité économique*	Exposé à 3 dimensions ou plus**	Exposé aux 6 dimensions de RPS ***
A : Agriculture, marine, pêche	1012	56	66	19	76	50	11	50	31	18	53	2
B : Bâtiment, travaux publics	1810	58	66	25	65	36	17	44	30	31	54	3
C : Électricité, électronique	295	66	66	20	61	23	10	54	34	36	58	6
D : Mécanique, travail des métaux	767	68	79	29	64	29	13	49	41	43	69	7
E : Industries de process	881	68	77	28	68	31	19	54	42	31	66	5
F : Matériaux souples, bois, industries graphiques	250	63	75	40	75	51	12	61	39	38	71	4
G : Maintenance	895	63	57	22	65	35	18	47	36	24	52	3
H : Ingénieurs et cadres de l'industrie	399	82	33	23	49	18	14	35	43	20	46	2
J : Transports, logistique et tourisme	1968	62	82	35	72	40	26	52	37	34	67	5
K : Artisanat	143	71	69	34	72	45	22	48	21	27	57	4
L : Gestion, administration des entreprises	2988	65	56	33	65	35	24	42	37	24	55	4
M : Informatique et télécommunications	498	66	46	19	47	29	12	32	42	26	44	5
N : Études et recherche	269	76	32	22	53	27	15	39	41	28	50	1
P : Administration publique, professions juridiques, armée et police	1829	68	53	40	72	31	38	48	39	12	58	2
Q : Banque et assurances	574	86	56	41	67	19	39	51	46	14	61	3
R : Commerce	2679	78	59	44	69	36	28	48	35	29	64	6
S : Hôtellerie, restauration, alimentation	1195	75	81	43	68	33	23	49	35	27	70	7
T : Services aux particuliers et aux collectivités	3232	43	77	41	81	55	18	51	29	27	62	3
U : Communication, information, art et spectacle	653	60	47	33	71	48	18	40	37	35	59	5
V : Santé, action sociale, culturelle et sportive	2907	67	60	47	77	25	46	52	36	18	66	3
W : Enseignement, formation	1178	63	50	54	77	34	36	58	40	16	63	2
X : Politique, religion	14	46	25	45	50	20	30	16	18	4	36	0
Z : Non renseigné ou autre	198	58	55	29	57	29	21	38	29	20	49	3

* Être exposé à l'un des items retenus pour ce facteur de RPS dans le tableau 1.

** Exposé à l'un des items ici retenus dans au moins 3 des 6 dimensions des RPS.

*** Exposé à l'un des items ici retenus dans les 6 dimensions des RPS.

Champ • France entière, ensemble des actifs occupés.**Source** • Enquête Conditions de travail 2013 (DARES-DREES-DGAFP) ; exploitation DARES.

○ Synthèse

Les ouvriers et les employés cumulent un manque d'autonomie et de reconnaissance ainsi qu'un sentiment d'insécurité socio-économique. Les cadres sont également soumis à une forte pression temporelle pour effectuer leur travail mais ils bénéficient de plus d'autonomie et d'une plus grande reconnaissance dans leur travail. Le cumul d'expositions s'accompagne d'un niveau de bien-être psychologique plus bas et de limitations fonctionnelles plus fréquentes que le reste des actifs, signe d'une santé physique dégradée.

INDICATEURS • Proportion des actifs occupés déclarant être soumis à un travail intense

- proportion des actifs occupés exposés à un risque de manque d'autonomie dans leur travail
- proportion des actifs occupés déclarant des exigences émotionnelles dans leur travail
- proportion des actifs occupés déclarant des rapports sociaux difficiles au travail
- proportion des actifs occupés déclarant vivre des conflits de valeur au travail
- proportion des actifs occupés se déclarant en situation d'insécurité économique

► **Champ** : France entière. Ensemble des actifs occupés. ► **Source** : Enquête Conditions de travail 2013 (DARES-DREES-DGAFP). ► **Mode de construction des indicateurs** : Numérateurs et dénominateurs sont calculés sur les actifs occupés de France inclus dans l'enquête Conditions de travail 2013. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les conditions de travail sont celles perçues par le travailleur, il y a donc une part de subjectivité. Il n'existe pas de mesure directe et univoque de l'exposition aux facteurs de RPS, les indicateurs de cette fiche sont calculés à partir d'un nombre limité de variables choisies parmi les 150 disponibles dans l'enquête Conditions de travail et identifiées par le collège d'expertise sur les risques psychosociaux au travail car connues pour contribuer à l'exposition. Les taux d'exposition sont donc vraisemblablement des minorants et ils sont sensibles aux variables choisies.

► Références :

- Coutrot T, Sandret N, 2015, « Pilotage du travail et risques psychosociaux », *Dares Analyses*, n° 003.
- Algava E., 2015, « Insécurité de l'emploi et exercice des droits dans le travail », *Dares Analyses*, n° 092, décembre.

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : DARES.

Exposition aux facteurs de pénibilité dans le travail

Contexte

Les facteurs de pénibilité au travail sont définis par la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et confirmés dans la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014, le décret 2014-1159 du 9 octobre 2014, et le décret 2015-1888 du 30 décembre 2015. Trois catégories de facteurs y sont retenues : les « contraintes physiques marquées » (manutention manuelle de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques), « l'environnement physique agressif » (agents chimiques dangereux, travail en milieu hyperbare, températures extrêmes, bruit) et « certains rythmes de travail » (travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif).

À l'exception du travail en milieu hyperbare, tous les facteurs de pénibilité au travail énoncés dans la loi de 2010 sont repérables dans l'enquête SUMER 2010 (tableau 2). Les critères pris en compte dans la loi pour ces neuf facteurs ne sont toutefois pas toujours présents dans le questionnaire SUMER (ex : pour la manutention manuelle de charges lourdes, SUMER ne comporte pas de référence aux notions de tirer/pousser). Le choix des seuils pris en compte dans cette fiche (tableaux 2 et 3) a donc été fait, d'une part, en fonction des critères utilisés dans l'enquête SUMER et, d'autre part, en fonction de la pertinence des informations fournies pour engager des actions de prévention (Sandret et Rivalin, 2014). Si les effectifs des salariés exposés dépendent directement des seuils d'exposition retenus, des tests ont permis de s'assurer que les caractéristiques des salariés concernés demeurent similaires si l'on fait d'autres choix.

Indicateurs

En 2010, 39 % des salariés sont exposés à au moins un des neuf facteurs de pénibilité repérables dans SUMER et 10 % à au moins trois facteurs, selon les critères et seuils retenus pour l'analyse de SUMER (tableau 1, graphique 2). Un ouvrier sur quatre est exposé à trois facteurs de pénibilité ou plus, contre moins de 5 % des cadres, professions intermédiaires ou employés administratifs (graphique 1). Les jeunes sont de loin les plus concernés : un salarié de moins de 25 ans sur deux est exposé à au moins un facteur de pénibilité (graphique 2). Les salariés de plus de 55 ans sont certes moins exposés, mais ils le demeurent néanmoins à hauteur d'un tiers d'entre eux. Aux facteurs de pénibilité physique s'ajoutent

souvent des difficultés organisationnelles comme les fortes contraintes de rythme de travail et le manque d'autonomie et de moyens¹. Du point de vue de la santé, les salariés exposés aux facteurs de pénibilité déclarent plus souvent que les autres des limitations fonctionnelles de plus de 6 mois – surtout ceux de 55 ans ou plus –, des accidents du travail ou une perception de leur propre état de santé comme altéré.

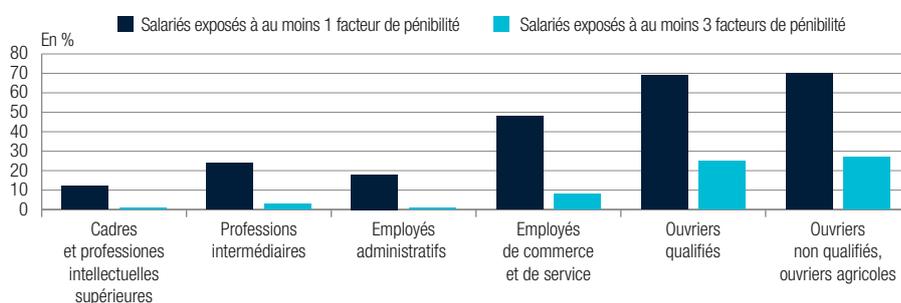
maintenir les bras en l'air, être accroupis, à genoux ou ont d'autres contraintes posturales 2 heures ou plus par semaine. La manutention manuelle de charges lourdes 10 heures ou plus par semaine concerne 10,1 % des salariés. Les vibrations mécaniques concernent presque deux fois moins de salariés : 6,9 % ont leurs membres supérieurs exposés 2 heures ou plus par semaine à des vibrations mécaniques ou sont soumis aux vibrations d'une installation fixe 10 heures ou plus par semaine.

► Proportion de salariés exposés à des contraintes physiques marquées

En 2010, 21,1 % des salariés sont exposés à des contraintes physiques marquées (tableau 1). La posture pénible est la contrainte la plus fréquemment observée : 11,3 % des salariés doivent

1. Voir Sandret et Rivalin, 2014 et fiche « Exposition aux facteurs de risques psychosociaux ».

GRAPHIQUE 1
Proportion de salariés exposés à au moins un facteur de pénibilité selon la catégorie socioprofessionnelle, en 2010 (en %)

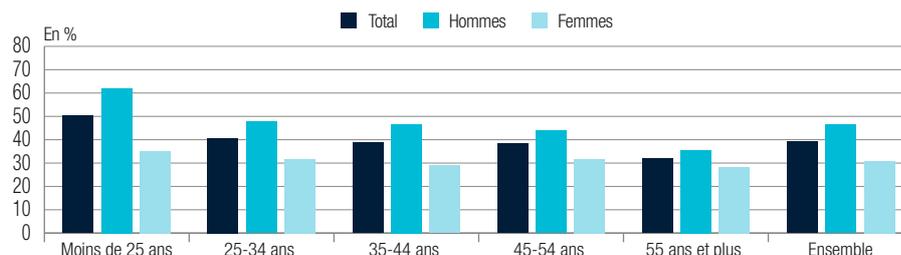


Lecture • 70 % des ouvriers qualifiés sont exposés à au moins 1 facteur de pénibilité et 25 % d'entre eux à au moins 3 facteurs de pénibilité.

Champ • France métropolitaine et La Réunion ; salariés.

Source • Enquête SUMER 2010 (DARES-DGT-DGAFP).

GRAPHIQUE 2
Proportion de salariés exposés à au moins un facteur de pénibilité selon le sexe et l'âge, en 2010 (en %)



Lecture • 50 % des salariés de moins de 25 ans sont exposés à au moins 1 facteur de pénibilité.

Champ • France métropolitaine et La Réunion ; salariés.

Source • Enquête SUMER 2010 (DARES-DGT-DGAFP).

TABEAU 1
Proportion de salariés exposés à chaque facteur de pénibilité, en 2010 (en %)

	Contraintes physiques marquées (21,1 % des salariés)			Environnement physique agressif (21,2 % des salariés)			Rythmes de travail contraints (17,9 % des salariés)			Être exposé à au moins 1 facteur de pénibilité	Être exposé à au moins 3 facteurs de pénibilité
	Manutention manuelle de charges lourdes 10 h/sem ou +	Posture pénible	Vibrations mécaniques	Exposition aux produits chimiques	Travail en tempé- ratures extrêmes	Bruit nocif	Travail de nuit (entre minuit et 5 h)	Travail en équipe (3x8, 4x8 et 2x12)	Travail répétitif		
Sexe											
Hommes	12,3	12,2	11,9	18,2	2,6	18,4	6,7	3,9	11,4	46,2	14,1
Femmes	7,5	10,1	NS	9,6	< 1	2,9	2,4	2,1	13,5	30,8	4,8
Catégorie sociale											
Cadres	< 1	4,2	< 1	1,3	< 1	2,3	1,4	< 1	4,5	12,2	0,5
Professions intermédiaires	4,0	5,0	2,3	7,9	< 1	5,9	3,5	3,4	5,5	24,4	3,0
Employés	9,7	11,2	1,3	10,2	< 1	2,7	4,3	2,3	13,7	35,7	5,0
dont employés de commerce et de service	15,4	15,2	2,0	16,4	1,3	3,3	6,3	3,3	16,0	48,0	7,8
Ouvriers	20,7	20,4	20,5	30,9	4,4	30,7	8,0	4,9	20,7	69,6	26,0
ouvriers qualifiés	19,2	19,4	22,0	30,9	4,1	31,7	9,6	5,2	16,0	69,2	25,4
ouvriers non qualifiés	23,2	22,1	18,0	31,0	4,9	28,9	5,5	4,5	28,4	70,3	27,0
Secteur d'activité											
Agriculture, sylviculture et pêche	11,1	22,1	12,9	12,1	4,8	15,8	1,7	< 1	21,2	52,3	12,7
Industries extractives	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Industrie manufacturière	12,6	12,1	11,1	26,5	3,6	30,0	9,0	7,8	17,1	55,8	20,8
Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	1,8	4,9	4,0	4,1	1,7	6,5	6,9	6,7	2,7	22,3	3,5
Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution	15,7	15,9	7,1	17,8	2,6	22,4	8,5	4,6	14,0	51,8	14,6
Construction	21,7	24,6	35,6	35,1	2,8	32,9	0,5	0,6	16,8	65,8	30,4
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	17,2	12,6	6,1	8,6	2,6	7,5	1,6	0,6	14,1	39,1	8,6
Transports et entreposage	11,9	9,2	3,9	9,3	2,5	11,5	14,1	5,1	10,1	43,8	8,5
Hébergement et restauration	6,4	10,2	1,2	10,7	2,7	4,6	9,1	1,6	17,9	38,4	6,6
Information et communication	0,7	6,6	< 1	< 1	< 1	1,1	2,6	0,9	8,4	16,3	0,5
Activités financières et d'assurance	0,6	5,4	< 1	0,8	< 1	1,0	0,6	0,8	8,1	14,4	0,2
Activités immobilières	3,7	5,7	3,9	10,7	0,9	2,0	0,8	0,9	8,5	24,0	3,8
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	2,7	4,9	< 1	4,4	0,6	2,3	1,1	1,0	8,3	18,1	1,5
Activités de services administratifs et de soutien	6,2	12,1	6,5	16,7	0,6	7,9	6,4	3,7	15,8	43,1	8,6
Administration publique	4,3	7,6	2,9	7,6	0,5	5,2	2,3	1,9	8,1	26,2	3,3
Enseignement	3,1	7,3	2,5	5,4	0,1	4,3	0,7	0,2	6,6	21,3	1,5
Activités pour la santé humaine	12,3	11,6	1,1	17,9	0,6	2,8	6,8	5,6	9,4	42,2	6,5
Arts, spectacles et activités récréatives	6,1	7,1	3,1	5,2	2,8	9,9	7,2	0,4	6,8	31,5	2,4
Autres activités de services	2,0	14,6	1,9	14,9	0,7	2,5	0,7	0,5	15,1	30,0	7,2
Ensemble	10,1	11,3	6,9	14,2	1,8	11,4	4,7	3,1	12,4	39,2	9,9

NS : résultats non significatifs au vu du faible nombre de salariés dans l'échantillon SUMER.

Lecture • 46 % des hommes sont exposés à au moins 1 facteur de pénibilité.

Champ • France métropolitaine et La Réunion ; salariés.

Source • Enquête SUMER 2010 (DARES-DGT-DGAFF).

Exposition aux facteurs de pénibilité dans le travail (suite)

Les ouvriers sont les salariés les plus exposés à au moins une contrainte physique marquée (43 %). Ils en cumulent souvent plusieurs ; chacune des contraintes concerne un ouvrier sur cinq. Les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés à la manutention manuelle de charges lourdes et aux postures pénibles, tandis que les ouvriers qualifiés sont plus exposés aux vibrations. Les employés de commerce et de service sont moins exposés (25 %), mais subissent néanmoins des postures pénibles (15,2 %) et le port de charges lourdes (15,4 %).

► Proportion de salariés exposés à un environnement physique agressif

En 2010, 21,2 % des salariés travaillent dans un environnement physique agressif (tableau 1). Un salarié sur sept (14,2 %) est exposé à des produits chimiques avec des durées et intensités dépassant les seuils considérés dans l'étude SUMER 2010 (tableau 3), et plus de un sur dix à un niveau de bruit nocif (bruits supérieurs à 85dB(A) 10 heures ou plus par semaine ou bruits impulsifs 2 heures ou plus par semaine). Moins de 2 % des salariés sont exposés à des températures extrêmes au cours de leur travail (températures inférieures à 10 °C ou supérieures à 30 °C) pendant 10 heures ou plus par semaine, ou entre 0 °C et 15 °C pendant 20 heures ou plus par semaine.

Presque la moitié des ouvriers exercent leur activité dans un environnement physique agressif. 30,9 % des ouvriers sont en contact avec des produits chimiques à des durées et intensités dépassant le seuil ici retenu ; 30,7 % travaillent en présence d'un bruit nocif. Les employés de commerce et de service sont souvent concernés par l'exposition aux produits chimiques (16,4 %), et plus particulièrement certaines professions : 26 % des aides-soignants, 36 % des agents de services hospitaliers et 54 % des coiffeurs et esthéticiens sont en contact avec au moins un produit chimique au-delà du seuil retenu.

► Proportion de salariés soumis à des rythmes de travail contraints

En 2010, 17,9 % des salariés ont des rythmes de travail contraints (tableau 1). 4,7 % des salariés travaillent de nuit (entre minuit et 5 heures) plus de 45 nuits par an, 3,1 % travaillent en équipe alternante (3x8, 4x8 ou 2x12) et 12,4 % répètent un geste ou une série de gestes à une cadence élevée 10 heures ou plus par semaine. Les ouvriers sont là encore les plus exposés (29 %), mais les employés de commerce et de service (24 %) sont presque autant touchés par ce facteur de pénibilité. Les ouvriers non qualifiés doivent plus fréquemment réaliser des gestes répétitifs (28,4 %) que les autres, tandis que les ouvriers qualifiés sont

plus soumis au travail de nuit (9,6 %). Ces pics sont accentués dans certains secteurs : 55 % des ouvriers non qualifiés travaillant par enlèvement ou formage de métal effectuent des gestes répétitifs au moins 10 heures par semaine, ainsi que 35 % des agents d'entretien de locaux. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

○ Synthèse

Les effectifs exposés aux facteurs de pénibilité dépendent fortement des seuils d'exposition retenus mais les caractéristiques des salariés concernés sont globalement similaires quels que soient ces seuils. En 2010, 21,1 % des salariés sont exposés à des contraintes physiques marquées, 21,2 % travaillent dans un environnement physique agressif et 17,9 % ont des rythmes de travail contraints. Les ouvriers sont beaucoup plus exposés à la pénibilité que les autres salariés. Plus d'un quart des ouvriers cumulent aux moins trois expositions à un facteur de pénibilité.

TABLEAU 2
Seuils et critères d'exposition utilisés dans cette fiche

Manutention manuelle de charges lourdes	10 h/semaine ou +
Posture pénible	Maintien des bras en l'air, ou accroupi, ou à genoux, ou autres contraintes posturales 2 h/semaine et plus (sans piétinement debout)
Vibrations mécaniques	Exposition membres supérieurs 2 h/semaine ou plus. Vibration installation fixe 10 h/semaine ou plus
Exposition aux produits chimiques	Intensité > 1 : 10 h/semaine ou plus. Intensité ≥ 2 : 2 h/semaine ou plus. Intensité ≥ 3 : (voire score tableau 3). Sans prise en compte des protections
Travail en températures extrêmes	Moins de 10 °C ou plus de 30 °C 10 h/semaine ou plus. Entre 0 °C et 15 °C 20 h/semaine ou plus
Bruit nocif	Exposition ≥ 85 dB(A) 10 h/semaine ou plus. Bruits impulsifs 2 h/semaine ou plus. Sans prise en compte des protections
Travail de nuit	Plus de 45 nuits par an (entre minuit et 5 h)
Travail en équipe	3x8 4x8 2x12
Travail répétitif	Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée 10 h/semaine ou plus

Source • Sandret et Rivalin (2014).

TABLEAU 3
Score d'exposition aux produits chimiques

Intensité de l'exposition	Durée hebdomadaire de l'exposition			
	Moins de 2 h	De 2 h à moins de 10 h	De 10 h à moins de 20 h	20 h ou plus
Très faible	1	1	2	3
Faible	1	2	3	4
Forte	2	3	4	5
Très forte	3	4	5	5

Source • Sandret et Rivalin (2014).

INDICATEURS • Proportion de salariés exposés à des contraintes physiques marquées
• Proportion de salariés exposés à un environnement physique agressif
• Proportion de salariés soumis à des rythmes de travail contraints

► **Champ** : Salariés de France métropolitaine et La Réunion, secteurs privé et public (champ public incomplet, notamment concernant le ministère de l'Éducation nationale). ► **Source** : Enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels SUMER 2010 (DARES-DGT-DGAFP). ► **Mode de construction des indicateurs** : Les prévalences sont calculées pour l'ensemble des salariés inclus dans SUMER 2010 (dénominateur), les numérateurs correspondent au nombre de salariés concernés par chaque exposition étudiée. Les critères et seuils retenus pour cette fiche correspondent au scénario 1 dans Sandret et Rivalin 2014. Ils sont différents de ceux retenus dans le décret 2014-1159 du 9 octobre 2014 d'application de la loi sur le compte pénibilité modifié par le décret 2015-1888 du 30 décembre 2015. Les critères sont ceux présents dans les questionnaires SUMER. Les seuils ont été fixés par les médecins inspecteurs du travail de l'équipe SUMER dans l'objectif d'une utilisation par les préventeurs. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : L'édition 2010 couvre quasiment tous les secteurs, publics comme privés. L'exception majeure concerne les enseignants de l'Éducation nationale, les agents des ministères sociaux et de la Justice et les salariés de particuliers employeurs.

► **Références** :

- Cavet M., Léonard M., 2013, « Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 », *Dares Analyses*, n° 054.
- Cavet M., Memmi S., Léonard M., 2015, « Les expositions aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. Un zoom sur huit produits chimiques », *Dares Analyses*, n° 074.
- Sandret N. et Rivalin R., 2014, « L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail », *Dares Analyses*, n° 095, décembre.

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : DARES.

