

L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2017



L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2017

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE

Rapport 2017

Rapport réalisé sous la direction de :

Nathalie Fourcade et Franck von Lennep (DREES)
Isabelle Grémy et François Bourdillon (Santé publique France)

et sous la coordination scientifique de :

Lorenza Luciano et Sylvie Rey (DREES)
Emmanuelle Bauchet, Isabelle Grémy et Michel Vernay (Santé publique France)

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara (DREES) et Hélène Therre (Santé publique France)

Secrétariat de rédaction : Reine Bellivier et Sabine Boulanger

Conception graphique : Philippe Brulin

Composition et mise en pages : Thierry Betty, Philippe Brulin et Stéphane Jeandet

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

ABM (Agence de la biomédecine) ► Cécile Couchoud, Fabienne Pessione

A FDPHE (Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant) ► Michel Roussey

ANSM (Agence nationale de la sécurité du médicament) ► Philippe Cavallié

CNR des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux ► Jérôme Robert

DARES (Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques) ► Marilyne Beque, Bruno Garoche, Géraldine Labarthe, Amélie Mauroux, Sarah Memmi

DGS (Direction générale de la santé) ► Marie Fiori, Beatrice Jedor

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) ► Mathieu Calvo, Valérie Carrasco, Nathalie Guignon, Noémie Jess, Jordan Jouffroy, Inès Khati, Aude Leduc, Renaud Legal, Lorenza Luciano, Philippe Oberlin, Christine de Peretti, Jacques Pisarik, Catherine Pollak, Sylvie Rey, Annick Vilain

Fédération nationale des ORS ► Laurent Chamagne, Julien Giraud, Bernard Ledésert, Hélène Martineau, André Ochoa, Nadine Scandella, Nadège Thomas, Isabelle Tron, Lise Trottet, Alain Trugeon, Catherine Vincelet

INCa (Institut national du cancer) ► Lionel Lafay

INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) ► Catherine Beaumel, Vanessa Bellamy

Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) ► Béatrice Blondel, Anne Chantry, Marie-Aline Charles, Jacqueline Clavel, Catherine Deneux-Tharoux, Mireille Eb, Alexis Elbaz, Stephanie Goujon, Brigitte Lacour, Caroline Prunet, Grégoire Rey, Monica Saucedo

IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) ► Maud Espagnac, Thierry Rochereau, Catherine Sermet

OFDT (Observatoire français des toxicomanies) ► Anne Claire Brisacier, Aurélie Lermenier, Christophe Palle

ONISR (Observatoire national interministériel de la sécurité routière) ► Mélanie d'Auria

Santé publique France ► Raphaël Andler, Franck Assogba, Emmanuelle Bauchet, Yaya Barry, Anne Berger-Carbonne, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Vanina Bousquet, Julien Brière, Cécile Brouard, Laure Carcaillon-Bentata, Christine Chan-chee, Juliette Chatelot, Émilie Chazelle, Francis Chin, Marie-Christine Delmas, Florence De-Maria, Valérie Deschamp, Sandrine Fosse-Edorh, Nadine Fréry, Claire Fuhrman, Amélie Gabet, Eugénia Gomes do Espirito Santo, Véronique Goulet, Isabelle Grémy, Romain Guignard, Jean-Paul Guthmann, Catherine Ha, Françoise Hamers, Imane Khireddine, Linda Lasbeur, Camille Lecoffre, Florence Lot, Laurence Mandereau-Bruno, Sylvie Maugat, Frédéric Moisan, Élodie Moutengou, Ndeindo Ndeikoundam, Valérie Olié, Louis-Marie Paget, Isabelle Parent, Anne Pasquereau, Gaëlle Pédrone, Anne-Laure Perrine, Cécile Quintin, Nolwenn Regnault, Jean-Baptiste Richard, Agnes Rogel, Benoit Salanave, Bertrand Thélot, Anne Thuret, Charlotte Verdot, Michel Vernay, Agnes Verrier

Le réseau des agences régionales de santé (ARS) et des observatoires régionaux de la santé (ORS)

Avant-propos

Cette édition 2017 du rapport *L'état de santé de la population en France* conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels est confronté notre pays et auxquels les politiques publiques doivent répondre.

Depuis la première édition du rapport de suivi des 100 objectifs¹, *L'état de santé de la population en France* est devenu un outil de référence partagé permettant de décrire les évolutions de l'état de santé de la population et de ses principaux déterminants. Dans la lignée de l'édition 2015 pilotée par la DREES, cet ouvrage est le fruit d'une riche collaboration entre les producteurs de données dans le champ de la santé publique.

Coordonné pour la première fois avec la nouvelle agence nationale de santé publique – Santé publique France² – cette édition 2017 accorde une place plus large aux données régionales et infra-régionales avec l'introduction de cartes et données supplémentaires et l'ajout de 18 profils régionaux synthétisant les principales caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires des nouvelles régions administratives. Une typologie socio-sanitaire des territoires a été également réalisée : elle permet de mettre en évidence des zones particulièrement vulnérables. Ces enrichissements ont été rendus possibles grâce à la mobilisation de tous les contributeurs habituels du rapport, et celle de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et du réseau des observatoires régionaux de santé (ORS) pour les profils régionaux.

Une attention particulière a été portée à la description des inégalités sociales et territoriales de santé grâce à la déclinaison d'un certain nombre d'indicateurs de mortalité et de morbidité en fonction de l'indice de désavantage social de la commune de résidence. Cette nouvelle édition est aussi l'occasion d'aborder de nouvelles dimensions de la santé comme les cancers de l'enfant et la pénibilité au travail, tandis que certaines fiches thématiques ont été enrichies avec l'introduction de nouveaux indicateurs comme la prévalence des personnes traitées par médicaments antihypertenseurs ou la prévalence du diabète gestationnel.

Ce rapport 2017 a été réalisé dans un contexte fortement évolutif, marqué à la fois par une réforme territoriale d'envergure et un besoin accru d'indicateurs de santé pour la conception, le pilotage et l'évaluation des actions de santé publique. Il devrait trouver un large écho auprès des décideurs locaux, des professionnels de santé et du grand public, c'est du moins le souhait partagé par ses concepteurs.

Franck von Lenep

Directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

François Bourdillon

Directeur général de Santé publique France

1. Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2. Santé publique France a été créée en 2016, reprenant les missions de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Sommaire

1. Synthèse	10	Santé de l'enfant	187
2. Contexte démographique	36	Accidents de la vie courante chez les enfants	188
3. Mesure des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de la santé	50	Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent	190
4. État de santé global de la population	70	Cancers de l'enfant	192
5. Principales causes de décès et de morbidité	96	Infections invasives à méningocoque et couverture vaccinale associée	196
6. Déterminants, santé populationnelle et pathologies spécifiques	112	Vieillesse et pathologies neurodégénératives	201
Les déterminants liés à l'environnement	113	Chutes et ostéoporose	202
Mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO)	114	Maladie d'Alzheimer et autres démences	204
Exposition de la population aux polluants atmosphériques	116	Maladie de Parkinson	206
Qualité de l'eau de distribution publique	118	Polymédication chez les personnes âgées	208
Exposition au radon	120	Santé au travail	213
Facteurs de risques, habitudes de vie et prévention	123	Les accidents du travail	214
Consommation d'alcool	124	Les pathologies liées au travail : maladies professionnelles et à caractère professionnel	216
Consommation de tabac	128	Cancer	221
Consommation de drogues illicites	132	Incidence, mortalité et survie pour tous cancers et par type de cancers	222
Surpoids et obésité chez l'adulte	136	Cancer du sein : incidence, mortalité et dépistage	228
Surpoids et obésité chez l'enfant	140	Cancer colorectal : incidence, mortalité et dépistage	230
Nutrition – Sédentarité et activité physique	142	Cancer du col de l'utérus : incidence, mortalité et dépistage	234
Nutrition – Consommation de fruits et légumes	144	Cancers cutanés	236
Couvertures vaccinales (hors grippe)	146	Maladies cardio-vasculaires et respiratoires	241
Les déterminants liés aux conditions de travail	151	Cardiopathies ischémiques	242
Exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques en milieu professionnel	152	Accidents vasculaires cérébraux	246
Exposition aux facteurs de risques psychosociaux	156	Insuffisance cardiaque	250
Exposition aux facteurs de pénibilité dans le travail	160	Maladie veineuse thromboembolique	254
Santé de la reproduction et périnatalité	165	Hypertension artérielle	258
Contraception – contraception d'urgence – IVG	166	Hypercholestérolémie	260
Grossesses multiples	168	Asthme	262
Tabac et grossesse	170	Bronchopneumopathie chronique obstructive	266
Diagnostic anténatal	172	Diabète	271
Morbi-mortalité maternelle	174	Prévalence du diabète	272
Mortalité périnatale et mortalité infantile	176	Complications du diabète	276
Prématurité et petit poids de naissance	178	Insuffisance rénale	281
Accouchement par césarienne	180	Insuffisance rénale chronique terminale	282
Allaitement maternel	182	Santé mentale	287
Dépistage néonatal	184	Suicide et tentatives de suicide	288
		Troubles psychotiques	290
		Troubles de l'humeur	292
		Maladies infectieuses	297
		Tuberculose	298
		Grippe et couverture vaccinale associée	300
		Infections VIH-sida	302
		Hépatites chroniques B et C	304
		Infections sexuellement transmissibles	306

Infections associées aux soins	308
Résistance aux antibiotiques	310
Limitations fonctionnelles	319
Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité	320
Atteintes de la vision chez l'adulte	322
Atteintes de l'audition chez l'adulte	324
Insécurité routière et traumatismes/accidents de la vie courante	327
Insécurité routière	328
Accidents de la vie courante (AcVC)	330
La santé bucco-dentaire	335
Santé bucco-dentaire des adultes	336

7. Profils régionaux **340**

Introduction	341
Auvergne - Rhône-Alpes	342
Bourgogne - Franche-Comté	346
Bretagne	350

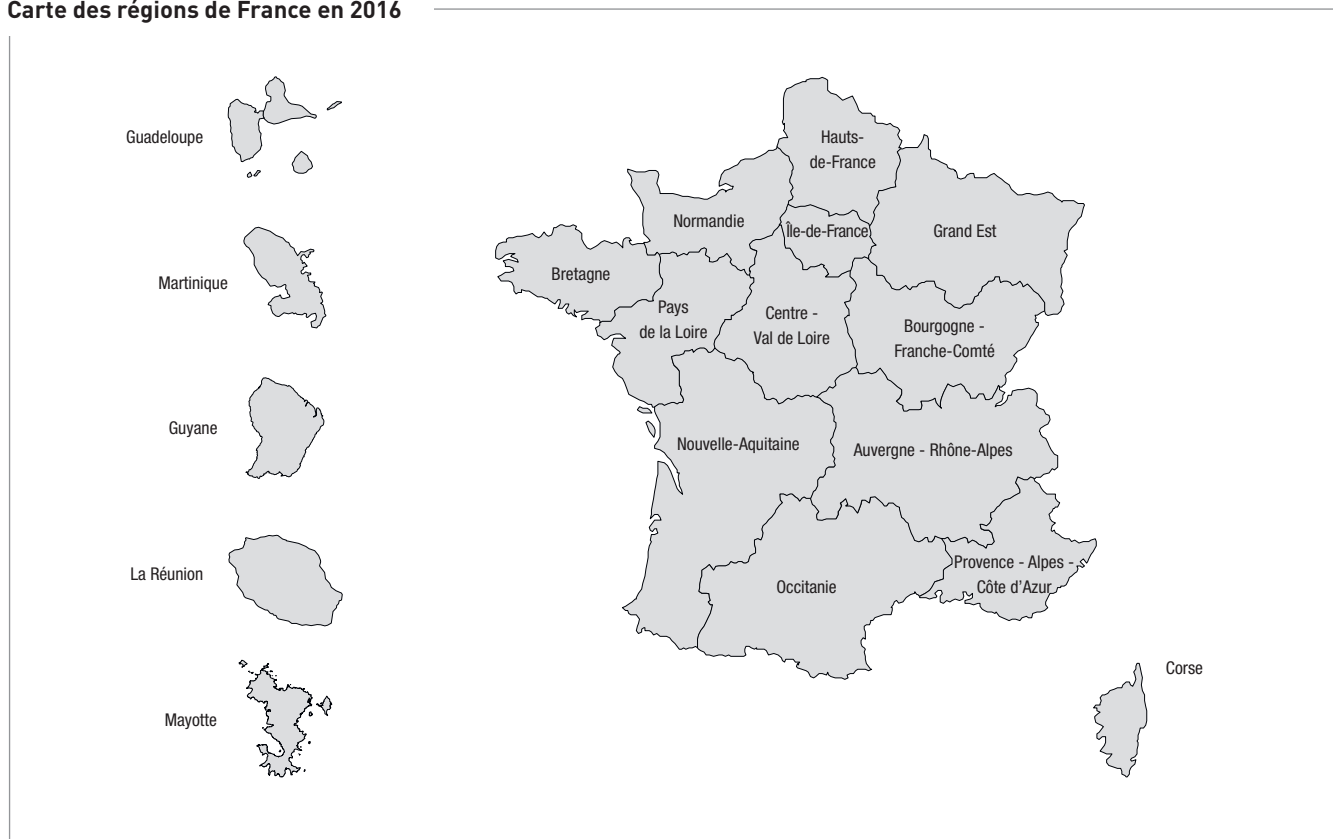
Centre - Val de Loire	354
Corse	358
Grand Est	362
Guadeloupe	366
Guyane	370
Hauts-de-France	374
Île-de-France	378
La Réunion	382
Martinique	386
Mayotte	390
Normandie	394
Nouvelle-Aquitaine	398
Occitanie	402
Pays de la Loire	406
Provence - Alpes - Côte d'Azur	410

Typologie socio-sanitaire cantonale **415**

Méthodologie **423**

Liste des sigles utilisés **427**

Carte des régions de France en 2016





1. Synthèse

2. Contexte démographique p. 36

3. Mesure des inégalités sociales,
déterminants sociaux
et territoriaux de la santé p. 50

4. État de santé global
de la population p. 70

5. Principales causes
de décès et de morbidité p. 96

6. Déterminants,
santé populationnelle
et pathologies spécifiques p. 112

7. Profils régionaux p. 340



1. Synthèse

Vue d'ensemble et faits marquants

Les Français sont globalement en bonne santé par rapport aux pays de niveau de richesse similaire, et à plus forte raison en regard de la population mondiale. Pour établir ce constat, on utilise et on compare un ensemble diversifié de sources de données, d'enquêtes et d'indicateurs. Ce rapport s'attache à décrire l'état de santé de la population en France, son évolution et ses déterminants ainsi que les principaux enjeux associés à sa promotion.

La santé est en effet un concept complexe, qui ne se laisse pas approcher par une seule mesure, sur une seule dimension. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit de manière très large : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition fait appel au ressenti des personnes et trace un idéal à atteindre pour les politiques de santé publique. Mais pour caractériser précisément l'état de santé d'une population et, *a fortiori*, pour définir le chemin vers le bien-être complet, il faut décliner ce bien-être en composantes les plus objectivables possible. On associe à ces composantes leur envers, les problèmes de santé, dont on détermine l'importance relative en fonction du nombre de personnes qu'ils affectent et de leur retentissement sur le bien-être de ces personnes. De cette hiérarchisation émergent les priorités de santé publique.

Mesurer l'état de santé d'une population : des approches diversifiées et complémentaires

La mesure de l'état de santé de la population dans ses différentes dimensions (durée moyenne de vie, fréquence des pathologies et des limitations fonctionnelles, qualité de vie...) fait appel à différentes sources de données dont les principales sont les suivantes :

- **Les statistiques d'état civil** (naissances, décès). L'espérance de vie d'une population (ou durée moyenne de vie d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité du moment) constitue une dimension simple et synthétique. On dira ainsi d'une population qu'elle est plus ou moins en bonne santé selon que son espérance de vie est plus ou moins longue. Cette mesure ne permet cependant pas d'évaluer l'impact spécifique des différentes pathologies en termes de mortalité et de morbidité, ni la qualité de vie des individus.
- **Les certificats de décès** dans lesquels figurent les causes médicales de décès. L'analyse de la cause initiale du décès (c'est-à-dire la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel) permet de mesurer le fardeau des différentes causes de décès (pathologies, suicides, accidents de la vie courante...). Les indicateurs de mortalité résultent à la fois de la fréquence de l'événement de santé à l'origine du décès (incidence) et de la qualité de la prise en charge (performance du système de soins, innovations thérapeutiques ou diagnostiques). Cependant, le décès intervient parfois longtemps après l'exposition aux facteurs de risque.
- **Les registres de pathologies**. Un registre est défini comme un recueil continu et exhaustif de données relatives à un ou plusieurs événements de santé dans une population géographique-



ment définie. C'est sur leurs données que sont notamment fondées les estimations de l'incidence des cancers chez l'enfant.

• **Les maladies à déclaration obligatoire (MDO).** En 2016, 33 maladies sont à déclaration obligatoire. Parmi elles, 31 sont des maladies infectieuses et 2 sont non infectieuses (mésotéliomes et saturnisme chez les enfants mineurs).

• **Les enquêtes de santé par interview,** entièrement ou partiellement dédiées aux questions de santé, visent à recueillir des données sur la position socio-économique (profession, niveau de scolarité, revenus des ménages...), les habitudes de vie (consommation nocive d'alcool, tabagisme, consommation de substances illicites...) et les facteurs de risque, les pathologies et les limitations fonctionnelles déclarées par les personnes enquêtées, ainsi que sur la qualité de vie (santé perçue). Pour que les réponses sur les pathologies ne soient pas biaisées, les individus enquêtés doivent avoir connaissance des pathologies dont ils souffrent. Il faut donc qu'un diagnostic ait été posé par un professionnel de santé et que la personne interrogée ait connaissance de ce diagnostic. Ceci exclut d'emblée la part non diagnostiquée de certaines pathologies. Pour d'autres dimensions de la santé, comme la corpulence, la qualité des réponses dépend du biais de désirabilité, les hommes ayant ainsi tendance à surestimer leur taille et les femmes à sous-estimer leur poids, ce qui sous-estime l'indice de masse corporelle. Ces enquêtes sont de plus en plus souvent appariées avec les données de recours au système de soins (cf. *infra*).

• **Les enquêtes avec examen de santé** comportent, en plus des questionnaires précédents, des examens cliniques et paracliniques (mesures anthropométriques, mesure de la pression artérielle, exploration fonctionnelle respiratoire...), ainsi que des dosages biologiques (bilan lipidique, glycémie à jeun, imprégnation aux substances de l'environnement...). Ces enquêtes qui requièrent une logistique relativement lourde et coûteuse permettent d'évaluer notamment la part non diagnostiquée de certaines pathologies et les niveaux de contamination à certains polluants de l'environnement. Ces enquêtes sont également de plus en plus souvent appariées avec les données de recours au système de soins (cf. *infra*).

• Plus récemment, **les données de recours au système de soins** permettent d'apporter un nouvel éclairage complémentaire sur l'incidence et la prévalence des événements de santé dans la population. Ces données médico-administratives proviennent de différentes sources :

- bases de remboursements de soins (médicaments, consultations, actes médicaux, actes de biologie...) et de prestations (bénéfice d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée [ALD]...) des différents régimes d'assurance maladie (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, SNIIRAM) ;
- base des séjours hospitaliers (diagnostics principal, associés et relié) dans les établissements de santé de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (Programme de médicalisation des systèmes d'information, PMSI-MCO) ou en établissements psychiatriques (RIM-P) ;
- enquêtes spécifiques auprès des prescripteurs.

Dans le cas des bases de remboursements des régimes d'assurance maladie, il s'agit de dénombrer des remboursements « traceurs » d'un événement de santé (par exemple les remboursements d'antidiabétiques oraux ou d'insuline, traitements spécifiques du diabète). Si les données de remboursements et d'hospitalisations sont exhaustives sur le territoire, elles impliquent qu'il y ait eu, à un moment donné, une prise en charge (hospitalisation, traitement...) par le système de soins. Ces données sont par ailleurs pauvres en caractéristiques socio-économiques, ne comprennent pas non plus les résultats des examens pratiqués et ne comportent des éléments diagnostics directs que lorsque la personne a été hospitalisée ou bénéficie d'un remboursement à 100 % au titre d'une ALD.

La description de l'état de santé de la population en France qui est faite dans ce rapport est fondée sur le recoupement des différentes approches présentées dans l'encadré ci-dessus, complétées ponctuellement pour certaines thématiques et territoires, par d'autres sources de données.

Un état de santé qui continue de s'améliorer mais à un rythme moins soutenu

► Une espérance de vie élevée

Les Français bénéficient d'une espérance de vie élevée. Elle est de 85,0 ans pour les femmes en 2015, parmi les plus élevées d'Europe, et 78,9 ans pour les hommes, dans la moyenne européenne. En dix ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 1,2 an et celle des hommes de 2,2 ans.

Cependant, l'augmentation de l'espérance de vie a été plus importante au cours des dix années précédentes. En effet, l'espérance de vie a progressé chez les hommes de 2,9 ans et chez les femmes de 1,9 an entre 1995 et 2005. L'écart entre les deux sexes se réduit, comme dans quasiment tous les pays européens.

On constate cependant un recul de l'espérance de vie entre 2014 et 2015, de 0,4 an pour les femmes et 0,3 an pour les hommes. Cette baisse serait principalement conjoncturelle, due à une forte augmentation de la mortalité des personnes âgées au cours de l'épisode grippal de l'hiver, avec une épidémie de forte intensité. C'est la première fois qu'une baisse annuelle de cette ampleur est constatée depuis l'après-guerre. Les rares diminutions annuelles notées en 2003, 2005, 2008 et une plus marquée en 2012 étaient toujours inférieures à 0,2 an. Il faut noter que ces fluctuations concernent des années récentes, probablement en relation avec l'augmentation du nombre de personnes très âgées et fragiles, des femmes en grande majorité, sensibles aux variations de mortalité dues à des événements météorologiques extrêmes, comme les canicules, ou à des épidémies de grippe et autres maladies respiratoires infectieuses liées aux conditions climatiques hivernales. Cependant, il ne faut pas exclure des raisons plus structurelles à ce ralentissement de la progression de l'espérance de vie comme la persistance, voire l'accroissement, de facteurs de risque de maladies chroniques (la consommation de tabac est lente à diminuer, l'obésité progresse chez les adultes).

► Une réduction de la mortalité toutes causes, de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et une amélioration de la durée de vie des personnes souffrant de maladies chroniques

La réduction très notable de la mortalité toutes causes observée depuis plusieurs décennies se poursuit. En effet, les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont, pour 1 000 habitants, diminué entre 2000 et 2014, de 14,7 décès à 11,4 chez les hommes et de 8,4 à 6,7 chez les femmes. Cette baisse concerne toutes les classes d'âges. Pour 2014, ces taux sont inférieurs aux taux moyens de l'Europe des 28, qui sont de 12,7 pour les hommes et 8,4 pour les femmes.

On constate depuis plus de 15 ans une évolution à la baisse de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et, au sein de cette mortalité prématurée, de la mortalité évitable liée aux comportements à risque (décès pouvant être évités par une réduction de ces comportements tels que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, la conduite routière dangereuse...). Cette baisse est plus marquée chez les hommes, qui demeurent néanmoins plus concernés que les femmes : la mortalité prématurée a diminué entre 2000 et 2013 de 22,9 % chez les hommes et de 15,1 % chez les femmes, montrant une amélioration globale de l'état de santé.

La réduction de la mortalité concerne la plupart des maladies chroniques : entre 1980 et 2012, la mortalité tous cancers (première cause de mortalité) a baissé de 1,5 % en moyenne par an chez les hommes et de 1,0 % chez les femmes. La mortalité tous cancers, plus élevée chez les hommes que chez les femmes, s'établit à ce jour à 124 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et à 72,9 chez les femmes. Témoignant d'une amélioration de la prise en charge et des traitements, la survie à la plupart des cancers a également nettement progressé chez les adultes comme chez les enfants.

Mêmes constats pour les maladies cardio-vasculaires. Entre 2000 et 2013, le taux standardisé sur l'âge de mortalité par AVC a diminué de 37,1 %. Cette diminution est observée pour les deux sexes, chez les moins de 65 ans comme chez les 65 ans et plus. Celui des cardiopathies ischémiques a décliné sur cette même période de 43,8 % chez les hommes et de 49,3 % chez les femmes, celui des insuffisances cardiaques de 36 % tant chez les hommes que chez les femmes.

Pour ce qui concerne le suicide, son taux de mortalité standardisé sur l'âge a globalement diminué de 22 % entre 2000 et 2013.

Des exceptions cependant : la mortalité par cancer du poumon et la mortalité liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont augmenté chez les femmes, en relation avec une consommation de tabac qui, chez elles, n'a que peu fléchi au cours des trois dernières décennies.

► **Cancers et maladies cardio-vasculaires : les deux premières causes de décès**

Sur les 567 000 décès observés en France métropolitaine en 2013, les cancers et les maladies cardio-vasculaires constituent les causes les plus fréquentes (respectivement 27,6 et 25,1 %), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (autres que les cancers), qui représentent un décès sur quinze, et les morts violentes (suicides, accidents...) qui représentent également un décès sur quinze. Ces quatre groupes de maladies rassemblent près de deux tiers des décès. La répartition de la mortalité liée à ces groupes de pathologies évolue peu d'une année sur l'autre mais de manière relativement régulière. Les cancers sont progressivement devenus la première cause de mortalité depuis 2004, devant les maladies cardio-vasculaires, pour l'ensemble de la population. Les maladies cardio-vasculaires restent cependant la première cause de mortalité chez les femmes, devant les cancers, à l'inverse des hommes. Les taux standardisés sur l'âge de décès pour les maladies cardio-vasculaires en France sont parmi les plus bas de l'Union européenne, chez les hommes comme chez les femmes.

Mais un poids des décès prématurés qui reste important et une morbidité par maladies chroniques qui progresse

► **Un taux de décès prématurés élevé et plus important chez les hommes que chez les femmes**

Le poids de la mortalité prématurée avant 65 ans est important : près d'un décès sur cinq. Si l'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés avec, en 2015, des espérances de vie à 65 ans de 23,5 ans pour les femmes et de 19,7 ans pour les hommes, en tête du classement des pays européens, le décalage qui existe entre une espérance de vie à 65 ans très favorable et une espérance de vie à la naissance plutôt moyenne chez les hommes s'explique par le poids des décès prématurés. D'ailleurs, on constate que la mortalité prématurée est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La mortalité évitable représente, en 2013, 30 % de la mortalité prématurée et est 3,3 fois plus élevée chez les hommes. Au total, si la diminution de la mortalité, de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable est plus rapide chez les hommes que chez les femmes, réduisant les écarts entre sexes au fil du temps, ces trois indicateurs restent, chez eux, plus élevés.

► **L'incidence des maladies chroniques qui ne régresse pas et une prévalence importante et en forte hausse**

Une très grande part de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est due au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie. Cependant, d'autres facteurs sont aussi à l'œuvre, certains positifs (meilleurs diagnostics, meilleures techniques d'imagerie) et d'autres négatifs (surdiagnostic ou augmentation de l'incidence due à l'augmentation ou la persistance de certains facteurs de risque : sédentarité et inactivité physique, surpoids et obésité, réduction insuffisante du tabagisme et des inégalités sociales). Si la part de la prévalence due au vieillissement est relativement aisée à mesurer, ce n'est pas le cas de celle des autres facteurs, qu'ils soient négatifs ou positifs. Quelles qu'en soient les causes, ces accroissements de prévalence pèsent et pèseront de plus en plus sur le système de soins.

Selon des modélisations réalisées pour l'année 2015 en France métropolitaine, le taux standardisé d'incidence des cancers s'établit autour de 362 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 273 chez la femme. La période 1980-2012 se caractérise par une augmentation de l'incidence et une diminution de la mortalité des cancers. Cette évolution s'explique en grande partie par l'amélioration des techniques de dépistage et de diagnostic conduisant à une meilleure identification des cas et à des diagnostics plus précoces. D'autres facteurs (individuels, professionnels ou environnementaux) sont également évoqués.

Toutefois, depuis 2005, on observe une rupture dans l'évolution ascendante de l'incidence des cancers, avec une diminution de l'incidence chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations s'expliquent notamment par une diminution de l'incidence du cancer de la prostate, cancer le plus fréquent chez l'homme, et une stabilisation de l'incidence du cancer du sein, cancer le plus fréquent chez la femme, deux cancers dont le pronostic s'est considérablement amélioré au cours du temps et dont le diagnostic est de plus en plus précoce. En revanche, l'évolution du cancer du poumon chez la femme est très défavorable et marquée par une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité pour ce cancer dont la survie – par ailleurs faible – s'est peu améliorée entre 1989 et 2010.

Si la mortalité par AVC ne cesse de diminuer depuis les années 2000, l'incidence des patients hospitalisés est en augmentation chez les moins de 65 ans depuis 2002 et tend à se stabiliser chez les 65 ans et plus depuis 2008. Cette augmentation chez les moins de 65 ans semble concerner plus particulièrement les AVC d'origine ischémique et touche autant les hommes que les femmes. Ces augmentations pourraient être liées à une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque dans la population comme le tabagisme, l'obésité et la sédentarité.

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé sur l'âge de mortalité par cardiopathie ischémique (CPI) diminue de façon similaire chez les hommes et les femmes. Parmi les moins de 65 ans, le taux diminue de manière plus importante chez les hommes que chez les femmes. Les taux standardisés sur l'âge de patients hospitalisés pour CPI sont en diminution tous âges et sexes confondus. Chez les femmes de plus de 65 ans, la baisse de ce taux est plus importante que chez les plus jeunes.

Les hospitalisations pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont augmenté entre 2000 et 2014 ; cette augmentation est plus importante chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, l'écart de morbi-mortalité liée à la BPCO entre hommes et femmes tend à se réduire.

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement a augmenté de 4,4 % en 2010 à 4,7 % en 2013 soit environ 3 millions de personnes, augmentation qui touche les plus et les moins de 65 ans des deux sexes.

Depuis 2011, l'incidence globale de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) tend à augmenter de 2 % par an. L'âge médian au début de l'IRCT est stable à 70 ans. L'incidence de l'IRCT observée en France se situe dans les valeurs hautes de celles de l'Europe. L'augmentation du nombre de nouveaux cas est essentiellement expliquée par l'accroissement de la taille de la population âgée. La part de la hausse qui ne résulte pas de ces évolutions démographiques serait due à l'augmentation du diabète et de ses complications, notamment l'insuffisance rénale chronique.

Sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de l'amélioration globale de la survie en cas de pathologie chronique, le nombre de personnes concernées par une ou plusieurs de ces maladies ne cesse de s'accroître. Plus préoccupant, l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques concerne également les personnes âgées de moins de 65 ans et tout particulièrement les femmes.

FAIT MARQUANT

Un état de santé des personnes, notamment des femmes, aujourd'hui âgées de moins de 65 ans (génération de la fin du baby-boom) qui s'est amélioré entre 2000 et 2014 moins vite que celui des personnes plus âgées, et qui s'est détérioré pour certaines pathologies.

Dans un contexte globalement favorable de diminution de la mortalité et de la morbidité depuis plusieurs décennies, plusieurs éléments viennent nuancer ce tableau.

La réduction de la mortalité prématurée (avant 65 ans) entre 2000 et 2013 est moindre chez les femmes : - 15 % contre - 23 % chez les hommes. Cette évolution différentielle entre sexes est encore plus perceptible lorsqu'on analyse sur la même période l'évolution de la mortalité prématurée évitable (respectivement - 15 % et - 31 %) et celle de la mortalité associée à la consommation de tabac, en régression chez les hommes de - 27 % et en très forte augmentation chez les femmes (+ 38 %).



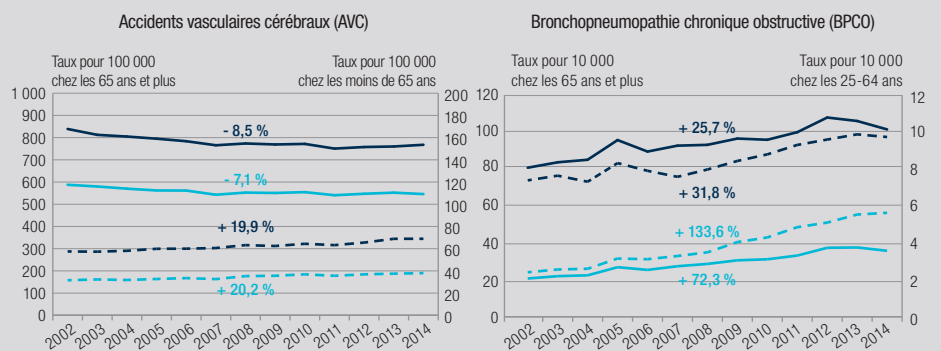
Parmi les patients de moins de 65 ans, la diminution de l'incidence standardisée des patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques (CPI) est plus faible chez les femmes que chez les hommes (- 4,8 % *versus* - 15,6 %) et la mortalité des femmes de moins de 65 ans par CPI a diminué moins vite que celle des hommes [-26 % chez elles contre - 42 % chez les hommes de cette tranche d'âge entre 2002 et 2014]. Les taux standardisés sur l'âge de patients hospitalisés et de mortalité par CPI augmentent avec le niveau de désavantage social et de façon plus marquée parmi les personnes âgées de moins de 65 ans.

L'incidence des patients hospitalisés pour AVC (essentiellement de type ischémique) est en forte augmentation (+ 20 % environ chez les hommes comme chez les femmes âgées de moins de 65 ans entre 2002 et 2014), alors qu'elle tend à se stabiliser chez les personnes âgées de 65 ans et plus (graphiques ci-dessous).

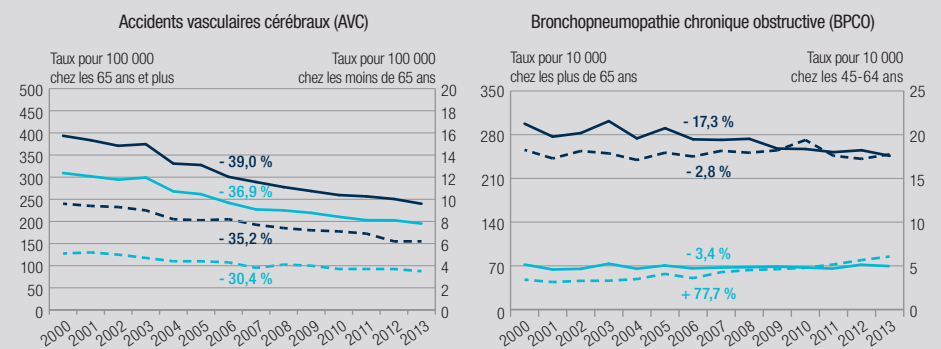
On observe une très forte augmentation de l'incidence des hospitalisations pour exacerbation de la BPCO à tout âge, particulièrement importante chez les femmes de moins de 65 ans (+ 134 % entre 2002 et 2014). La mortalité pour BPCO a presque doublé (+ 93 %) pour les femmes de moins de 65 ans alors qu'elle est restée à peu près stable pour les hommes adultes de tous âges ainsi que chez les femmes de 65 ans et plus (graphiques ci-dessous).

— Hommes ≥ 65 ans — Femmes ≥ 65 ans
 - - - Hommes < 65 ans - - - Femmes < 65 ans

Évolutions, entre 2002 et 2014, du taux de patients hospitalisés pour AVC et du taux d'hospitalisations pour exacerbations de BPCO



Évolutions, entre 2002 et 2013, du taux de mortalité par AVC et du taux de mortalité liée à la BPCO



Le cancer du poumon chez la femme montre une accélération de son incidence depuis 2005 et un taux de mortalité standardisé également en hausse, se rapprochant de celui du cancer du sein (12,9 pour 100 000 pour celui du poumon et 15,7 pour 100 000 pour celui du sein) alors qu'incidence et mortalité, quoique plus élevées, sont en recul chez l'homme.

De ces éléments qui, analysés de façon individuelle pourraient passer inaperçus, se dégage une image d'un état de santé qui s'améliore moins vite chez les plus jeunes que chez les plus âgés et dont les évolutions défavorables concernent particulièrement les femmes.

Au total, si l'ensemble de ces indicateurs de mortalité et de morbidité touchent davantage les hommes que les femmes, leurs dynamiques d'évolution au cours des 15 dernières années sont plus défavorables aux femmes.



Une cause essentielle de ces évolutions défavorables est connue : le tabac, dont la consommation n'a pas fléchi de façon notable chez les femmes depuis quatre décennies. La proportion de « fumeurs actuels » (part des personnes répondant positivement à la question : « Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? ») était de 59,0 % chez les hommes et de 28,0 % chez les femmes en 1974 et a baissé chez les hommes à 38,8 % en 2014 alors qu'elle est restée stable à 29,9 % chez les femmes. En effet, chez ces dernières, on peut constater que les évolutions les plus défavorables concernent les maladies dont la fraction attribuable au tabac est particulièrement élevée : le cancer du poumon, la BPCO, les maladies cardio-vasculaires de type ischémiques.

Évidemment, la détérioration ou la moindre amélioration de l'état de santé ne s'expliquent pas seulement par la consommation de tabac. D'autres déterminants connus entrent en ligne de compte et peuvent de surcroît interagir entre eux. Ainsi, l'alimentation, la sédentarité, l'activité physique et la corpulence jouent également un rôle déterminant. La prévalence de personnes atteintes d'obésité (IMC > 30 kg/m²) continue de progresser même si la croissance a eu tendance à ralentir au tout début des années 2010, passant tant chez les hommes que chez les femmes de 10 % environ (données déclarées) au début des années 2000 à 15 % environ (données déclarées) en 2014.

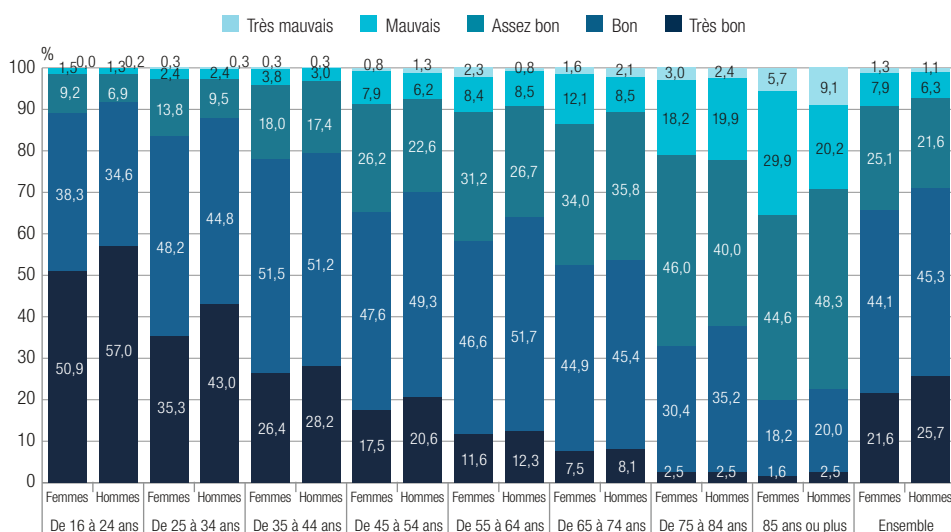
► Une fréquence importante des troubles mentaux

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle relèvent des troubles mentaux : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Elles sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, d'incapacités et de handicaps lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes. Le diagnostic et la prise en charge précoces des troubles permettent de diminuer les répercussions de ces pathologies sur la vie de l'individu et de ses proches. En 2014, environ 350 000 patients ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique public ou privé et/ou suivis en ambulatoire dans le secteur public pour troubles dépressifs, ce qui représente 17 % de l'ensemble des patients pris en charge dans ces établissements et correspond à un taux de recours de 5,3 pour 1 000 habitants. Le recours des femmes est 1,7 fois plus important que celui des hommes. Pour cette même année, 216 000 personnes, soit 3,4 personnes pour 1 000 habitants ont été identifiées comme souffrant de troubles bipolaires et ayant eu recours au système de soins. Le taux de prise en charge est en moyenne 1,6 fois plus élevé chez les femmes. Concernant les troubles psychotiques, ce sont 7,4 personnes pour 1 000 habitants qui ont été prises en charge en 2014 (pour schizophrénie pour la moitié d'entre elles). Ce recours pour troubles psychotiques est, tous âges confondus, plus fréquent de 30 % chez les hommes par rapport aux femmes, et de 80 % pour la schizophrénie. Alors que la mortalité par suicide est 3 fois plus élevée chez les hommes, les tentatives de suicide concernent plus les femmes que les hommes, qu'on les estime via des enquêtes déclaratives en population générale ou des données d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 159 pour 100 000 habitants en 2014. Les adolescentes de 15 à 19 ans représentent le groupe le plus concerné par ces tentatives.

La santé perçue

La santé perçue est un concept qui se rapproche de la notion de bien-être et que l'on peut mesurer à l'aide d'enquêtes. Près de sept Français sur dix âgés de 16 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé, alors qu'un peu moins d'un sur dix considère son état de santé comme mauvais voire très mauvais (graphique 1). Les principales causes de morbidité déclarée sont les troubles de la vue, les affections ostéo-articulaires et les maladies de l'appareil circulatoire. De façon paradoxale compte tenu des écarts d'espérance de vie, les hommes se sentent en meilleure santé que les femmes, déclarent moins de maladies (mais des maladies plus graves) et recourent moins aux soins à âge égal. La comparaison de la santé des hommes et des femmes livre ainsi un tableau contrasté, illustrant la complexité des phénomènes de santé et la nécessité de croiser plusieurs dimensions.

GRAPHIQUE 1
État de santé perçu selon l'âge et le sexe, en 2014* (en %)



* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

Les déterminants de santé, enjeux de la prévention

Compte tenu de l'importance de la mortalité prématurée « évitable » en France, identifier les comportements des Français qui contribuent le plus à cette mortalité, afin de réduire son poids, constitue un enjeu majeur de santé publique. Or, le champ des comportements qui ont un impact sur la santé est très large, puisqu'il englobe pratiquement l'ensemble des activités humaines : activité physique, sommeil, alimentation et plus généralement consommation de substances psychoactives, sociabilité. Le niveau d'éducation, les conditions de vie, et en particulier de travail et de logement, la qualité de l'environnement et de l'offre de services (notamment de santé) à proximité des lieux de vie ont également un impact déterminant. Ces différents facteurs exercent une influence sur la santé dès la vie intra-utérine et leurs effets se cumulent tout au long de la vie, ce qui rend les politiques de prévention complexes. Ils sont fortement liés aux pratiques sociales et culturelles où s'expriment notamment les différences hommes-femmes. La tendance au rapprochement des comportements masculins et féminins dans toutes les sphères de la vie sociale se traduit par une réduction des écarts en matière d'état de santé. En particulier, le rapprochement des comportements féminins et masculins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac (cf. *infra*) a contribué à la diminution de la mortalité par cancer plus marquée chez les hommes que chez les femmes au cours des années 2000 (le taux de mortalité standardisé par cancer des hommes a baissé de 19 % et celui des femmes de 9 %), qui explique en partie la réduction des écarts d'espérance de vie. La réduction de la mortalité cardio-vasculaire a en revanche été comparable pour les femmes et les hommes, avec une baisse de 34 % des taux standardisés sur la même période.

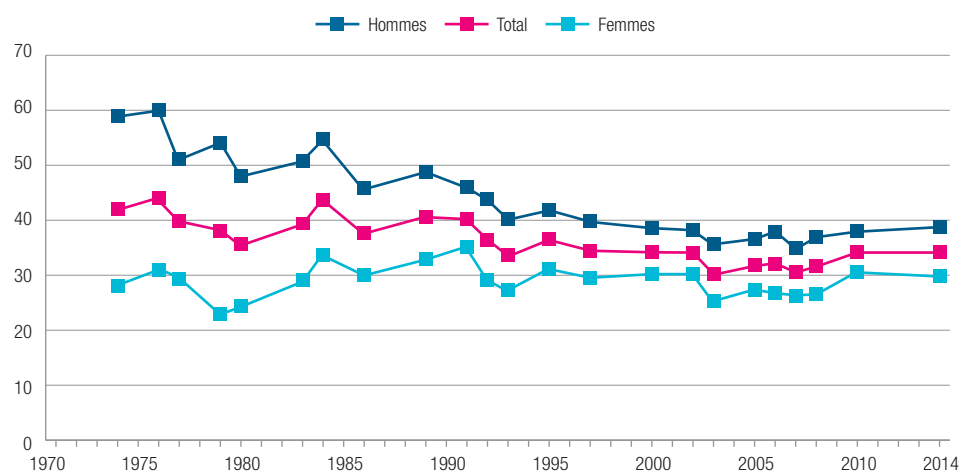
► Une proportion de fumeurs quotidiens trop importante

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 de tabac des femmes et des hommes s'est cependant rapprochée, avec une légère inflexion récente : parmi les 15-75 ans, la prévalence du tabagisme quotidien s'avère stable chez les hommes (de 32,4 % en 2010 à 32,9 % en 2014) alors qu'elle apparaît en légère baisse chez les femmes (de 26,0 % à 24,6 %). L'importante baisse du tabagisme chez les

hommes, observée depuis plusieurs décennies jusqu'en 2005, s'est traduite par une diminution de 15 % des taux standardisés de décès liés à des tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, entre 2002 et 2013. Ce taux a en revanche progressé de 39 % chez les femmes sur la même période ; au total, le tabagisme quotidien a diminué de 2 % pour l'ensemble des deux sexes. Mais un regard rétrospectif sur la consommation de tabac au cours de plusieurs décennies, au-delà des fluctuations mentionnées qui sont récentes, montre que la proportion de fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) a diminué pour les hommes, passant de 59,0 % en 1974 à 38,8 % en 2014, alors que chez les femmes cette proportion est restée stable (28 % en 1974 et 29,9 % en 2014). Cette évolution différentielle entre les hommes et les femmes de la consommation de tabac explique les tendances différentielles des maladies impactées par le tabac, comme le cancer du poumon ou la BPCO dont les taux de mortalité sont en diminution chez les hommes et en augmentation chez les femmes.

GRAPHIQUE 2

Évolution de la prévalence de fumeurs actuels* au sein de la population adulte, 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).

► La consommation quotidienne d'alcool en diminution ?

L'excès de consommation d'alcool est également à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies. Ainsi, la France n'occupe plus la tête du classement européen comme cela a longtemps été le cas, même si elle demeure dans le groupe des pays les plus consommateurs. 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. La part de la population française âgée de 18 à 75 ans concernée par au moins une alcoolisation ponctuelle importante (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). Il faut observer, toutefois, que les données déclaratives sont très inférieures à celles issues des achats d'alcool : en 2012, 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 par habitant de 15 ans et plus et par jour.

► **L'augmentation du surpoids et de l'obésité, moins rapide dans les années récentes**

En matière de surpoids et d'obésité, également associés à un risque accru de morbidité et de mortalité, la situation française est plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux. Leur prévalence a cependant augmenté depuis le début des années 1980. La moitié des adultes est aujourd'hui en surpoids et, parmi ceux-ci, un adulte sur six souffre d'obésité. 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 moindre. Si, dans l'Enquête sur la santé et la protection sociale qui recueille des données déclaratives du poids et de la taille (avec le risque de sous-estimation de la corpulence en raison du biais de désirabilité sociale), la prévalence de l'obésité est comparable entre les hommes et les femmes (14,8 % chez les hommes et 15,0 chez les femmes), celle du surpoids est significativement supérieure chez les hommes : 52 % des hommes de plus de 15 ans se déclarent en surpoids ou obèse, contre 40 % des femmes. La consommation de fruits et légumes et l'activité physique restent insuffisantes : 40 % de la population a une consommation en fruits et légumes conforme aux recommandations et la moitié déclare la pratique habituelle d'une activité physique en 2014.

► **Un fort impact des conditions de travail sur l'état de santé et, réciproquement, de l'état de santé sur les trajectoires professionnelles**

Les conditions de travail sont également liées à la santé, selon des causalités complexes qui jouent dans les deux sens (impact des expositions professionnelles sur la santé, mais aussi de l'état de santé sur les trajectoires professionnelles).

En effet, de nombreuses situations de travail sont susceptibles d'affecter la santé. Il s'agit principalement des expositions aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (agents chimiques tels que pesticides, certains métaux, amiante, etc.), des expositions à des facteurs de pénibilité – contraintes physiques marquées (postures pénibles, gestes répétitifs et manutention), environnement agressif (bruit et températures extrêmes notamment), rythmes de travail contraints (travail de nuit, en équipe alternante) – et des expositions à des facteurs de risque psychosociaux (travail intense, pression au travail, manque de reconnaissance, manque d'autonomie, exigences émotionnelles – par exemple maîtriser ses émotions lors d'agressions verbales pour les personnes en contact avec le public –, conflit de valeur avec la politique de l'entreprise, situation d'insécurité économique) qui ont des conséquences importantes sur la santé mentale et physique des personnes.

En 2010, plus de 8 millions de salariés, soit près de 40 % des salariés en France métropolitaine et à La Réunion, étaient exposés à au moins un des facteurs de pénibilité.

En 2010, 12,0 % des salariés français sont exposés à au moins un agent cancérigène (chimique ou non). Ce sont principalement des hommes, notamment des ouvriers (voir encadré ci-contre). Les femmes en âge de procréer représentent 15 % de l'ensemble des salariés exposés et sont essentiellement des professionnelles de santé (infirmières, sages-femmes et aides-soignantes). En 2010, 1,1 % des salariés sont 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.

Ces risques continuent à être inégalement répartis entre les catégories socioprofessionnelles et contribuent fortement aux inégalités sociales de santé.

En France les maladies professionnelles (MP) sont mal reconnues du fait, notamment, de la traçabilité souvent médiocre des expositions, du délai, toujours long, entre le début de l'exposition et la survenue de la maladie (fréquemment après la cessation d'activité) et de la difficulté qu'il y a à établir le lien entre la maladie et l'exposition qui en découle.

En effet, les MP ne représentent qu'une partie de la réalité. En 2012 les médecins du travail volontaires ont signalé au moins une maladie à caractère professionnel (MCP) pour 6,4 % des salariés vus en visite pendant les Quinzaines MCP. Les affections de l'appareil locomoteur et la souffrance

psychique constituent les pathologies de MCP les plus fréquentes. De manière générale, ces MCP affectent, là encore, plus souvent les ouvriers et les employés. Les pathologies en lien avec la souffrance psychique sont, quant à elles, plus souvent signalées pour les cadres et les professions intermédiaires. Ces derniers résultats confirment que les problèmes de santé d'origine professionnelle ne sont pas limités aux MP et aux accidents du travail (AT).

Les troubles musculo-squelettiques constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées et de maladies à caractère professionnel repérées.

Enfin, les accidents du travail (AT) constituent une part importante des dommages sanitaires imputables au travail.

La fréquence des accidents du travail, en baisse depuis 2005, a fortement diminué entre 2009 et 2012, en partie du fait de la crise économique ; en 2012, 604 accidents du travail et 343 accidents de trajets ont été mortels. La baisse a été plus rapide parmi les secteurs et les catégories de salariés les plus exposés, notamment dans la construction et parmi les ouvriers, les hommes et les jeunes. Avec les malaises et les morts subites, les accidents liés à un véhicule et les chutes de hauteur sont les principales causes de mortalité au travail.

FAIT MARQUANT

Les ouvriers et les employés sont particulièrement touchés par l'ensemble des facteurs de risque et d'exposition et leurs conséquences en termes de maladies professionnelles (MP), de maladie à caractère professionnel (MCP) et d'accidents du travail (AT).

En 2012, en France, 676 700 AT et 90 100 accidents de trajets ont été reconnus par la CNAMTS ou la MSA. Parmi eux, 45 200 accidents du travail et 8 500 accidents de trajets ont entraîné une incapacité permanente partielle (IPP). Le nombre et la fréquence des accidents de travail varient fortement selon l'activité économique. Les accidents du travail sont plus fréquents chez les hommes, les jeunes salariés et les ouvriers.

Sur les 56 100 maladies professionnelles reconnues en 2012 (dont une grande majorité de troubles musculo-squelettiques, de maladies professionnelles attribuables à une exposition à l'amiante et de surdités professionnelles), 72 % et 23 % de ces maladies touchent respectivement les ouvriers et les employés affiliés au régime général. Les maladies les plus graves concernent quasi exclusivement les ouvriers avec 92 % des affections liées à l'amiante et 95 % des surdités reconnues en 2012.

En France, 12 % des salariés sont exposés à un cancérigène (chimique ou non) et environ 30 % d'entre eux à au moins deux. L'exposition des hommes, due principalement à des cancérigènes chimiques, concerne particulièrement les ouvriers du bâtiment et des travaux publics, les ouvriers qualifiés de la maintenance, de la réparation automobile, du travail des métaux et des transports ; l'exposition des femmes à un cancérigène, de nature plus variée (agents chimiques, rayonnements ionisants, travail de nuit) touche principalement le secteur de la santé (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, etc.) et des services.

De même, 43 % des ouvriers et 25 % des employés de commerce sont exposés à des facteurs de pénibilité comme les contraintes physiques marquées (postures pénibles, manutention manuelle de charges lourdes, etc.). Toutes catégories confondues, les hommes, les ouvriers et les salariés des secteurs de la construction et de l'industrie manufacturière demeurent les plus exposés.

Presque la moitié des ouvriers exercent leurs activités dans un environnement physique agressif (contact avec des produits chimiques ou bruit nocif, températures extrêmes), et 29 % des ouvriers et 24 % des employés de commerce sont concernés par des rythmes de travail contraints. Les ouvriers, notamment les ouvriers non qualifiés sont davantage soumis au travail de nuit ou à des gestes répétitifs.

Au total, un ouvrier sur quatre est exposé à au moins trois facteurs de pénibilité contre moins de 5 % des cadres ou des employés administratifs. Le sentiment de manquer de soutien et de coopération est particulièrement déclaré par les femmes, notamment par près de la moitié des ouvrières et des employées, alors que la coopération dans le travail est un facteur reconnu de protection pour la santé.

Le sentiment d'insécurité économique exprimé par 25 % des actifs concerne particulièrement les ouvriers (32 %) et les commerçants (37 %).

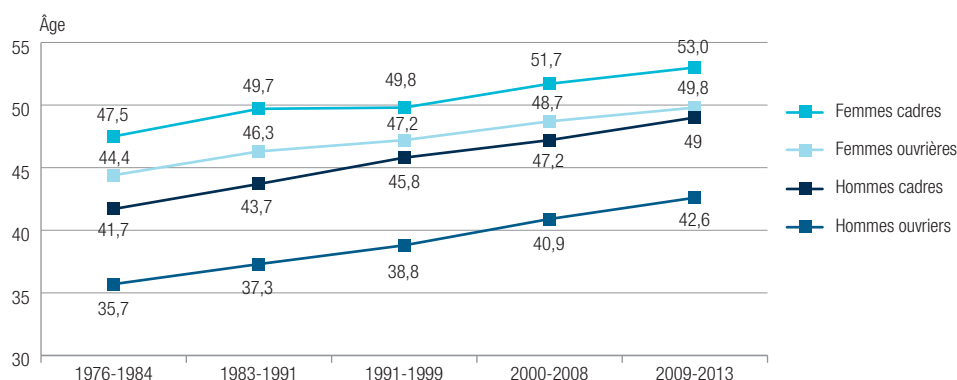
► Des expositions environnementales qui concernent un grand nombre de personnes

L'intensité des expositions environnementales en population générale (qualité de l'air, de l'eau, perturbateurs endocriniens...) est moins forte que celle des expositions professionnelles, mais ces expositions concernent un nombre très important de personnes. 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. En particulier, 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).

Des inégalités sociales de santé importantes

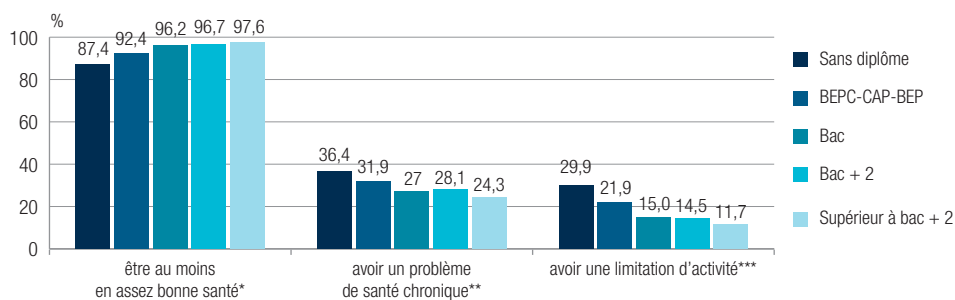
Les principaux indicateurs d'état de santé s'améliorent continuellement au fur et à mesure qu'on monte dans « l'échelle sociale ». Par exemple, l'espérance de vie augmente selon la catégorie

GRAPHIQUE 3
Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.
Champ • France métropolitaine.
Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

GRAPHIQUE 4
Indicateurs relatifs à la morbidité déclarée (état de santé perçu, prévalence de maladie chronique, prévalence de limitation d'activité) en fonction du niveau d'étude, en 2013



Champ • France métropolitaine, population active vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus, standardisation sur l'âge.
Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat).

socioprofessionnelle (graphique 3). De même, avec le nombre d'années d'étude la santé perçue s'améliore et les prévalences déclarées de maladie chronique et de limitation d'activité diminuent (graphique 4). Ce phénomène est connu sous le terme de « gradient social de santé ». Les classes les plus favorisées économiquement et/ou les plus diplômées bénéficient d'un meilleur état de santé, d'une capacité d'appropriation des messages de prévention plus adéquate et d'un accès au système de santé, notamment de recours aux soins plus adapté. Les indicateurs de position sociale sont ainsi considérés comme des déterminants structurels de la santé et utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé ; on observe en effet des différences entre catégories socioprofessionnelles pour pratiquement l'ensemble des activités humaines et par conséquent l'ensemble des déterminants de santé : conditions de travail et de logement, comportements (sociabilité et reconnaissance sociale, alimentation et consommation de substances psychoactives, recours aux soins...). La société contribue très largement aux inégalités sociales de santé, au-delà des contraintes budgétaires qui pèsent par exemple sur les pratiques alimentaires ou le recours aux soins. La causalité inverse existe également, selon laquelle l'état de santé explique en partie les différences de revenus. Pour de nombreux indicateurs (à l'exception entre autres du surpoids et de l'obésité), les inégalités sociales de santé sont beaucoup plus marquées entre les hommes qu'entre les femmes. Ces inégalités, déjà présentes dès les premières années de l'enfance, se cumulent tout au long de la vie (cf. encadré page suivante).

Les inégalités sociales de mortalité qui demeurent stables depuis plusieurs décennies témoignent de ce cumul : sur la période 2009-2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et de 3,2 ans pour les femmes (graphique 3), en légère augmentation depuis la période 2000-2008.

Beaucoup des déterminants de la santé tels que la nutrition, l'activité physique et la consommation de tabac, sont également échelonnés selon ces gradients sociaux. Chez les jeunes enfants, par exemple, le nombre d'élèves en classe de maternelle qui passent plus d'une heure devant un écran pendant les jours de classe est de 59,0 % chez les ouvriers, de 51,8 % chez les employés et de 25,4 % chez les cadres. À l'âge adulte, la proportion des personnes dans le quintile le moins favorisé qui atteint l'objectif du Programme national nutrition santé de consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour est de 11 % contre 18 % dans le quintile le plus favorisé. L'activité physique régulière est pratiquée par 67 % des personnes dans le quintile le plus favorisé contre 30 % chez celles qui le sont le moins. Enfin, le tabagisme quotidien est de 19 % chez les cadres contre 42 % chez les ouvriers non qualifiés.

Ce sont souvent les mêmes populations, les moins favorisées (faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, dans l'environnement professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou familial (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont aussi celles dont les comportements (alimentaires, d'activité physique, de prévention, etc.) sont les moins favorables à la santé.

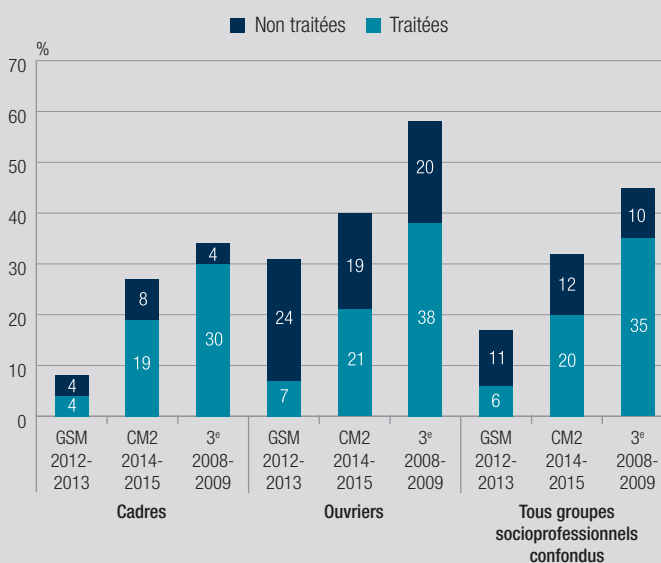
Les inégalités de recours aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important pour les plus démunis. Ainsi, la participation aux dépistages est différente selon la situation sociale ; les campagnes de dépistage généralisé du cancer du sein ont cependant permis de réduire ces inégalités. De même, si les cadres ont la prévalence la plus élevée des troubles de vision déclarés (79 %), seulement 4 % d'entre eux ne sont pas corrigés et 21 % mal corrigés, probablement du fait d'un meilleur accès au diagnostic et aux soins. Si moins d'ouvriers déclarent des troubles de la vision (58 %), près de 9 % d'entre eux sont non corrigés et plus de 25 % le sont mal.

FAIT MARQUANT

Des inégalités sociales de santé présentes à tous les âges de la vie

Les inégalités s'inscrivent avant même la naissance, au cours de la grossesse, entraînant un taux de prématurité et de petit poids de naissance plus important dans les foyers à faibles revenus, comme le montrent les enquêtes nationales périnatales. De même, les enfants d'ouvriers et les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire ou en zone rurale ont un état de santé bucco-dentaire moins bon et sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres. La proportion d'enfants souffrant d'obésité s'élève 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. Quel que soit l'âge, les enfants d'ouvriers ont plus fréquemment des atteintes carieuses que ceux de cadres. Dès 5-6 ans, 31 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 8 % des enfants de cadres ; en CM2 les pourcentages s'élèvent respectivement à 40 % et 27 % et ils sont de 58 % et 34 % en 3^e.

Prévalence des caries chez les enfants selon la catégorie sociale des parents



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

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

Presque toutes les pathologies non transmissibles montrent des gradients sociaux d'incidence et de mortalité. C'est le cas de la mortalité par pathologies dues à l'alcool qui est deux fois plus élevée dans le quintile de la population la plus défavorisée par rapport au quintile de la population la plus favorisée. Cette proportion est de + 55 % pour la mortalité des pathologies liées au tabac.

Le constat est le même pour les maladies cardio-vasculaires : la mortalité et les taux d'hospitalisation pour les cardiopathies ischémiques sont respectivement de + 50 % et + 16 % dans le quintile le plus défavorisé par rapport au quintile de la population le plus favorisé. Il en est de même pour les AVC avec + 30 % et + 13 % ou les embolies pulmonaires avec une mortalité de + 30 % pour le quintile le plus défavorisé par rapport au quintile le plus favorisé.

Concernant les maladies pulmonaires, la mortalité et les taux d'hospitalisation pour la BPCO sont respectivement de + 53 % et + 65 % pour le quintile le plus défavorisé par rapport au quintile de la population le plus favorisé. Le taux d'hospitalisation pour asthme est plus élevé chez les personnes bénéficiant de la CMU-C (18,6/10000, contre 7,6/10000). Selon l'indice de désavantage social, il augmente de 7,9/10000 chez les résidents des communes les moins défavorisées à 10,6/10000 chez les résidents des communes les plus défavorisées.

La prévalence du diabète est également plus élevée de 67 % chez les femmes et 32 % chez les hommes, écart en relation avec le gradient social de l'obésité, facteur de risque du diabète, plus marqué chez les femmes que chez les hommes. C'est également le cas pour l'hypertension artérielle pour laquelle la prévalence des personnes traitées par antihypertenseur est maximale (20,9 %) chez les personnes appartenant au quintile le plus défavorisé socio-économiquement alors qu'elle est de 16,9 % dans le quintile le moins défavorisé.

Des disparités territoriales de santé en lien avec les inégalités sociales

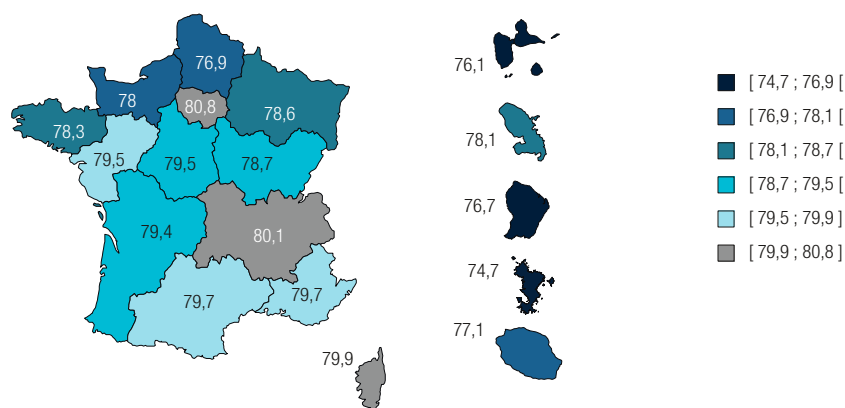
Les différentes catégories socioprofessionnelles étant inégalement réparties sur le territoire, les disparités sociales de santé s'accompagnent de disparités territoriales. De surcroît, les situations sont souvent accentuées par le contexte économique et la disponibilité locale de services, notamment sanitaires et médico-sociaux. La cartographie des régions met en évidence, pour de nombreux indicateurs de mortalité et de morbidité, ces différences marquées entre la Métropole et les DROM, qui se trouvent en situation plus défavorable, mais aussi entre les régions métropolitaines.

L'espérance de vie est en moyenne plus élevée dans la moitié sud de la France métropolitaine, en Île-de-France et, pour les DROM, en Martinique. En revanche elle est en moyenne plus basse dans les Hauts-de-France et, pour les DROM, à Mayotte et en Guyane avec des écarts entre régions allant jusqu'à 4 ans pour les hommes et 2 ans pour les femmes en France métropolitaine et 3 ans pour les hommes et 6 ans pour les femmes dans les DROM.

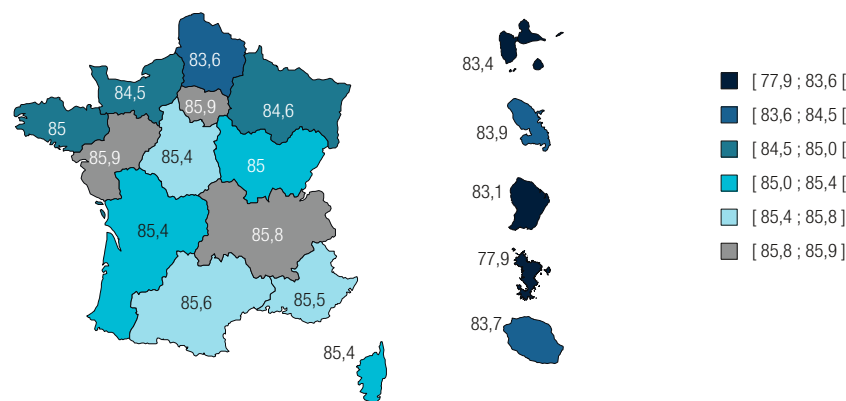
CARTES 1A ET 1B

Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance en France en 2014, répartition des régions par quantiles

1a. Espérance de vie à la naissance des hommes en 2014



1b. Espérance de vie à la naissance des femmes en 2014



Champ • France entière.

Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

FAIT MARQUANT

Mortalité prématurée et mortalité évitable : une cartographie régionale très contrastée

La mortalité prématurée est plus importante dans les DROM qu'en Métropole (225 décès sur 1 000 *versus* 200 en Métropole chez les moins de 65 ans en 2013). En Métropole, les taux les plus élevés chez les femmes s'observent dans les régions Normandie, Grand Est et Hauts-de-France et les plus bas dans les régions Île-de-France, Pays de la Loire et Auvergne - Rhône-Alpes. Chez les hommes, les taux les plus élevés s'observent dans les régions Normandie, Bretagne et Hauts-de-France et les plus bas dans les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur, Auvergne - Rhône-Alpes et Île-de-France. Les écarts régionaux sont plus importants chez les hommes (rapport de 1,6 entre les Hauts-de-France et l'Île-de-France).

Contrairement à la mortalité prématurée, la mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire est plus faible dans les DROM comparativement à la Métropole. Les écarts sont importants entre régions métropolitaines : de l'ordre de 2 entre la région Hauts-de-France et la région Île-de-France chez les hommes, et de l'ordre de 1,6 entre la région Hauts-de-France et la région Auvergne - Rhône-Alpes chez les femmes. Pour les femmes, les valeurs les plus élevées se trouvent dans les régions Corse, Bretagne et Hauts-de-France et les valeurs les plus basses dans les régions Occitanie, Île-de-France et Auvergne - Rhône-Alpes.

Pour la mortalité évitable en lien avec les consommations d'alcool et de tabac, quatre régions sont particulièrement concernées par les conséquences sanitaires d'une consommation excessive d'alcool, touchant autant les femmes que les hommes : les Hauts-de-France, la Bretagne, la Normandie et La Réunion pour les DROM. À structure d'âge égale et à l'exception de La Réunion, les DROM sont moins concernés par la mortalité évitable en lien avec le tabac que la Métropole et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

Chez ces dernières, la mortalité est maximale en Corse, à La Réunion et dans les régions Grand Est et Bretagne, alors qu'elle est minimale en Martinique, Guadeloupe, Guyane et dans les Pays de la Loire. Chez les hommes, la mortalité est maximale dans les Hauts-de-France, dans la région Grand Est, à La Réunion et en Bretagne, et minimale en Martinique, Guadeloupe, Guyane et Île-de-France. Les écarts régionaux sont plus marqués chez les hommes.

Dans les DROM, la mortalité évitable, et en particulier celle en lien avec les consommations d'alcool et de tabac, a une part plus faible dans la mortalité prématurée. Cela rend compte d'une spécificité territoriale des causes de mortalité, plus fréquentes au cours de la période périnatale et infantile mais aussi, notamment, en raison de l'importance des pathologies infectieuses.

Ainsi, en Métropole, la région Hauts-de-France cumule les indicateurs de mortalité les plus défavorables chez les hommes comme chez les femmes. Les taux de mortalité prématurée et évitable et de mortalité en lien avec la consommation d'alcool et de tabac sont les plus élevés : la mortalité prématurée (mortalité toutes causes avant 65 ans) est, chez les hommes, de 366 pour 100 000 et, chez les femmes, de 159 pour 100 000 (*versus* respectivement de 276 et 129 pour 100 000 en Métropole); la mortalité prématurée évitable est de 135 pour 100 000 chez les hommes et de 37, 1 pour 100 000 chez les femmes (*versus* respectivement 34 et 22 pour 100 000 en Métropole).

En lien avec les inégalités sociales, les inégalités territoriales apparaissent dès le plus jeune âge. La mortalité périnatale ou nombre d'enfants nés sans vie ou nés vivants et décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales, et la mortalité infantile ou nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire pour 1 000 enfants nés vivants sont ainsi nettement supérieures dans les DROM (hors Mayotte) en comparaison avec celles de la Métropole. Le taux de mortalité infantile le plus élevé pour les DROM est de 9 décès pour 1 000 naissances vivantes en Guadeloupe contre 4 en Île-de-France pour ce qui concerne la Métropole. Les DROM ont également des taux de prématurité et de petit poids de naissance plus élevés que chacune des régions de Métropole (graphique 5) mais des différences apparaissent également entre les régions métropolitaines, les Hauts-de-France et l'Île-de-France présentant les taux de prématurité, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée, les plus élevés.

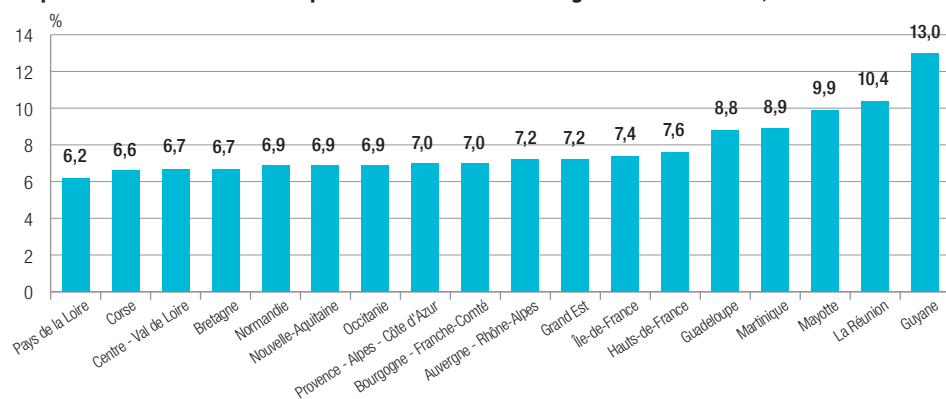
Parmi les comportements qui contribuent aux inégalités territoriales de santé, on peut citer la consommation d'alcool : la proportion de buveurs quotidiens parmi les 15-75 ans est ainsi nettement plus élevée en Occitanie (18 %, contre 11 % pour la moyenne nationale) et elle est plus faible en Île-de-France et dans les DROM. Pour la prévalence du tabagisme quotidien, la région Grand Est affiche le taux de consommateurs le plus élevé parmi les 15-75 ans alors que l'Île-de-France et les DROM sont, là encore, en dessous de la moyenne nationale.

Le taux d'hospitalisation et la mortalité pour les principales maladies chroniques (hors cancers pour lesquels les données régionales ne sont pas actuellement disponibles) rendent également compte de différences notables entre les régions. La Corse présente le taux standardisé de cardiopathies ischémiques le plus élevé, suivie des régions Provence - Alpes - Côte d'Azur et Grand Est. À l'inverse, la Bretagne, la Guadeloupe et la Martinique affichent les taux les plus faibles. Les taux standardisés sur l'âge d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque varient aussi d'une région à l'autre. Les taux les plus élevés sont enregistrés à La Réunion, dans les Hauts-de-France et en Normandie, alors que les régions du Sud/Sud-Est présentent des taux inférieurs au taux national, ainsi que la Guadeloupe et la Martinique. Le taux d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral est supérieur dans la région des Hauts-de-France de plus de 20 % par rapport à la moyenne de la France métropolitaine.

Les Hauts-de-France affichent également le premier taux de prévalence du diabète traité, de 5,8 %, en relation avec un surpoids et une obésité élevés, alors que le taux moyen en France est de 4,7 %.

GRAPHIQUE 5

Répartition des naissances prématurées selon la région de résidence, en 2014 (en %)



Champ • Naissances vivantes, France entière.

Source • PMSI-MCO (ATH) ; exploitation DREES.

FAIT MARQUANT

La santé dans les départements et régions d'outre mer (DROM)

Les DROM se caractérisent globalement par une natalité plus forte, un âge maternel à la naissance plus bas, une situation socio-économique plus difficile avec des taux de chômage plus élevés qu'en Métropole. Mais il existe aussi des différences importantes entre les DROM.

Des indicateurs plus défavorables en périnatalité

Les taux de prématurité, mortinatalité (nombre d'enfants mort-nés pour 1 000 naissances totales), mortalité périnatale et mortalité néonatale (nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28^e jour de vie pour 1 000 enfants nés vivants) sont supérieurs à ceux de la France métropolitaine pour tous les DROM. Toutefois, la situation est plus défavorable à Mayotte et en Guyane et, pour la prématurité, à La Réunion. La Martinique montre des indicateurs, quoique supérieurs, les plus proches de ceux de la France métropolitaine.

La mortalité infantile s'élève, dans les DROM (hors Mayotte), en moyenne, à 7,6 pour mille naissances vivantes alors qu'elle est de 3,3 pour la France métropolitaine : la Martinique, là encore, affiche le taux de mortalité infantile le plus bas des DROM (5,7 pour 1 000).

Le taux d'IVG est également près de deux fois plus élevé dans les DROM (26,5 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) qu'en Métropole (14,4) et près de trois fois plus élevé chez les femmes mineures de 15 à 17 ans (20,0 et 7,6 respectivement).

Le taux d'allaitement à la maternité est en revanche nettement plus élevé dans tous les DROM : 85 % en moyenne contre 66 % en Métropole.

Une évolution défavorable de certains facteurs de risque de maladies chroniques dans les Antilles

Dans les deux départements antillais qui ont bénéficié d'une enquête en 2013 sur la nutrition, la consommation de fruits et légumes est bien inférieure aux recommandations tant chez les

adultes que chez les enfants en Martinique et en Guadeloupe, puisque trois quarts des adultes et 85 % des enfants (de 11 à 15 ans) consomment moins de 5 fruits et légumes quotidiennement. Le surpoids et l'obésité en Martinique et en Guadeloupe sont élevés et progressent rapidement : chez les femmes la proportion de l'obésité mesurée est respectivement de 33 % et 31 % en 2013 alors qu'elle était de 26 % en Martinique en 2003 et de 21 % en Guadeloupe en 2005. Bien que les données sur le surpoids et l'obésité mesurées soient plus anciennes en Métropole (17 % en 2007), le surpoids et l'obésité chez l'adulte restent plus élevés en Martinique et en Guadeloupe qu'en Métropole selon les enquêtes déclaratives plus récentes. Les enfants sont eux aussi davantage en surpoids et en situation d'obésité que ceux de la Métropole : en 2014, 4,8 % des enfants de classes maternelles et 5,5 % des enfants de classes de CM2 dans les DROM souffraient d'obésité contre 3,5 % et 3,6 % respectivement en Métropole.

Un poids des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ainsi que du diabète et de ses principales complications plus important dans les DROM qu'en Métropole

Les taux d'hospitalisation et la mortalité par AVC sont beaucoup plus élevés en Guadeloupe, en Guyane, et surtout à La Réunion. Alors qu'en Métropole les taux d'hospitalisation varient entre 147,6 et 191,6 pour 100 000 selon les régions, ces taux sont respectivement de 210, 297,1 et de 230,3 pour 100 000 pour ces trois DROM. Les taux de mortalité par AVC en France métropolitaine se situent entre 38,5 et 55,1 pour 100 000 alors qu'ils sont pour les trois DROM respectivement de 73,6, 71,5, et 81,6 pour 100 000. La Martinique présente des taux équivalents à ceux de la région française la plus défavorisée (189 pour le taux d'hospitalisation et 55 pour la mortalité). La Réunion a le taux de diabète traité le plus élevé avec 10,2 %. La fréquence des complications – et donc la gravité du diabète – semble également beaucoup plus importante dans les DROM. Les taux d'amputations chez les diabétiques et surtout les taux d'insuffisance rénale chronique terminale y sont particulièrement élevés en comparaison avec la France métropolitaine. De plus, ces complications semblent se produire à un âge plus jeune : les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale sont, selon le DROM considéré, de 2 à 7 années plus jeunes que celles traitées en Métropole, en considérant l'âge médian.

Afin de mesurer les disparités sociosanitaires de la France à un niveau géographique fin, une typologie a été réalisée à partir d'indicateurs sociaux et d'indicateurs de mortalité déclinés à l'échelle cantonale (cantons ou villes). La typologie obtenue met en relief les situations contrastées qui se retrouvent entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités qui existent entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine.

Les cantons correspondant aux principales villes métropolitaines ou aux cantons qui leurs sont limitrophes présentent les plus faibles taux de mortalité (à l'exception du cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes qui est supérieur à la moyenne nationale) et une situation sociale favorable. À l'inverse, la situation sociosanitaire la plus défavorable de Métropole se retrouve dans les cantons situés principalement dans le Nord de la France et dans quelques zones spécifiques (dans le sud de l'Yonne, et le sud-ouest de la Nièvre, autour de Saint-Étienne et dans quelques villes du Sud).

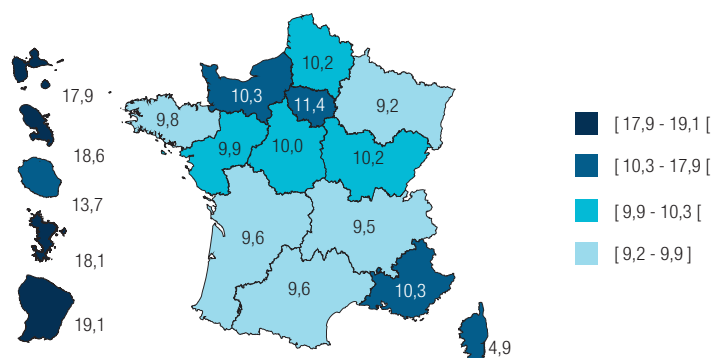
Chacune des fiches régionales présentées dans ce rapport analyse plus finement ces disparités sociales et de mortalité. Une thématique de santé particulière à la région a, de plus, été développée pour éclairer un problème plus spécifique, en lien avec les politiques de santé menées par les agences régionales de santé.

La santé aux différents âges

Le type et l'importance des problèmes de santé rencontrés par une personne sont très liés à son âge. On s'intéresse ici plus particulièrement à la santé des enfants et des adolescents d'une part, à la santé sexuelle et périnatale et à celle des personnes âgées d'autre part.

► Santé périnatale et enfance

Le taux de mortalité périnatale est de 10,6 pour 1 000 en 2014, stable depuis 2012 et en baisse depuis 2007. La mortalité néonatale, c'est-à-dire les enfants nés vivants et décédés avant 28 jours, est de 2,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2014, relativement stable depuis 2005.

CARTE 2**Taux de mortalité périnatale selon les régions en 2014, répartition des régions par quartiles***

* Corse : moyenne des taux 2012-2014.

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation DREES.

La prématurité, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée, et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.), constituent une part importante des décès néonataux et des situations périnatales responsables de handicaps à long terme, et particulièrement la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. En 2014, 7,3 % des naissances vivantes survenues en France entière sont prématurées et la prématurité concerne la moitié des naissances multiples. Ce taux évolue peu dans le temps. Le faible poids de naissance, souvent en relation avec une naissance prématurée et/ou un retard de croissance intra-utérin, est aussi un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Parmi les enfants nés vivants à terme, 3 % ont un petit poids (moins de 2,5 kg) ; cette proportion s'élève à 29 % en cas de naissance multiple. Les affections d'origine congénitale sont fréquentes : à partir des données de 2011-2013 des 6 registres français d'anomalies congénitales, 3,4 % des naissances ont chaque année un diagnostic d'anomalie(s) congénitale(s). Sur l'ensemble des registres, 58 % des fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) sur la période 2011-2013 ont eu un diagnostic anténatal d'anomalie.

La prévalence de l'asthme est d'environ 11 % chez l'enfant et les tendances récentes montrent une augmentation du taux chez ces derniers. Le surpoids et l'obésité, présents dès l'enfance ou l'adolescence, perdurent souvent à l'âge adulte et augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes. Ils peuvent également être source de mal-être et d'isolement chez l'enfant et l'adolescent. Depuis les années 2000, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes. Mais cette stabilisation s'accompagne de fortes inégalités sociales (cf. *infra*).

Si la couverture vaccinale chez le nourrisson est élevée pour certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, *haemophilus influenzae* et pneumocoque), elle doit être nettement 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 ; par le BCG chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France et de la Guyane ; contre la méningite à méningocoque du groupe C ; contre l'hépatite B, bien qu'en progression, et pour le vaccin HPV chez la jeune fille, qui est très nettement insuffisante.

► L'adolescence : l'âge des conduites à risque

Passés les premiers mois de la vie, les enfants ont peu de problèmes de santé relativement aux adultes ; la plupart des pathologies sont bénignes. C'est toutefois dans l'enfance et l'adolescence que s'enracinent, à travers les habitudes de vie et les événements marquants tels que les violences subies, de nombreux déterminants de l'état de santé. À ces âges, les pathologies pèsent peu sur

l'état de santé. Les accidents et violences ont en revanche un poids important : les « causes externes de blessure et d'empoisonnement » représentent un tiers des décès avant 25 ans (contre 7 % pour l'ensemble de la population), malgré une diminution des accidents de la vie courante et de la circulation dans les années 2000.

L'adolescence est marquée, pour certains jeunes, par des addictions, des troubles alimentaires, et des conduites routières dangereuses : tous ces comportements n'exposent pas nécessairement les jeunes à un risque de décès immédiat mais ils peuvent avoir des répercussions sur leur santé, allant de la marginalisation sociale aux risques accrus de maladies et de troubles psychiques à l'âge adulte. Les évolutions récentes incitent à la vigilance. Le repli continu de l'expérimentation d'alcool et de tabac entre 2000 et 2014 ne s'est pas traduit par un mouvement identique de recul des usages réguliers. La consommation quotidienne de tabac est repartie à la hausse depuis 2008. En 2014, un tiers des jeunes de 17 ans fument tous les jours. Après une baisse entre 2003 et 2008, l'usage régulier d'alcool est reparti à la hausse ainsi que les alcoolisations ponctuelles importantes (API). Enfin, s'agissant du risque de suicide, les données disponibles mettent en évidence la vulnérabilité des adolescentes de 15 à 19 ans ; c'est dans cette tranche d'âge que la prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge est de très loin la plus élevée (2,6 %).

► La santé sexuelle et reproductive

Pour décrire les problèmes de santé des adultes, on renvoie aux analyses qui précèdent : les indicateurs globaux sont satisfaisants, mais la mortalité évitable prématurée reste élevée et les inégalités sociales marquées. On ne détaillera ici qu'un aspect spécifique de la santé des adultes : la santé sexuelle et reproductive.

1. Femmes ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfant.

En 2013, 97 % des femmes de 15 à 49 ans¹ utilisent un moyen de contraception. La pilule demeure la méthode la plus utilisée, pour les femmes qui ont recours à un moyen contraceptif, suivie par le stérilet et le préservatif. Cependant, suite au débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de troisième et quatrième générations, les femmes ont modifié leur comportement, en abandonnant ces pilules au profit d'autres moyens de contraception. Les femmes sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait), tandis que celles qui détiennent un CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif et les plus diplômées (bac + 4) pour le stérilet.

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) varie peu depuis 2006 : 219 000 à 229 000 femmes sont concernées chaque année par une IVG, soit 14,9 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2015. Ces taux varient selon les régions et sont plus élevés dans les DROM, en Île-de-France et dans le Sud de la France.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes constituent un problème de santé publique du fait de leur grande fréquence, de leur transmissibilité, de leurs complications (neurosyphilis...), de leurs séquelles (infertilité...) et parce qu'elles sont aussi des cofacteurs de transmission du VIH. L'infection à *Chlamydia* est l'IST bactérienne la plus fréquente. Entre 2012 et 2014, le nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia* et de gonococcies a augmenté respectivement de 12 % et de 25 %. En 2014, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH est de près de 6 600 soit 100 cas par million d'habitants.

En 2015, l'âge moyen des mères à la naissance (âge en années révolues) atteint 30,1 ans, soit une progression de 1 an et 4 mois en 20 ans. En 2015, la part des mères de 40 ans ou plus pour l'ensemble des naissances vivantes atteint 5,1 %, contre 4,0 % dix ans auparavant et a été multipliée par cinq depuis 1980.

Le nombre de grossesses à risque est en augmentation. En 2014, la proportion d'accouchements multiples est de 17,4 pour 1000 femmes ayant accouché. Elle augmente avec l'âge, de 10,3 pour 1000 femmes âgées entre 20 et 24 ans à 28,8 pour 1000 chez les femmes de 40 ans et plus. Cette augmentation est due à la fois à un facteur biologique lié à l'âge de la mère et au recours à la procréation médicalement assistée, recours qui augmente avec l'âge en lien avec les difficultés

à concevoir. Le nombre d'accouchements multiples a une conséquence directe sur l'importance de la prématurité.

Les risques du tabac durant la grossesse restent sous-estimés par le public et les professionnels de santé. Ces risques concernent à la fois la femme enceinte et son enfant, de la période périnatale à l'âge adulte. Le risque de petit poids de naissance chez l'enfant double chez les femmes consommatrices de 1 à 9 cigarette(s) au quotidien au 3^e trimestre de grossesse comparé aux non fumeuses, et il triple chez les femmes consommant plus de 10 cigarettes par jour. En 2010, une femme sur six fumait quotidiennement des cigarettes au 3^e trimestre de grossesse. Ce chiffre a cependant diminué depuis 1998.

La mortalité maternelle est un signal d'alarme sur d'éventuels dysfonctionnements dans la prise en charge des complications maternelles sévères de la grossesse ou de ses suites. En France, le ratio de mortalité maternelle s'établit à 10,3/100 000 naissances vivantes à la fin des années 2000, sans évolution nette par rapport aux années précédentes. Environ la moitié des décès sont jugés évitables. Le taux d'admission en unité de réanimation ou de soins intensifs des femmes pendant la grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement, qui permet d'approcher la morbidité maternelle sévère, est de 3,9 pour 1000 naissances vivantes en 2014, avec cependant une diminution de ce taux depuis 2010, qui devra être interprétée sur une série plus longue. Ce taux varie de manière importante selon les régions.

► Santé et vieillissement : un enjeu majeur

Le fait le plus marquant de l'évolution de l'état de santé de la population au cours de la période récente tient au vieillissement de la population qui, en France comme dans les autres pays développés, s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polyopathologies (cf. *supra*), dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du XXI^e siècle.

En corollaire à la polypathologie, la polymédication, habituelle et souvent justifiée, fait peser des risques importants sur la santé, en particulier des personnes âgées. La littérature internationale a démontré qu'il existe en effet une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes, voire d'augmentation de la mortalité. En 2013, 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont concernées par la polymédication cumulative, c'est-à-dire qu'elles cumulent en moyenne 10 médicaments ou plus sur 3 mois et 33 % prennent plus de 10 médicaments de manière continue (au moins 3 délivrances dans l'année). La polymédication est plus fréquente chez les femmes, les personnes de plus de 85 ans, les ressortissants du régime général, les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes en ALD. Parmi les 15 classes thérapeutiques le plus souvent utilisées chez les personnes en situation de polymédication, 6 appartiennent à la sphère cardio-vasculaire.

Le taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de plus de 65 ans a baissé de 25 % en 15 ans. Ce recul est intervenu dans un contexte de diffusion de traitements pour l'ostéoporose et de développement de programmes préventifs chez les personnes âgées. Si la mortalité due aux chutes a diminué de 3,2 % par an en moyenne depuis 2000, depuis 2011 elle est stable chez les femmes et tend à remonter chez les hommes.

Compte tenu du vieillissement de la population française, le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. La maladie d'Alzheimer et les autres démences (MAAD) constituent aujourd'hui un enjeu de santé publique dans tous les pays développés. En 2014 en France, on estime à 770 000 le nombre de personnes de 40 ans et plus souffrant de MAAD et prises en charge par le système de soins, soit un taux de prévalence de 22 pour 1 000 habitants de cette tranche d'âge, variant de 2 ‰ chez les patients jeunes (40-64 ans) à 60 ‰ chez les 65 ans et plus. En complétant les projections d'une étude de cohorte française² et avec les estimations issues du SNIIRAM pour les 40-64 ans, il est possible d'estimer à environ 1 200 000 le nombre de personnes souffrant de MAAD en 2014 en France. La maladie de

2. Mura T., Dartigues J.-F., Berr C., 2010, « How many Dementia Cases in France and Europe? Alternative Projections and Scenarios 2010-2050 », *European Journal of Neurology*.

Parkinson est, après la maladie d'Alzheimer, la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente. En France, à la fin de l'année 2012, environ 160 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson, soit une prévalence de 2,45 pour 1 000 habitants. Les hommes sont touchés par la maladie environ 1,5 fois plus souvent que les femmes.

Au-delà des « maladies » : le retentissement des problèmes de santé sur la qualité de vie et la vie quotidienne

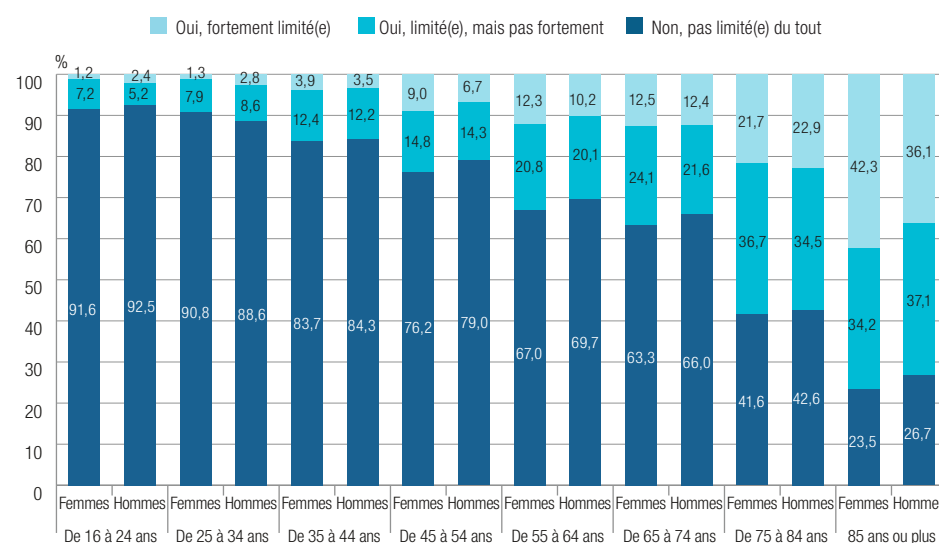
Dès lors que l'on considère, reprenant la définition de l'OMS, que « la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³, il convient d'élargir l'analyse au retentissement des maladies et des infirmités sur le bien-être. Cela conduit, au-delà des seules « maladies », à poser la question de leurs effets sur la vie quotidienne, appréhendés via les concepts de limitations fonctionnelles et de handicap.

3. Organisation mondiale de la santé, préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.

En 2015, 25 % des personnes de 16 ans et plus déclarent être limitées depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que font habituellement les gens (parmi lesquelles 9 % se déclarent fortement limitées). Les limitations augmentent avec l'âge (graphique 6), régulièrement mais modérément jusqu'à 74 ans, nettement plus fortement ensuite. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2014 permet d'intégrer des données sur les types de restrictions dans les activités de la vie quotidienne comme la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques. Ainsi, 5 % des personnes de 18 ans et plus ont des difficultés pour les soins personnels et 19 % des difficultés à accomplir les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 34 % et 71 % des personnes et, à partir de 65 ans, pour chaque tranche d'âge, les restrictions déclarées sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes.

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) permet d'évaluer le nombre d'années de vie avec et sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale.

GRAPHIQUE 6
Répartition des personnes déclarant une limitation d'activité* depuis au moins six mois selon l'âge et le sexe, en 2015* (en %)



* Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2015).

En 2015⁴ en France, l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans est de 9,7 ans pour les hommes sur une espérance de vie à 65 ans de 19,0 ans. Pour les femmes, elle est de 10,6 ans pour une espérance de vite totale à 65 ans de 23,5 ans⁵.

Plus globalement, la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicap appelle de nouvelles réponses, notamment une prise en charge globale de l'individu (sanitaire, médico-sociale, sociale et psychologique), en améliorant la coordination des acteurs, notamment via la mise à disposition d'outils informatiques et de plateformes de ressources au service des professionnels, de nouvelles formes de rémunération, etc. C'est le concept de parcours de santé que les acteurs du système de santé (au sens large) s'efforcent de promouvoir et de mettre en œuvre. ■

4. Données établies d'après la méthodologie EHEMU : www.eurohex.eu

5. Ces données ont été publiées dans le rapport du gouvernement « Les nouveaux indicateurs de richesse 2016 », en ligne : www.gouvernement.fr/sites/default/files/liseuse/8252/master/index.htm



1. Synthèse

p. 10

2. Contexte démographique

3. Mesure des inégalités sociales,
déterminants sociaux
et territoriaux de la santé

p. 50

4. État de santé global
de la population

p. 70

5. Principales causes
de décès et de morbidité

p. 96

6. Déterminants,
santé populationnelle
et pathologies spécifiques

p. 112

7. Profils régionaux

p. 340



2. Contexte démographique

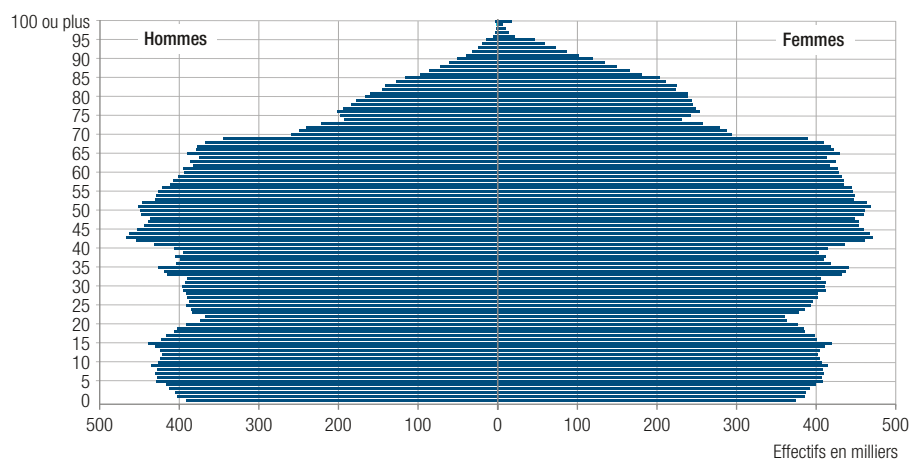
Population : 66,6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2016

Au 1^{er} janvier 2016, la population française totalise 66,6 millions d'habitants : 64,5 millions vivent en Métropole, 2,1 millions dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM). Au cours de l'année 2015, la population a augmenté de 247 000 personnes, soit une hausse de 0,4 %. C'est 3,4 millions de plus qu'en 2006. Du fait de la structure par âge, la pyramide des âges présente une forme cylindrique caractéristique d'une population en cours de vieillissement (graphique 1). Le nombre de centenaires, cinq femmes sur six, est de 21 000 soit près de vingt fois plus qu'en 1970¹. La natalité, globalement stable en France depuis la fin du baby-boom avec le point le plus bas en 1994 et un pic en 2010, baisse en 2015.

1. INSEE Première, n° 1620, novembre 2016.

En 2015, La France représente 13,1 % de la population de l'Europe à 28 pays. Elle se classe au deuxième rang derrière l'Allemagne (16,1 %) et juste devant le Royaume-Uni (12,8 %), dont les populations s'élèvent respectivement à 82,1 millions et 65,3 millions d'habitants. En 2015, l'Allemagne compte 15,5 millions d'habitants de plus que la France, contre 19,3 millions en 2005. La population du Royaume-Uni a crû un peu plus rapidement que celle de la France : l'écart de population entre les deux pays est de 1,3 million d'habitants contre 2,6 millions en 2005.

GRAPHIQUE 1
Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2016



Champ • France entière.

Source • Estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2015) (INSEE).

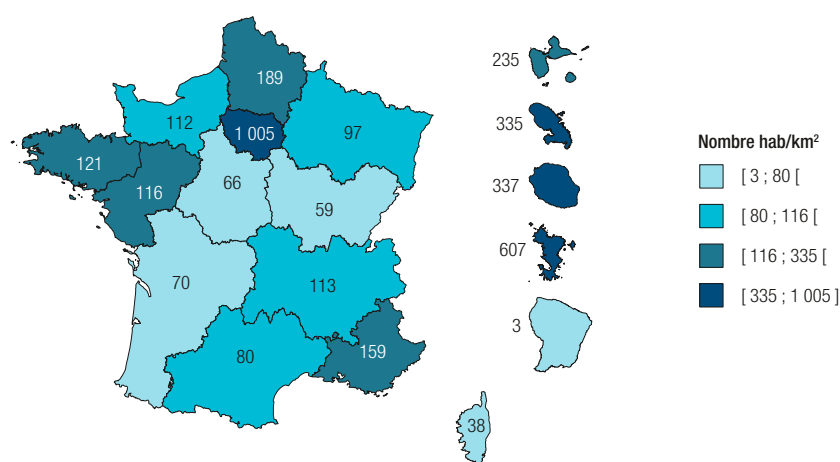
TABLEAU 1
Populations régionales en 2013 et 2015

	2013	2015 (p)	Part dans la population française hors Mayotte en 2015 (%)
Auvergne - Rhône-Alpes	7 757 595	7 874 586	11,9
Bourgogne - Franche-Comté	2 819 783	2 821 042	4,2
Bretagne	3 258 707	3 294 302	5,0
Centre - Val de Loire	2 570 548	2 582 374	3,9
Corse	320 208	326 898	0,5
Grand Est	5 552 388	5 560 405	8,4
Hauts-de-France	5 987 883	6 006 853	9,1
Île-de-France	11 959 807	12 073 914	18,3
Normandie	3 328 364	3 334 657	5,0
Nouvelle-Aquitaine	5 844 177	5 904 843	8,9
Occitanie	5 683 878	5 791 865	8,8
Pays de la Loire	3 660 852	3 716 068	5,6
Provence - Alpes - Côte d'Azur	4 953 675	4 989 435	7,5
France métropolitaine	63 697 865	64 277 242	97,1
Guadeloupe	402 119	400 132	0,6
Guyane	244 118	254 541	0,4
La Réunion	835 103	843 529	1,3
Martinique	385 551	378 243	0,6
France hors Mayotte	65 564 756	66 153 687	100,0

(p) : données provisoires.

Sources • Recensement de population 2013 et estimations de population 2015 (INSEE).

CARTE 1
Densité de population par région en 2015 (en quartiles)



Note • Chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.

Champ • France entière.

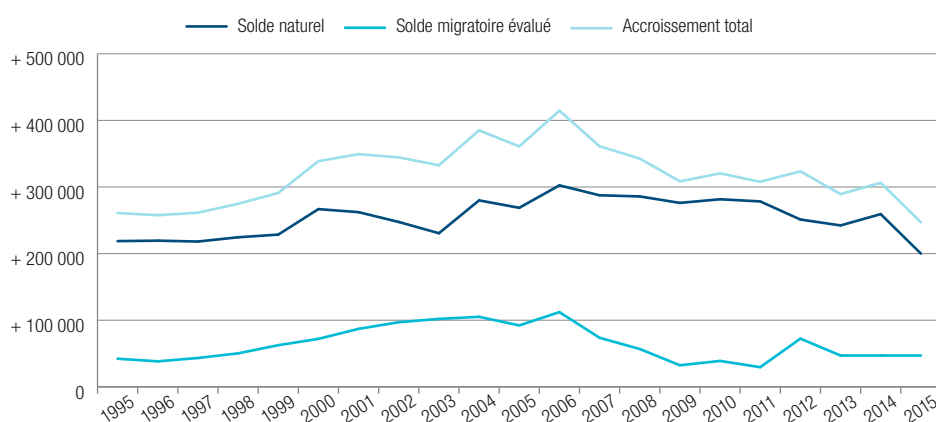
Sources • Estimations de population (INSEE) ; code officiel géographique (IGN).

Populations régionales : 12 millions d'habitants en Île-de-France²

2. Les profils régionaux, en fin d'ouvrage, détaillent les caractéristiques sociodémographiques de chaque région.

La réforme territoriale, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, redécoupe le territoire métropolitain en 13 régions au lieu de 22 auparavant. Si les écarts de taille des régions se réduisent un peu, la population reste inégalement répartie sur le territoire : trois Français sur dix habitent dans l'une des deux nouvelles régions les plus peuplées (Île-de-France et Auvergne - Rhône-Alpes, soit environ 13 % du territoire) (tableau 1). Hormis la Corse et chacun des DROM, la Bourgogne - Franche-Comté et le Centre - Val de Loire ont les effectifs de population les plus faibles.

La population est particulièrement concentrée dans les zones urbaines : près d'un Français sur deux habite dans une commune de 10 000 habitants ou plus. En 2015, l'Île-de-France reste de loin la

GRAPHIQUE 2**Évolution des composantes de la croissance démographique entre 1995 et 2015**

Champ • France entière (hors Mayotte jusqu'en 2013).

Sources • Estimations locales de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

région la plus densément peuplée avec 1 005 habitants/km², soit près de 10 fois plus que la densité moyenne française (105 hab/km²), DROM compris (carte 1). En France métropolitaine, la densité de population varie fortement selon les régions : de 38 habitants/km² en Corse à 1 005 habitants/km² en Île-de-France. Dans les DROM, la situation est également très contrastée, la densité variant de 3 habitants/km² en Guyane à 607 à Mayotte, la plus élevée après l'Île-de-France.

Un solde naturel en baisse en 2015

L'accroissement naturel³ (+ 200 000 personnes en 2015, France entière) contribue pour environ 80 % à la hausse de la population. En 2015, le solde naturel est en baisse et le plus faible depuis 1976 (graphique 2) du fait de décès plus nombreux (+ 41 000 par rapport à 2014) et de naissances en baisse (- 19 000 par rapport à 2014).

L'importance de l'accroissement naturel dans la variation de population caractérise la France au niveau européen depuis plusieurs années, en la situant, avec l'Irlande et Malte, parmi les pays à croissance naturelle la plus élevée.

Répartition par âge : 24,6 % de moins de 20 ans et 9,1 % de 75 ans ou plus

La population française continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. Au 1^{er} janvier 2016, la part des moins de 20 ans est estimée à 24,6 % en France entière et a baissé de 2 points depuis 20 ans. Inversement, la part des personnes de 65 ans ou plus a augmenté (18,8 % au 1^{er} janvier 2016 contre 15 % vingt ans plus tôt) (tableau 2). Ce sont surtout les personnes de 75 ans ou plus qui sont de plus en plus nombreuses : elles représentent désormais 9,1 % de la population contre 6,0 % en 1995, et atteignent respectivement 7,2 % chez les hommes et 10,9 % chez les femmes.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes avant 25 ans ; au-delà, cette prédominance s'inverse et devient particulièrement marquée à partir de 65 ans. Le nombre de naissances de garçons est supérieur à celui des filles (environ 17 000 en 2015). Chez les femmes, la part des moins de 20 ans n'est que de 23,3 % et la part des plus de 65 ans atteint 20,8 % alors que, chez les hommes, la part des moins de 20 ans est de 26,0 % et celle des plus de 65 ans est de 16,6 %.

3. Le solde naturel (ou accroissement naturel ou excédent naturel de population) est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période. Les mots « excédent » ou « accroissement » sont justifiés par le fait qu'en général le nombre de naissances est supérieur à celui des décès. Mais l'inverse peut se produire et le solde naturel est alors négatif (définition INSEE).

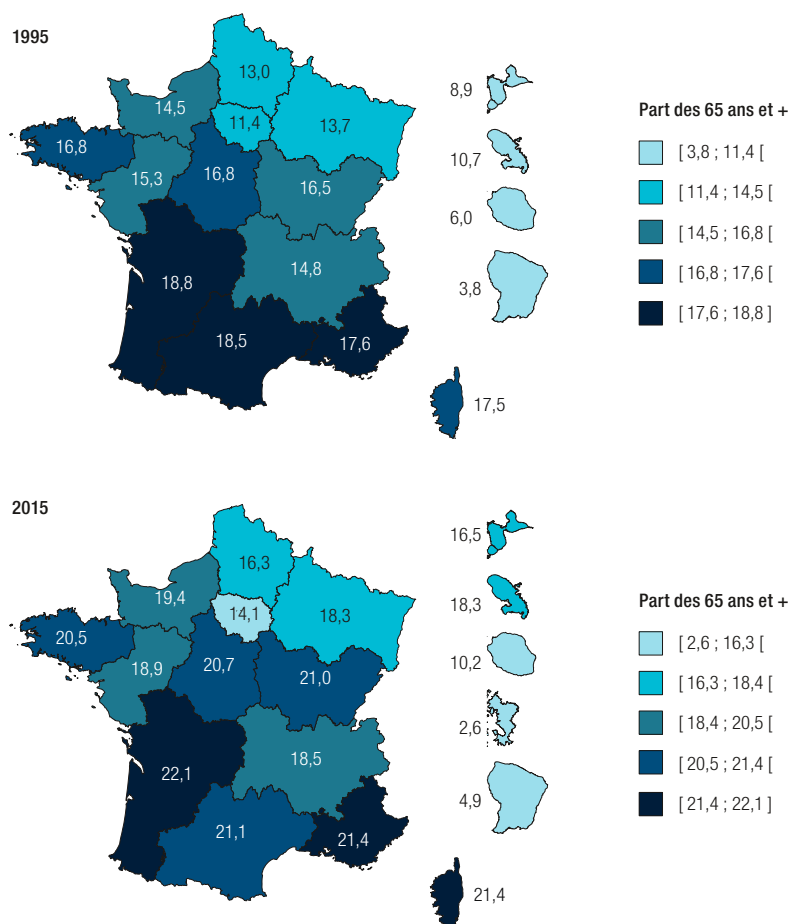
TABLEAU 2
Population totale par sexe et grandes classes d'âges au 1^{er} janvier 2016

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	12320073	18,5	6304791	19,5	6015282	17,5
15-24 ans	7840953	11,8	3988162	12,4	3852779	11,2
25-44 ans	16652950	25,0	8219564	25,5	8433361	24,6
45-64 ans	17293472	26,0	8429816	26,1	8863630	25,8
65-84 ans	10503301	15,8	4718023	14,6	5785263	16,8
85 ans ou plus	2016933	3,0	630931	2,0	1386000	4,0
Ensemble	66627682	100,0	32291287	100,0	34336315	100,0

Champ • France entière.

Sources • Estimations de population (résultats provisoires arrêtés au 1^{er} janvier 2016) (INSEE).

CARTES 2 ET 2BIS
Part des personnes de 65 ans ou plus en 1995 et 2015 (en quintiles)



Note • Chaque quintile comprend un cinquième des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.

Champ • France entière (hors Mayotte en 1995).

Sources • Estimations de population et recensement (INSEE).

Au 1^{er} janvier 2015, la France, avec 18,4 % de plus de 65 ans, se situe au 13^e rang des pays ayant la plus faible proportion de personnes de 65 ans et plus, au-dessous de la moyenne des pays de l'Union européenne (UE) qui est de 18,9 %. L'Italie est le pays où le poids des seniors est le plus élevé (21,7 %) ; l'Irlande celui où il est le plus faible (13,0 %). En Allemagne, 21,0 % de la population a plus de 65 ans, soit presque deux fois plus qu'en Irlande.

Même si le vieillissement de la population peut se constater sur tout le territoire, la situation des régions françaises est très variable. En 2015, certains DROM présentent les populations les « plus jeunes » comme Mayotte et la Guyane, avec respectivement 2,6 % et 4,9 % de personnes âgées de 65 ans ou plus, contrairement à la Martinique avec 18,3 % (carte 2 bis). En France métropolitaine, ce sont les régions Île-de-France et Hauts-de-France qui présentent les taux les plus faibles de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2015 (respectivement 14,1 et 16,3 %). Si la répartition des régions face au vieillissement reste sensiblement la même depuis 20 ans (cartes 2 et 2 bis), le vieillissement de la population est plus marqué dans les DROM, en particulier en Guadeloupe où la part des plus de 65 ans a doublé, mais aussi en Martinique et à La Réunion (+ 40 %). En Métropole, alors qu'une augmentation de la part des 65 ans et plus d'environ 20 % est observée dans la plupart des régions, cette augmentation est la plus faible dans les régions qui étaient les plus âgées en 1995 (Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, respectivement 12,0 et 15,0 %).

Natalité : 800 000 naissances en 2015

En France entière, 799 000 enfants sont nés en 2015. Le nombre de naissances diminue de 20 000 par rapport à 2014, soit une baisse de 2,4 %⁴. En Métropole, après une augmentation continue depuis 1994 jusqu'au pic de 2010, le nombre de naissances (760 000) retrouve le niveau de 2003.

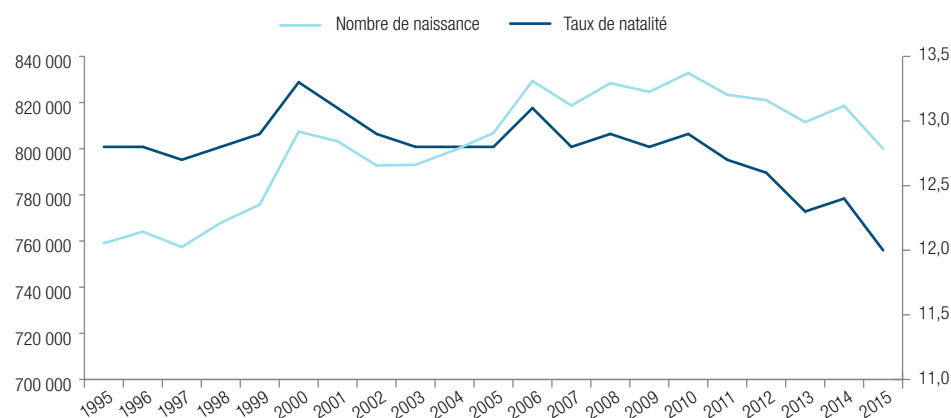
4. *Insee Focus*, INSEE, n° 64, septembre 2016.

Le taux de natalité correspond au rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. Assez stable entre 1995 et 2010, il diminue un peu depuis 5 ans en France entière hors Mayotte. La prise en compte de Mayotte en 2014 n'a pas modifié cette tendance (graphique 3).

Il s'élève à 12,0 naissances pour 1 000 habitants en 2015 en France entière, à 11,8 pour 1 000 en Métropole et à 18,1 pour 1 000 dans les DROM. En 2014, les taux variaient entre 9,2 pour 1 000

GRAPHIQUE 3

Évolution du nombre de naissances et du taux de natalité pour 1 000 habitants en France, entre 1995 et 2015



Note • Résultats provisoires pour le nombre de naissances et les taux 2012, 2013 et 2014.

Champ • France entière (hors Mayotte jusqu'en 2013).

Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

en Corse et 15,2 pour 1 000 en Île-de-France, en France métropolitaine, et entre 11,5 pour 1000 en Martinique et 32,5 pour 1 000 à Mayotte, dans les DROM (tableau 3).

Fécondité : 2 enfants par femme en 2015

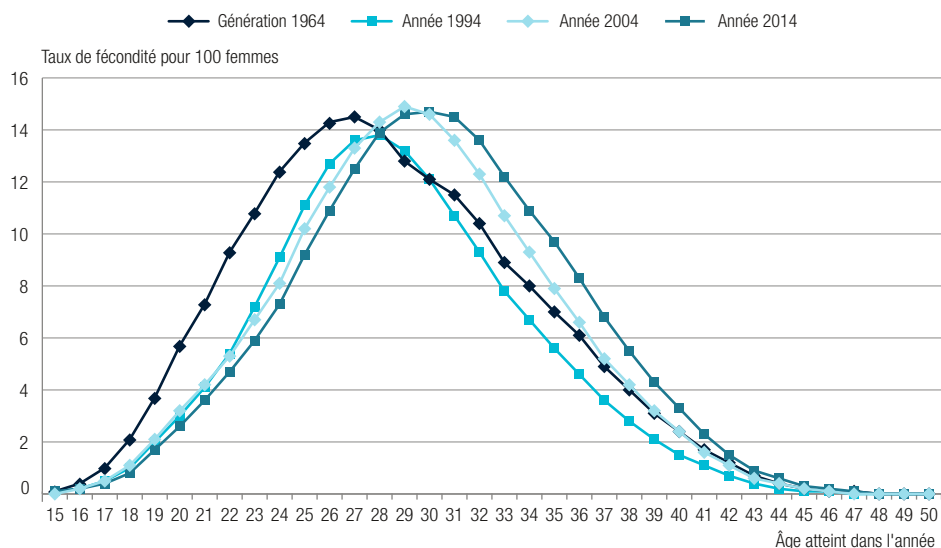
Le nombre de naissances dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité, tous âges confondus. Le nombre de femmes en âge de procréer, défini comme le nombre de femmes âgées de 15 à 50 ans, baisse depuis 2007 ; celui des femmes âgées de 20 à 40 ans ne cesse de baisser depuis 1995. La fécondité, qui avait connu une petite augmentation en 2014 après une baisse depuis 2010, repart à la baisse en 2015.

Le taux de fécondité est défini par le rapport du nombre d'enfants nés vivants de l'année à la population moyenne de l'année des femmes en âge de procréer. Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge. L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge observés sur une année donnée. Cet indicateur mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés une année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. L'ICF est plus adapté que le taux de fécondité pour effectuer des comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations.

En 2015, l'ICF diminue légèrement par rapport à 2014 et s'établit à 1,96 enfant par femme (2,03 enfants par femme en 2010). Les taux de fécondité poursuivent leur baisse chez les femmes de moins de 25 ans, diminuent entre 25 et 34 ans et restent stables chez les femmes de 35 à 50 ans. Depuis 20 ans, les taux de fécondité des femmes de plus de 35 ans augmentent nettement (graphique 4). En 2015, le taux de fécondité des femmes de 40 à 50 ans est de 9 pour 1 000.

La France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. Au sein de l'UE, la France est, en 2014, devant l'Irlande, le pays le plus fécond. Ces deux pays dépassent

GRAPHIQUE 4
Évolution des taux de fécondité par âge*



* Âge atteint dans l'année, résultats provisoires en 2014.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

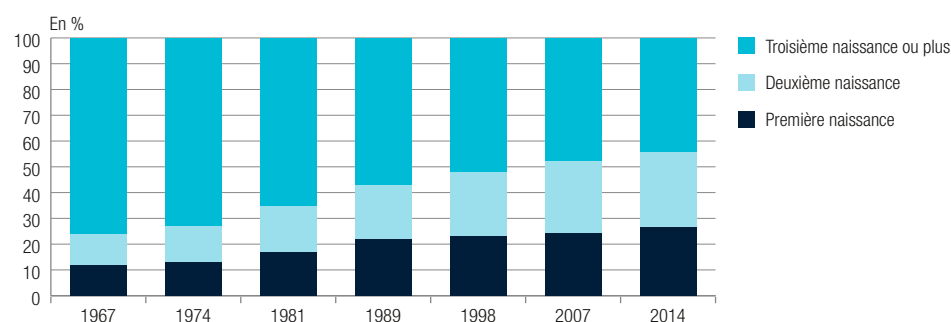
largement la moyenne européenne (1,58 en 2014 contre 2,01 en France et 1,94 en Irlande). Les niveaux de fécondité les plus bas se situent entre 1,23 et 1,37 enfant par femme et sont enregistrés dans des pays situés au Sud (Portugal, Espagne, Grèce, Chypre, Italie) et à l'Est (Slovaquie, Pologne) de l'Europe.

Âge moyen à la naissance : 30,1 ans en 2015

L'âge moyen à la naissance n'a pas cessé d'augmenter depuis la fin des années 1970. En 2015, selon les données de l'état civil, l'âge moyen (âge en années révolues) à la naissance poursuit son évolution, atteignant 30,1 ans pour la France entière (hors Mayotte), soit une progression de 1 an et 4 mois en 20 ans. En France métropolitaine, l'âge moyen est également de 30,1 ans soit une progression de 1 an et 3 mois en 20 ans. L'âge moyen en années révolues à la naissance a atteint la

GRAPHIQUE 5

Évolution de la répartition des nouveau-nés selon le rang de naissance parmi les mères de 40 ans ou plus, entre 1967 et 2014



Champ • France métropolitaine de 1967 à 2007, France entière en 2014.

Sources • Statistiques de l'état civil (INSEE).

TABLEAU 3

Âge moyen des mères* à la naissance et taux de natalité par région

	Taux brut de natalité (‰)	Âge moyen de la mère à la naissance
Auvergne - Rhône-Alpes	12,3	30,4
Bourgogne - Franche-Comté	10,7	29,8
Bretagne	10,6	30,2
Centre - Val de Loire	11,2	29,7
Corse	9,2	30,4
Grand Est	11,2	29,8
Hauts-de-France	13,1	29,4
Île-de-France	15,2	31,5
Normandie	11,3	29,7
Nouvelle-Aquitaine	10,0	30,2
Occitanie	10,9	30,4
Pays de la Loire	11,8	30,0
Provence - Alpes - Côte d'Azur	12,0	30,3
France métropolitaine	12,2	30,3
Guadeloupe	12,5	29,6
Guyane	26,2	28,1
La Réunion	16,8	28,6
Martinique	11,5	29,2
Mayotte	32,7	29,1
France	12,4	30,3

* Âge atteint dans l'année.

Champ • France entière.

Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

5. *Insee Focus*, INSEE, n° 64, septembre 2016.

barre symbolique des 30 ans en 2014 en France entière et métropolitaine. L'âge moyen au 1^{er} enfant est inférieur d'environ 2 ans.

En 2015, la part des mères de 40 ans ou plus pour l'ensemble des naissances vivantes atteint 5,1 %, contre 4,0 % dix ans auparavant et a été multiplié par cinq depuis 1980⁵. À l'inverse, seulement 43 % des bébés nés en 2015 ont une mère de moins de 30 ans, alors qu'ils étaient 62 % en 1990.

En 2014, 26,4 % des naissances de mères de 40 ans et plus sont des premières naissances, 29,3 % des deuxièmes naissances et 44,3 % des troisièmes naissances ou plus. La proportion des premières naissances chez les 40 ans et plus reste minoritaire mais n'a cessé de progresser depuis une cinquantaine d'années (graphique 5).

En 2014, l'âge moyen à la naissance (âge atteint dans l'année, un peu plus élevé que l'âge en années révolues) varie selon les régions entre 28,1 ans en Guyane et 31,5 ans en Île-de-France (tableau 3).

Cette augmentation de l'âge moyen à la naissance est un phénomène qui s'observe partout en Europe : c'est en Espagne (31,8 ans) et en Irlande (31,6 ans) que les mères qui ont accouché dans l'année sont les plus âgées. La France se situe, en 2014, dans la moyenne des 28 pays de l'UE (30,4 ans en 2014).

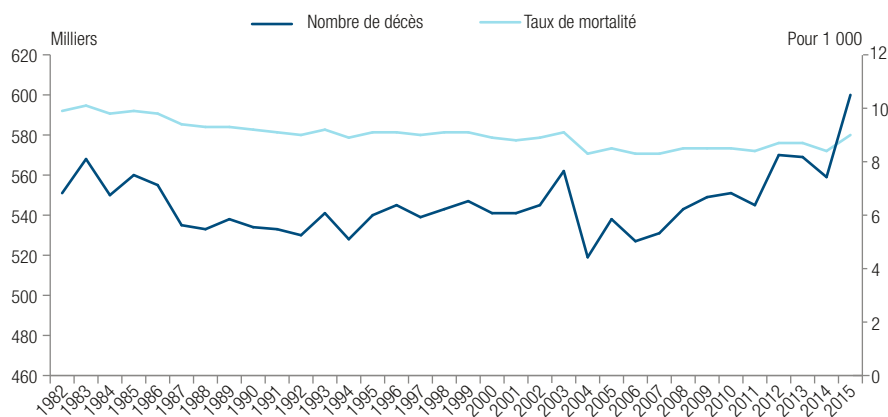
Mortalité : environ 600 000 décès en 2015

En 2015, environ 600 000 personnes sont décédées en France, dont 587 000 en France métropolitaine, atteignant le plus haut niveau depuis l'après-guerre. Le nombre de décès augmente de 41 000 (+ 7,3 %) par rapport à 2014, après deux années de recul. Le taux de mortalité atteint 9,0 pour 1 000 en France et 9,1 pour 1 000 en France métropolitaine.

Le niveau annuel des décès résulte de la taille des générations décrite par la pyramide des âges et de la mortalité à chaque âge, mais aussi de facteurs plus conjoncturels tels que les conditions climatiques et épidémiologiques de l'année. Le taux brut de mortalité, qui suivait une tendance décroissante jusqu'en 2008 et qui était globalement stable jusqu'en 2014, est reparti à la hausse en 2015 (graphique 6). Le taux de mortalité à chaque âge, quant à lui, baisse régulièrement au fil des ans.

En 2015, l'augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus n'a pas été compensée, comme les années précédentes, par une baisse des taux de mortalité par âge. Ceux-ci se sont accrus, en particulier aux âges élevés.

GRAPHIQUE 6
Évolution du nombre de décès et du taux brut de mortalité depuis 1982



Champ • France entière (hors Mayotte jusqu'en 2013), résultats provisoires en 2013, 2014 et 2015.
Sources • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

En 2013, comme pour la majorité des pays européens, le taux de mortalité standardisé en France a diminué par rapport à l'année précédente (tableau 4). Pour les femmes, la France se situe au 2^e rang avec le plus bas taux de mortalité de l'UE des 28 derrière l'Espagne et devant l'Italie avec 6,7 décès pour 1 000. Pour les hommes, la France se situe en 6^e position derrière l'Espagne, l'Italie, le Luxembourg, la Suède et Chypre, avec 11,4 décès pour 1 000. Ce sont deux des pays baltes qui enregistrent les taux de mortalité masculins les plus élevés, avec respectivement 21,4 et 21,3 décès pour 1 000 habitants en Lettonie et en Lituanie. En ce qui concerne les taux féminins, ce sont deux pays de l'Europe de l'Est, la Bulgarie et la Roumanie avec respectivement 13,1 et 12,4 décès pour 1 000 habitants, qui présentent les taux les plus élevés.

TABLEAU 4
Évolution du taux de mortalité standardisé* en France et en Europe

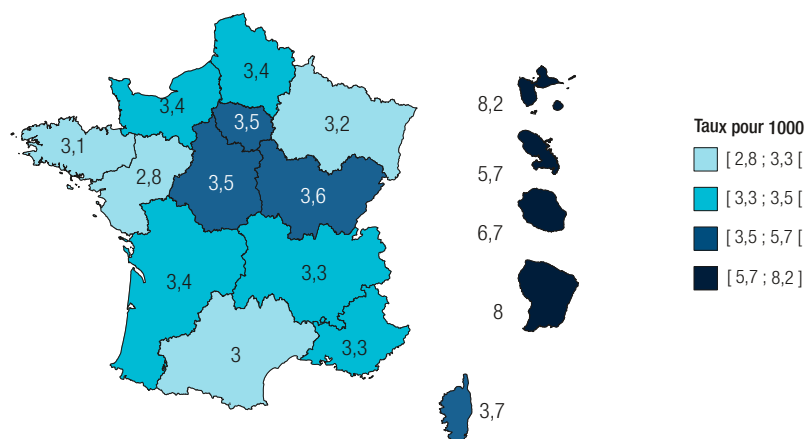
Année	France		Union européenne (28 pays)	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
2000	14,7	8,4	-	-
2001	14,5	8,2	-	-
2002	14,3	8,2	15,9	10,2
2003	14,4	8,5	15,9	10,4
2004	13,2	7,5	15,2	9,8
2005	13,3	7,6	15,0	9,8
2006	12,8	7,2	14,2	9,3
2007	12,6	7,1	14,0	9,1
2008	12,5	7,2	13,7	9,0
2009	12,3	7,1	13,5	8,8
2010	12,1	6,9	13,2	8,6
2011	11,6	6,7	12,8	8,4
2012	11,7	6,9	12,8	8,5
2013	11,4	6,7	12,7	8,4

* Taux standardisés sur l'âge pour 1 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European population, Eurostat 2013).

Champ • France entière; Union européenne (28 pays).

Source • Eurostat.

CARTE 3
Taux de mortalité infantile par région en 2014 (en quartiles)

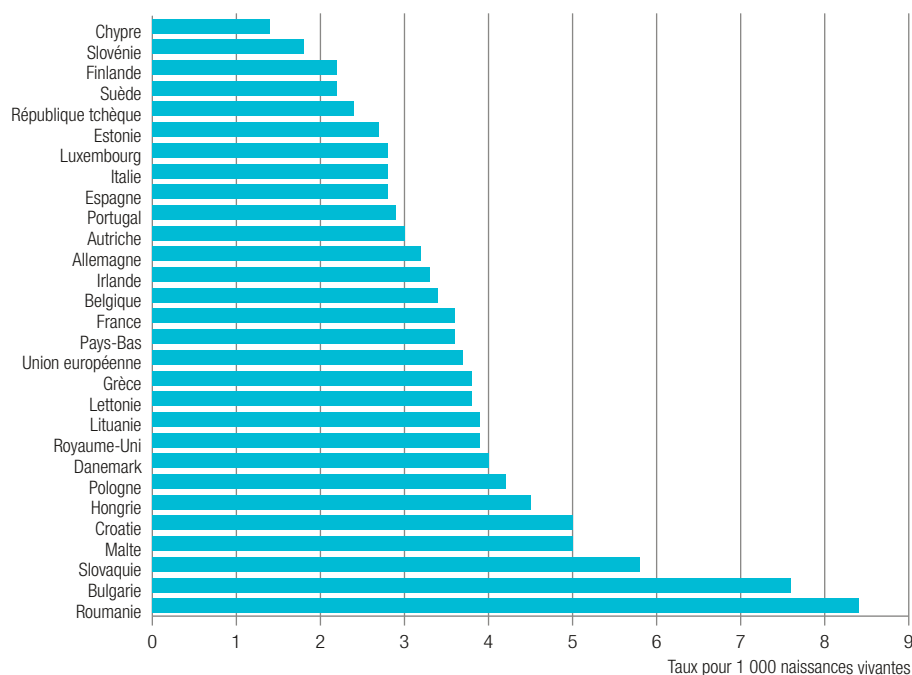


Note • Chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Statistiques de l'état civil (INSEE).

GRAPHIQUE 7
Taux de mortalité infantile en 2014



Champ • Union européenne (28 pays).
Source • Eurostat.

Taux de mortalité infantile : 3,7 pour 1 000 en 2015⁶

6. Voir également la fiche « Mortalité périnatale et mortalité infantile » dans la partie « Santé de la reproduction et périnatalité ».

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

7. Donnée provisoire.

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années. Mais, tandis qu'elle continue de baisser dans bon nombre de pays européens, elle reste globalement stable depuis quatre ans en France et repart même un peu à la hausse en 2015⁷.

En 2015, en France entière, le taux de mortalité infantile s'établit à 3,7 pour 1 000. En 2014, il est de 3,3 pour 1 000 en France métropolitaine, entre 2,8 et 3,7 pour 1 000 selon les régions (carte 3), alors qu'il atteint 7,6 pour 1 000 dans les DROM hors Mayotte, entre 5,7 et 8,2 pour 1 000.

Le niveau de la mortalité infantile française est proche de celui de l'Union européenne (3,7 pour 1 000 en 2014). Les taux les plus faibles sont recensés à Chypre, en Slovénie, en Finlande, en Suède et en République tchèque, avec des taux inférieurs à 2,5 pour 1 000. La situation demeure très défavorable en Bulgarie et en Roumanie (graphique 7). La France se situe au 15^e rang. ■

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



1. Synthèse p. 10

2. Contexte démographique p. 36

**3. Mesure des inégalités sociales,
déterminants sociaux
et territoriaux de la santé**

4. État de santé global
de la population p. 70

5. Principales causes
de décès et de morbidité p. 96

6. Déterminants,
santé populationnelle
et pathologies spécifiques p. 112

7. Profils régionaux p. 340



3. Mesure des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de la santé

Introduction

Les conditions sociales et économiques interagissent et influencent l'état de santé des populations. En 2008, l'OMS formulait la définition des déterminants sociaux de la santé de la manière suivante : « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie », ces circonstances étant déterminées par des forces politiques, sociales et économiques.

Si l'état de santé de la population s'est globalement amélioré en France et dans les pays de niveau socio-économique équivalent, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France, appelées « gradient social » des inégalités de santé. De nombreux travaux leur ont été consacrés depuis plus de 10 ans¹. En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) soulignait que si l'on observe des inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, les inégalités de mortalité demeurent dans notre pays plus importantes que dans d'autres pays européens et se sont aggravées au cours des dernières décennies. Par ailleurs, le gradient social reste marqué pour les espérances de vie².

Le 8 mars 2011, le Parlement européen a adopté une résolution³ en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité qui doit être mise en œuvre dans les principes du « Health in all Policies » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques) et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé. Le Conseil régional Europe de l'OMS a inscrit en 2012 la réduction des inégalités de santé comme premier objectif stratégique⁴. En France, la réduction des inégalités sociales de santé est un axe fort de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités de santé. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique...) – ces facteurs ayant un rôle cumulatif au cours de la vie –, le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont les politiques sanitaires et sociales. La causalité inverse existe également, selon laquelle l'état de santé explique en partie les différences de revenus. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées.

Il paraît donc très important de décrire les inégalités sociales de santé et d'en observer les évolutions à l'aide d'indicateurs. Définir des indicateurs de mesure de celles-ci suppose, d'une part, d'identifier les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et,

1. Leclerc A., Fassin D., Granjean H., Kaminski M., Lang T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte/Inserm.

Haut Comité de la santé publique (HCSP), 2002, *La santé en France 2002, Rapports*, Paris, La Documentation française.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Paris, La Documentation française/HCSP, coll. « Avis et rapports ».

Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2013, *Indicateurs de suivi des inégalités de santé*, Paris, La Documentation française/HCSP, coll. « Documents ».

2. Blanpain N., 2016, « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, INSEE, n° 1584, février.

3. www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=INI/2010/2089

4. www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century

5. Institut national de santé publique du Québec, 2013, *Suivre les inégalités sociales de santé au Québec. Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé du Québec*, Rapport de recherche.

d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts⁵. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs sont des éléments déterminants de leur choix.

Les différentes catégories socioprofessionnelles étant inégalement réparties sur le territoire, les disparités sociales de santé s'accompagnent de disparités territoriales. Ces situations sont le plus souvent accentuées par le contexte économique, la disponibilité et l'accessibilité locale de services, notamment sanitaires et médico-sociaux.

Ce chapitre du rapport sur l'état de santé de la population présente donc, dans une première partie, un certain nombre d'indicateurs considérés comme déterminants de la santé qu'il s'agisse :

- d'indicateurs de position sociale considérée comme déterminant structurel de la santé, utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé ;
- d'indicateurs d'accès aux soins.

Dans une deuxième partie, afin de mesurer les disparités sociales en France à un niveau géographique fin, une typologie⁶ a été réalisée à partir d'indicateurs sociaux déclinés à l'échelle communale. La typologie obtenue met en relief les situations contrastées qui se retrouvent entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités qui existent entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine.

6. Typologie réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) : la méthode utilisée est expliquée dans cette partie.

Par ailleurs, dans les autres chapitres du rapport, la mesure des inégalités sociales et territoriales de santé a été présentée pour tous les indicateurs pour lesquels cela s'est avéré possible.

Dans le chapitre sur l'état de santé global de la population, deux variables de stratification ont été retenues pour mesurer le gradient social en matière de morbidité déclarée et d'espérance de vie :

- la répartition de la population en six catégories selon la classification en profession et catégorie sociale (PCS) qui est la plus utilisée en France ;
- la répartition de la population selon le niveau d'études, soit en trois catégories (utilisée par Eurostat : primaire et premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur) pour permettre d'établir des comparaisons européennes, soit selon un découpage plus fin à une échelle nationale ou infranationale.

L'interprétation et le suivi de ces indicateurs doivent toutefois prendre en compte certaines limites. Le premier niveau de la PCS reste relativement agrégé. Par exemple, il regroupe les ouvriers non qualifiés et les autres dans une même catégorie « ouvriers ». La PCS est également moins pertinente pour l'étude des inégalités de santé chez les femmes qui n'exerçaient souvent pas d'activité professionnelle ou une activité non reconnue dans les générations anciennes : le niveau d'instruction ou niveau de diplôme serait dans ce cas plus approprié. Le contenu de ces catégories peut en outre varier au fur et à mesure que l'organisation sociale se modifie, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'une évolution des écarts de santé observés entre des groupes dont la nature est elle-même changeante. Ainsi, l'utilisation du critère du niveau d'études pour analyser des évolutions est délicate eu égard à l'élévation du niveau moyen d'études au cours du temps. De même, un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des sans diplôme ou des ouvriers non qualifiés, peut ainsi permettre d'identifier un groupe de population de plus en plus particulier au niveau social et connaître, de ce fait, une évolution défavorable des indicateurs de santé. La manière de classer les chômeurs mais aussi les autres inactifs et les retraités dans la taxinomie PCS pose également problème car ces statuts d'activité peuvent être associés à des risques spécifiques en matière de santé. Or, ils évoluent au gré de la situation du marché du travail et n'ont pas la même résonance selon le statut antérieur, l'âge ou les autres caractéristiques démographiques et sociales des personnes concernées.

Dans les fiches thématiques, la mesure des inégalités de santé est déclinée de deux manières, selon la disponibilité des informations :

- par une variable de stratification sociale (niveau d'étude, PCS, revenus du ménage) lorsqu'au moins l'une d'entre elles est disponible dans les systèmes d'information utilisés pour l'indicateur de santé concerné ;

- par un indice de désavantage social (cf. encadré) caractérisant la commune de résidence, lorsqu'aucune variable sociale individuelle n'est disponible : c'est le cas de nombreux indicateurs issus des bases médico-administratives, pour lesquels l'information « sociale » individuelle est inexistante ou très limitée.

Les indices de désavantage social (ou « deprivation index » dans la littérature anglophone) sont censés rendre compte d'« un état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne, une famille ou un groupe » (Townsend, 1987). Ils constituent une mesure écologique (ou contextuelle), caractérisant le milieu socio-économique dans lequel vivent les individus d'une aire géographique donnée, à un moment donné, et que l'on attribue à l'ensemble des individus de cette aire. Ils sont construits par agrégation, à une échelle géographique donnée, d'informations disponibles généralement à partir du recensement (taux de chômeurs, pourcentage d'ouvriers au sein de la population active...). L'indice caractérise les individus d'un territoire pris collectivement et non la situation individuelle. En France, plusieurs indices ont été développés (Havard, 2008 ; Pernet, 2012 ; Rey, 2013). Ils peuvent être utilisés de deux façons (Haut Conseil de la santé publique, 2013), soit pour caractériser un territoire (ou identifier les populations vivant dans les territoires les plus défavorisés), soit comme proxy de données socio-économiques individuelles, lorsque celles-ci ne sont pas disponibles, comme dans les bases de remboursements de l'assurance maladie. Dans ce cas, on introduit toutefois un biais écologique, les individus vivant sur un même territoire n'ayant pas tous une position socio-économique identique. Ces indices, conçus pour documenter les inégalités sociales de santé, ne sont pas explicatifs, et ils n'intègrent pas l'ensemble des dimensions territoriales et sociales en jeu, par exemple, ils ne fournissent pas d'information sur l'enclavement des territoires ou sur l'accessibilité de l'offre de soins et de prévention.

Dans ce rapport, c'est le French Deprivation index (FDep) (Rey, 2009) qui a été utilisé, notamment parce qu'il est disponible dans les données de remboursement du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIRAM). Il est défini, à l'échelle communale, comme la première composante principale d'une analyse factorielle de quatre variables issues du recensement de la population et des déclarations fiscales datant de 2009 (FDep09) :

- le revenu fiscal médian par unité de consommation ;
- la part des diplômés de niveau baccalauréat (au minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée ;
- la part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans ;
- la part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans.

Il n'est en revanche pas disponible dans les communes des DROM.

Références bibliographiques :

- ▶ **Haut Conseil de la santé publique**, 2013, *Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé*, Paris, HCSP, coll. « Documents ».
- ▶ **Havard S., Deguen S., Bodin J., Louis K., Laurent O., Bard D.**, 2008, « A Small-area Index of Socioeconomic Deprivation to Capture Health Inequalities in France », *Social Science & Medicine*.
- ▶ **Pernet C., Delpierre C., Dejardin O., Grosclaude P., Launay L., Guittet L. et al.**, 2012, « Construction of an Adaptable European Transnational Ecological Deprivation Index : the French Version », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (11), p. 982-989.

Indicateurs sociaux

Différents indicateurs permettent de décrire la position socio-économique des individus. Celle-ci est considérée comme déterminant structurel de santé et utilisée comme mesure des inégalités de santé. Les sources statistiques dont sont issus ces indicateurs sont différentes, expliquant certains décalages temporels concernant la disponibilité (par exemple l'enquête Emploi n'inclut Mayotte que depuis 2014) et la fraîcheur des données.

► Niveau d'instruction : 71 % des femmes et 63 % des hommes de 25 à 34 ans ont obtenu le baccalauréat

La part des diplômés au sein de chaque tranche d'âge augmente de façon très sensible au fil des générations, mais elle tend à se stabiliser pour les plus jeunes. En 2015, en France entière hors Mayotte, un tiers des jeunes de 15 à 29 ans est en cours d'études initiales.

Ce constat se vérifie à la fois pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, un peu plus d'un tiers des femmes âgées de 55 à 64 ans déclarent avoir obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur ; cette proportion atteint 71 % chez les femmes âgées de 25 à 34 ans (tableau 1). De la même façon, un tiers des hommes de 55 à 64 ans ont obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur, contre 63 % des hommes âgés de 25 à 34 ans. Si dans le passé la proportion des hommes ayant obtenu le baccalauréat était plus forte que celle des femmes, cette tendance s'est maintenant inversée pour toutes les tranches d'âge avant 65 ans.

TABLEAU 1
Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe, en 2015 (en %)

	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Aucun diplôme ou CEP	8,5	10,6	11,3	13,3	19,1	18,7	30,2	24,7
BEPC seul	3,7	4,5	3,6	3,9	7,1	5,0	8,8	6,7
CAP, BEP ou équivalent	16,6	21,9	17,6	24,8	28,4	36,7	24,9	35,0
Baccalauréat ou brevet professionnel	22,3	22,6	20,3	20,7	16,5	13,0	13,8	11,6
Baccalauréat + 2 ans	17,8	14,3	21,8	15,5	14,7	11,5	11,2	8,1
Diplôme supérieur	30,9	26,1	25,4	21,8	14,2	15,1	11,0	13,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Part de bacheliers ou plus	71,1	63,0	67,5	58,0	45,4	39,6	36,0	33,6

Note • Résultats en moyenne annuelle.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

TABLEAU 2
Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge, en 2015 (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Ensemble	51,6	60,9	56,1
<i>dont 15-64 ans</i>	<i>67,6</i>	<i>74,7</i>	<i>71,3</i>
15-29 ans	49,5	57,2	53,3
<i>dont 15-19 ans</i>	<i>10,8</i>	<i>16,0</i>	<i>13,4</i>
30-39 ans	82,1	94,0	87,9
40-49 ans	85,6	92,9	89,2
50-59 ans	76,1	84,4	80,2
60 ans et plus	8,5	11,0	9,6
<i>dont 65 ans ou plus</i>	<i>1,9</i>	<i>3,6</i>	<i>2,7</i>

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

► Population active : 71 % des 15-64 ans

Le taux d'activité se définit comme le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs⁷) et la population totale correspondante.

En 2015, en France entière hors Mayotte, le taux d'activité global de la population est de 56,1 %, assez stable depuis 10 ans mais variable selon la classe d'âges considérée.

Il est de 71,3 % pour la population âgée de 15 à 64 ans et augmente en 2015 pour la quatrième année consécutive (avec une hausse de + 0,1 point par rapport à 2014, hausse la plus faible depuis 4 ans). Le taux d'activité diminue à partir de 50 ans (tableau 2) mais il augmente dans cette tranche d'âge depuis 2008⁸. Il est également faible pour les jeunes de moins de 24 ans, sachant qu'une proportion importante de cette tranche d'âge est encore en cours d'études initiales (87 % des 15-19 ans et 38 % des 20-24 ans). Par ailleurs, le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âges considérée.

La situation professionnelle de la population active à un moment donné comprend deux dimensions :

- le statut vis-à-vis de l'emploi qui comprend les personnes en emploi ou « actifs occupés » et les chômeurs ;
- la profession pour les actifs ayant un emploi.

► Un taux de chômage de 10 % au 3^e trimestre 2016

Le taux d'emploi des 15-64 ans s'établit au 3^e trimestre 2016 en France métropolitaine à 64,6 %. Sur un an il s'accroît de 0,2 point. Le taux d'emploi des hommes est plus élevé que celui des femmes (+ 6,4 points) mais la différence s'amenuise.

Le taux de chômage au sens du bureau international du travail (BIT)⁹ s'établit en France entière hors Mayotte à 10,0 % au troisième trimestre 2016¹⁰, et en France métropolitaine à 9,7 % soit 2,8 millions de personnes au chômage. Il est au même niveau chez les hommes et chez les femmes (9,7 %) mais la proportion de femmes en sous-emploi¹¹ est plus importante que celle des hommes. Le taux de chômage est plus particulièrement élevé chez les jeunes actifs de 15 à 24 ans et, selon les groupes d'âge, les taux sont très différents : de 25,1 % chez les 15-24 ans à 7,0 % chez les 50 ans et plus. Il y a 1,2 million de chômeurs de longue durée et le taux de chômage de longue durée¹² s'établit à 4,3 % de la population active.

Le taux de chômage dépend fortement de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau de diplôme. En 2015, en France métropolitaine, il est de 14,6 % chez les ouvriers alors qu'il n'est que de 4,0 % chez les cadres. Il atteint 16,8 % chez les personnes sans diplôme ou de niveau d'études primaires contre 6,2 % chez les personnes avec un niveau supérieur à bac + 2.

Des variations importantes des taux de chômage sont également observées selon les régions en 2015 (carte 1). Les DROM présentent les taux de chômage les plus élevés, entre 18,9 % en

7. Actifs occupés et chômeurs au sens du BIT (Bureau international du travail) pour les données présentées.

8. « France, portrait social, fiches thématiques : emploi, salaires », INSEE références, INSEE, 2016.

9. Un chômeur au sens du Bureau international du travail (BIT) est une personne en âge de travailler (c'est-à-dire ayant 15 ans ou plus) qui n'a pas travaillé, ne serait-ce qu'une heure, au cours de la semaine de référence, est disponible pour travailler dans les deux semaines et a entrepris des démarches actives de recherche d'emploi dans le mois précédent (ou a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois).

10. « Le taux de chômage augmente de 0,1 point au troisième trimestre 2016 », Informations rapides, INSEE conjoncture, n° 300, novembre 2016.

11. Le sous-emploi comprend les personnes actives occupées au sens du BIT qui remplissent l'une des conditions suivantes : elles travaillent à temps partiel, souhaitent travailler davantage et sont disponibles pour le faire, qu'elles recherchent activement un emploi ou non ; elles travaillent à temps partiel (et sont dans une situation autre que celle décrite ci-dessus) ou à temps complet, mais ont travaillé moins que d'habitude pendant une semaine de référence en raison de chômage partiel (chômage technique) ou mauvais temps.

12. Un chômeur de longue durée est un actif au chômage depuis plus d'un an.

TABLEAU 3
Répartition des actifs occupés selon la catégorie socioprofessionnelle, en 2015 (en %)

Catégorie socioprofessionnelle	15 à 29 ans	30 à 49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Agriculteurs exploitants	0,6	1,4	3,4	1,8
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	2,3	6,5	8,9	6,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11,4	19,1	18,8	17,6
Professions intermédiaires	26,7	27,1	21,8	25,4
Employés	33,3	26,4	28,3	28,3
Ouvriers	25,6	19,5	18,9	20,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ • France entière, population des ménages, actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi et vivant en ménage ordinaire.

Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

Martinique et 24,6 % à La Réunion. Pour la France métropolitaine, les taux les plus importants sont observés dans les Hauts-de-France (12,6 %) et en Occitanie (12,1 %).

► **Population active en emploi : 21 % d'ouvriers et 18 % de cadres en 2015**

La répartition des actifs ayant un emploi selon la tranche d'âge et la profession, en 2015 en France (tableau 3), met en lumière une augmentation de la part des agriculteurs exploitants et des artisans, commerçants et chefs d'entreprise avec l'âge. À l'inverse, la part des ouvriers et des employés parmi les actifs diminue avec l'âge. Depuis 10 ans, la proportion de certaines catégories socioprofessionnelles est en diminution : les ouvriers (- 3,1 %), les employés (- 1,1 %) et les agriculteurs (- 0,6 %).

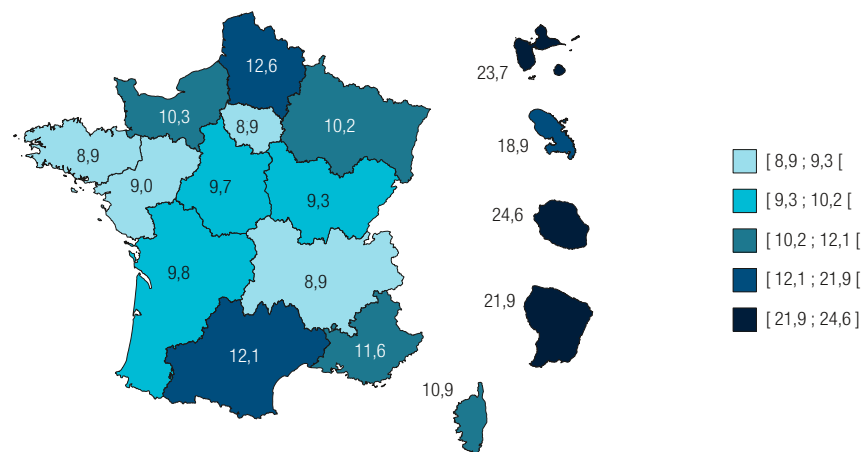
13. Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquêtes « Revenus fiscaux et sociaux 2012 et 2013 ».

14. Argouarc'h J., Boiron A., 2016, « Les niveaux de vie en 2014 », *INSEE Première*, n° 1614, septembre.

► **Taux de pauvreté : 14 % de la population en 2014¹³**

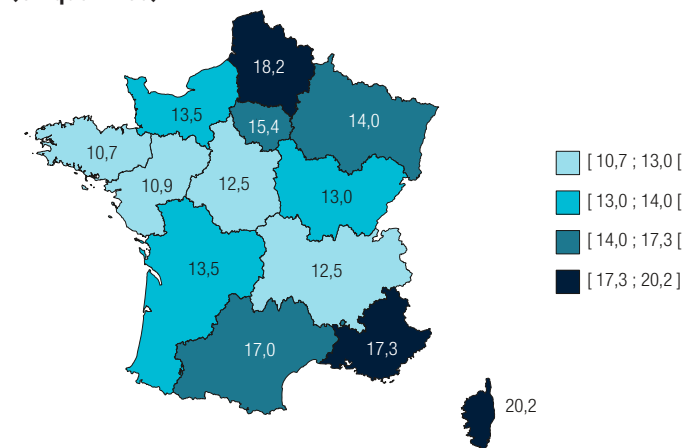
En 2014, en France métropolitaine, le niveau de vie médian de la population (personnes vivant dans un ménage) s'élève à 20 150 euros annuels et n'évolue pas depuis le début de la crise en 2008¹⁴.

CARTE 1
Taux de chômage localisés en 2015 (moyenne annuelle, en quintiles)



Note • Chaque quintile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.
Champ • France entière (hors Mayotte), individus de 15 ans ou plus.
Sources • Enquêtes Emploi (INSEE).

CARTE 2
Taux de pauvreté selon l'âge du référent fiscal en 2013 : comparaisons régionales (en quartiles)



Note • Chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté.
Champ • France métropolitaine.
Source • Fichier localisé social et fiscal (CCMSA ; CNAF ; CNAV ; DGFIP ; INSEE).

Les familles monoparentales ont le niveau de vie le plus faible avec 14 660 euros annuels. Les 10 % de personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 770 euros/an. Les 10 % les plus aisées ont un niveau de vie au moins 3,5 fois supérieur, au-delà de 37 260 euros/an.

Le seuil de pauvreté, à 60 % du niveau de vie médian de la population (seuil retenu le plus souvent au niveau européen), s'établit à 1 008 euros mensuels. La pauvreté, mesurée par référence à ce seuil, concerne 8,8 millions de personnes soit 14,1 % de la population. En 2014, 65,8 % des ménages bénéficiaires du RSA socle vivent au-dessous du seuil de pauvreté contre 41,7 % des ménages qui perçoivent le minimum vieillesse.

Le taux de pauvreté au seuil de 50 %, qui cible une population plus pauvre que le taux au seuil de 60 %, concerne 8,1 % de la population métropolitaine en 2014 contre 8,5 % en 2012.

La composition de la population la moins favorisée se modifie peu : la pauvreté, au seuil de 60 % du niveau de vie médian, concerne 36,6 % des chômeurs et 31,1 % des inactifs, dont les étudiants. Hormis chez les 50-74 ans, la proportion de femmes en dessous du seuil de pauvreté est plus élevée que celle des hommes. Les familles monoparentales sont les plus pauvres avec un taux de 37,9 %.

D'importantes disparités régionales sont également observées : en France métropolitaine, en 2013, la Corse, les Hauts-de-France, la région PACA et l'Occitanie présentent les taux de pauvreté les plus élevés (carte 2) ; en Corse, le taux de pauvreté est particulièrement élevé chez les personnes de 50 ans et plus, alors que dans la région Hauts-de-France, elle concerne plus particulièrement les personnes de moins de 30 ans. Cependant, ces disparités sont fondées sur les revenus disponibles et ne prennent pas en compte les différences du coût de la vie selon les zones géographiques.

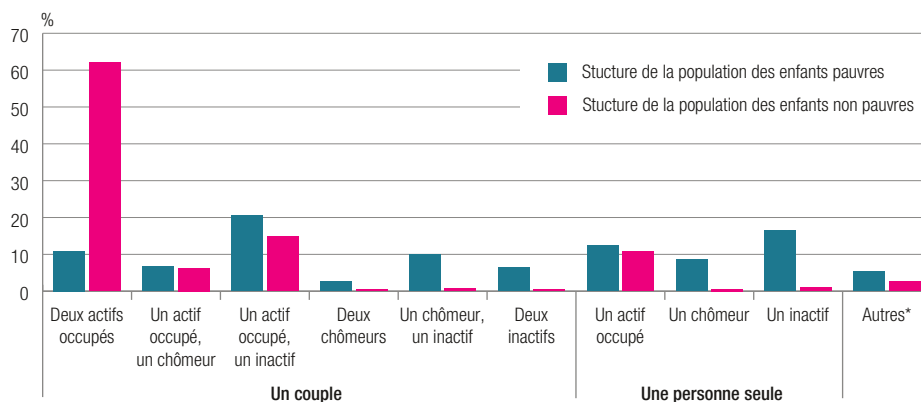
► Un enfant de moins de 18 ans sur cinq vit en dessous du seuil de pauvreté

En 2014, 19,8 % des enfants de moins de 18 ans vivent en dessous du seuil de pauvreté de 60 % soit 2,8 millions d'entre eux. Les moins de 18 ans ont été particulièrement affectés par la hausse de la pauvreté consécutive à la crise de 2008 (+ 2,0 points entre 2008 et 2012¹⁵).

Si ces enfants appartiennent pour moitié à des ménages comportant une personne active, le risque de pauvreté des enfants dépend surtout de la situation de leurs parents vis-à-vis du marché du travail (graphique 1). En 2013, ce sont dans les ménages inactifs ou touchés par le chômage que la pauvreté des enfants est la plus fréquente : le taux de pauvreté est de 24,5 % lorsqu'un seul des

15. Argouarc'h J., Boiron A., 2016, « Les niveaux de vie en 2014 », *Insee Première*, n° 1614, septembre.

GRAPHIQUE 1
Répartition des enfants pauvres et des enfants non pauvres selon l'activité des parents, en 2014 (en %)



* Enfants ne vivant pas dans un ménage de type parent(s) et enfant(s).

Lecture • 10,9 % des enfants pauvres vivent dans un couple avec deux actifs occupés *versus* 62,0 % des enfants non pauvres.

Note • Pauvreté au seuil de 60 % des personnes de moins de 18 ans.

Champ • France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources • Enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2007 à 2014 (CCMSA ; CNAF ; CNAV ; DGFIP ; INSEE).

16. « Les revenus et le patrimoine des ménages », INSEE Références, 2016.

17. Les différents minima sociaux s'adressent à des populations aux profils différents.

18. Calvo M., 2016, « Minima sociaux : la croissance soutenue du nombre d'allocataires s'atténue en 2014 », *Études et Résultats*, DREES, juin, n° 964.

parents est en emploi et, parmi les familles monoparentales au chômage ou inactives, 78,1 % des enfants sont définis comme pauvres¹⁶.

► Les bénéficiaires de minima sociaux : 4,1 millions de personnes

Neuf minima sociaux existent en France¹⁷ : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation équivalent retraite de remplacement (AER-R), l'allocation temporaire d'attente (ATA), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), l'allocation veuvage (AV), les allocations du minimum vieillesse (ASV et ASPA), le revenu de solidarité (RSO)¹⁸. Le RSA socle non majoré s'est substitué en 2009 au revenu minimum d'insertion (RMI) et le RSA socle majoré à l'allocation de parent isolé (API).

Au 31 décembre 2014, 4,1 millions d'allocataires perçoivent l'un des neuf minima sociaux existant en France (tableau 4). Les femmes représentent 55 % des effectifs des allocataires. En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, 7,4 millions de personnes, soit 11,1 % de la population française, sont couvertes par les minima sociaux.

Dans les DROM (hors Mayotte), plus d'une personne sur trois (35,5 %) est couverte par un minimum social soit 8,5 % du total en France. En un an, leur nombre augmente moins qu'en Métropole (+ 1,8 % contre + 2,7 %), confirmant la progression moins rapide du nombre d'allocataires depuis la crise de 2008 (+ 16,6 % dans les DROM de 2008 à 2014, contre + 26,0 % en Métropole).

Le RSA socle concerne 46 % de l'ensemble des bénéficiaires des minima sociaux (tableau 4). La couverture par le RSA socle est de 24,3 % dans les DROM (hors Mayotte) contre 5,3 % en Métropole.

TABLEAU 4
Évolution du nombre d'allocataires de minima sociaux au 31 décembre 2014

	France		France métropolitaine		DROM	
	Nombre d'allocataires	Répartition (en %)	Nombre d'allocataires	Répartition (en %)	Nombre d'allocataires	Répartition (en %)
Revenu de solidarité active socle, dont :	1 898 600	46,0	1 690 600	44,8	208 000	59,6
<i>RSA socle non majoré (ex-RMI)</i>	1 657 300	40,2	1 484 100	39,3	173 200	49,6
<i>RSA socle majoré (ex-API)</i>	241 300	5,8	206 500	5,5	34 800	10,0
Allocations chômage du régime de solidarité, dont :	536 600	13,0	498 000	13,2	38 600	11,1
<i>allocation de solidarité spécifique (ASS)</i>	471 700	11,4	435 800	11,5	35 900	10,3
<i>allocation temporaire d'attente (ATA)</i>	53 800	1,3	51 200	1,4	2 600	0,8
<i>allocation équivalent retraite de remplacement (AER-R) ou allocation transitoire de solidarité de remplacement(ATS-R)¹</i>	11 100	0,3	11 000	0,3	100	0,0
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 040 500	25,2	1 006 900	26,7	33 600	9,6
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	79 500	1,9	78 800	2,1	700	0,2
Allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ²	554 200	13,4	496 200	13,1	58 000	16,6
Allocation veuvage (AV)	7 500	0,2	7 200	0,2	300	0,1
Revenu de solidarité (RSO)	9 800	0,2	-	-	9 800	2,8
Ensemble	4 126 700	100	3 777 700	100	349 000	100

RMI : revenu minimum d'insertion ; API : allocation parent isolé.

1. L'ATS-R remplace l'AER-R pour les entrées à compter du 1^{er} juillet 2011.

2. L'ASPA est entrée en vigueur le 13 janvier 2007. Elle se substitue, pour les nouveaux bénéficiaires, aux anciennes allocations du minimum vieillesse, notamment à l'ASV.

Champ • France entière.

Sources • Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ; Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; Mutualité sociale agricole (MSA) ; DREES ; Pôle emploi ; Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ; Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ; Caisse des dépôts et consignations.

Le RSA socle majoré représente 13 % des effectifs d'allocataires du RSA socle et concerne presque exclusivement des mères et des futures mères. Une femme allocataire du RSA socle sur cinq perçoit le RSA socle majoré.

Fin 2014, 554 200 personnes reçoivent une allocation du minimum vieillesse, soit 3,4 % de la population de plus de 60 ans et 13,0 % de l'ensemble des allocataires de minima sociaux (tableau 4). Dans les DROM (hors Mayotte), la proportion de la population couverte par le minimum vieillesse est près de quatre fois plus élevée que celle de la Métropole. La part des femmes parmi les bénéficiaires (allocataires et conjoints) s'élève à 61 % et 73 % des allocataires sont des personnes isolées. Depuis 15 ans, la proportion d'allocataires du minimum vieillesse parmi les personnes de plus de 60 ans continue de diminuer mais cette baisse s'atténue depuis 10 ans.

► Surpeuplement des logements : 8,5 % des ménages

Les indices de peuplement caractérisent le degré d'occupation du logement, par comparaison entre le nombre de pièces qu'il comporte et un nombre de pièces considérées comme nécessaires au ménage. Les ménages auxquels manque une pièce par rapport à la norme de peuplement (définie en 1968) sont en situation de surpeuplement modéré et ceux auxquels manquent deux pièces, en situation de surpeuplement accentué.

Selon l'enquête logement 2013 de l'INSEE, 8,5 % des ménages (hors étudiants), soit 2,7 millions de personnes et 218 000 ménages, vivent en surpeuplement dont 0,8 % en surpeuplement accentué¹⁹. Le surpeuplement touche plus particulièrement les ménages en situation de logement précaire (notamment meublés, sous-locations ou hébergements à titre gratuit), soit 23,3 % d'entre eux, les ménages vivant dans l'unité urbaine de Paris (20,6 %) et les ménages dont la personne de référence a moins de 40 ans (16,7 %) (tableau 5).

TABLEAU 5
Ménages en situation de surpeuplement (modéré et accentué), selon le type d'habitat, la taille d'unité urbaine, l'âge et le statut d'occupation de la personne de référence, en 2013 (en %)

Ensemble	8,5
Type d'habitat	
Individuel	3,0
Collectif	16,0
Taille d'unité urbaine	
Rural	2,1
< 5 000 habitants	2,9
De 5 000 à 9 999 hab.	5,5
De 10 000 à 19 999 hab.	6,4
De 20 000 à 49 999 hab.	6,6
De 50 000 à 99 999 hab.	7,3
De 100 000 à 199 999 hab.	9,4
De 200 000 à 299 999 hab.	9,3
Unité urbaine de Paris	20,6
Âge de la personne de référence	
18-39 ans	16,7
40-49 ans	13,5
50-64 ans	5,6
65 ans ou plus	1,6
Statut d'occupation de la personne de référence	
Propriétaires non accédants	1,9
Propriétaires accédants	4,8
Locataires du secteur social	16,7
Locataires du secteur libre	15,0
Autres statuts*	23,3

* Notamment : meublés, sous-locataires, occupants logés gratuitement.

Champ • France métropolitaine, résidences principales, hors ménages dont la personne de référence est étudiante.

Source • Enquête Logement 2013 (INSEE).

Le surpeuplement accentué concerne plus particulièrement les familles monoparentales (4,0 %) et les ménages immigrés (4,5 %). Chez les ménages aux revenus les plus modestes (1^{er} quartile), la proportion de surpeuplement accentué est de 2,7 % alors qu'elle n'est que de 0,2 % chez ceux aux revenus plus importants (4^e quartile).

La part des ménages en surpeuplement a peu évolué depuis 2006 : elle était alors de 9,0 % dont 0,7 % en surpeuplement accentué.

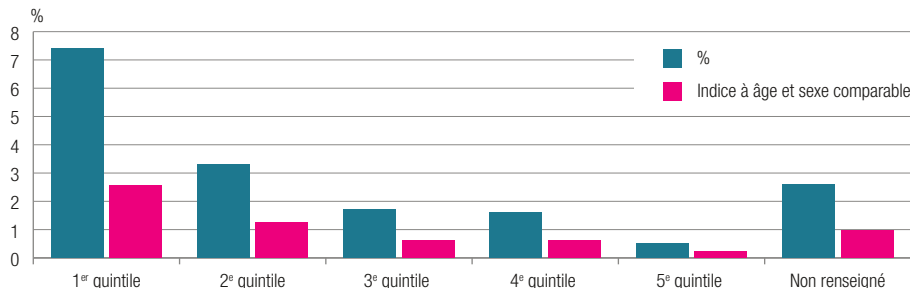
L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2014 permet également de disposer d'informations sur la qualité du logement. Le questionnaire interroge sur la présence d'humidité ou de moisissures dégradant les murs ou les plafonds du logement en beaucoup d'endroits. Les moisissures ont un effet sanitaire direct, étant potentiellement pathogènes (effets immunoallergiques, infectieux, irritatifs ou toxiques).

En 2014, 2,7 % des ménages enquêtés font part de l'existence de signes d'humidité sur certains murs de leur logement. Il s'agit plus souvent de personnes bénéficiaires de la CMU-C (10,0 %), de chômeurs (6,9 %), de personnes au foyer (5,7 %), de familles monoparentales (6,2 %). La proportion varie également selon le revenu :

¹⁹. Arnault S. *et al*, division logement, 2015, « Les conditions de logement fin 2013. Premiers résultats de l'enquête logement », *Insee Première*, n°1546, avril

GRAPHIQUE 2

Proportion de ménages déclarant vivre dans des logements où la présence d'humidité ou de moisissures dégrade les murs ou les plafonds dans beaucoup d'endroits selon le niveau de revenus en quintiles, en 2014 (en %)



Note • L'indice à structure d'âge et sexe comparable, issu d'une standardisation indirecte, est égal au nombre de cas réellement « observés » dans la sous-population rapporté au nombre de cas attendus.

Champ • France métropolitaine.

Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

7,4 % des ménages du 1^{er} quintile (revenu mensuel inférieur à 952 euros) déclarent habiter un logement avec présence d'humidité ou de moisissure contre 0,5 % des ménages du 5^e quintile (revenu mensuel supérieur à 2 221 euros) (graphique 2).

Indicateurs d'accès aux soins

► Complémentaires santé

Le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, en complétant les remboursements de la Sécurité sociale, permet de limiter les restes à charge et favorise l'accès aux soins. Ainsi, en 2014, les personnes sans complémentaire santé sont celles qui déclarent le plus souvent avoir renoncé à des soins (53 %) ²⁰. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis en place la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour permettre aux plus modestes de bénéficier d'une couverture complémentaire.

Mise en place en 2005, l'ACS est une aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % depuis le 1^{er} janvier 2012 (26 % en 2011 et 20 % en 2010). Le 1^{er} juillet 2015, en application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et 2015, l'ACS a été réformée et est désormais réservée aux contrats qui ont été sélectionnés par l'État.

Fin 2015, les dispositifs gérés par le Fonds CMU bénéficient à 6,8 millions de personnes, dont 5,4 millions pour la CMU-C et 1,4 million pour l'ACS.

Cependant, le non-recours à ces dispositifs reste important : la population éligible totale se situerait dans une fourchette allant de 8,3 à 10,6 millions de personnes en 2014 ²¹. En 2014, le taux de recours à la CMU-C était estimé entre 64 % et 77 % et celui de l'ACS (personnes ayant demandé l'attestation-chèque) entre 30 % et 43 % ²².

En 2014, selon les résultats de l'enquête ESPS, 5 % de la population enquêtée déclarent ne pas être couvertes par une complémentaire santé, tandis que près de 2 % l'ignorent. Cette proportion n'a pas évolué depuis 2012.

► Les bénéficiaires de la CMU-C : 5,3 millions en 2015

Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est en augmentation depuis 2010 (tableau 6). Au 31 décembre 2015, 5,3 millions de personnes sont bénéficiaires de la CMU-C en France pour

²⁰ Cf. indicateur sur le renoncement aux soins.

²¹ Fonds CMU, rapport d'activité 2015, données transmises par la DREES.

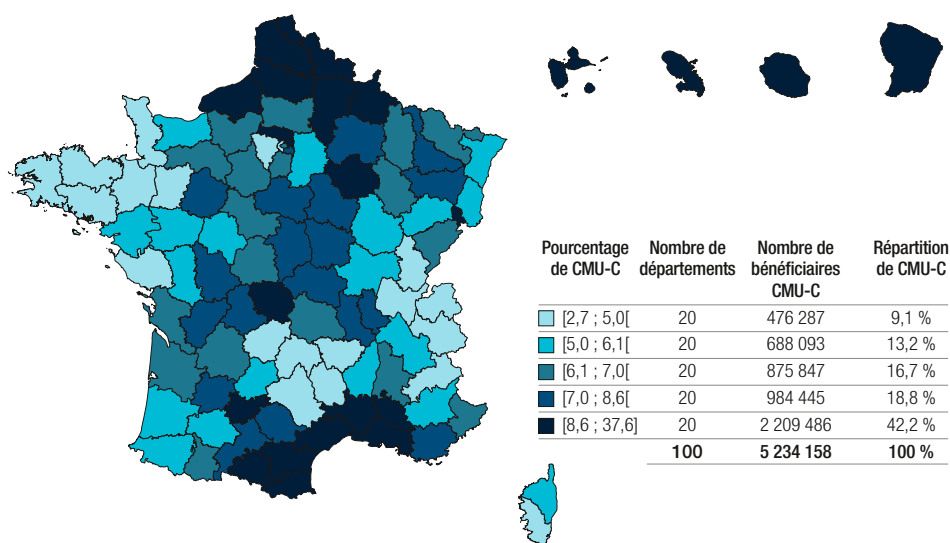
²² Fonds CMU, rapport d'activité 2015, données transmises par la DREES.

TABLEAU 6**Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C entre 2008 et 2015 (en millions)**

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
4,3	4,2	4,3	4,4	4,5	4,7	5,1	5,3

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

Sources • Données fournies par la CNAMTS, le RSI et la CCMSA (Fonds CMU).

CARTE 3**Répartition des départements par quintiles selon la proportion de bénéficiaires de la CMU-C, en 2015**

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Données fournies par la CNAMTS, le RSI et la CCMSA (Fonds CMU).

les 3 grands régimes d'assurance maladie, soit 7 % de la population en Métropole et 32 % dans les DROM. La progression des effectifs reste soutenue.

Depuis 2000, date de création de la CMU-C, ses bénéficiaires conservent les mêmes caractéristiques globales. Selon les données de l'enquête ESPS 2014, c'est une population jeune, féminine, appartenant plus souvent à des familles monoparentales, au sein desquelles les ouvriers et les employés, particulièrement ceux exposés au chômage, sont surreprésentés.

En 2015, en France métropolitaine, le taux de couverture varie entre 2,7 % dans le département de la Haute-Savoie et 14,5 % en Seine-Saint-Denis (carte 3). Deux zones géographiques se distinguent par une part élevée de bénéficiaires, l'une au nord de la France (Seine-Maritime, Somme, Nord, Pas-de-Calais, Aisne et Ardennes) et l'autre dans un croissant Sud - Sud-Est (du département de l'Ariège au Vaucluse, en passant par les Pyrénées-Orientales, l'Aude, l'Hérault, le Gard, les Bouches-du-Rhône). Dans les DROM, le taux de couverture atteint 32,0 %, entre 25,0 % pour la Martinique et 38,0 % pour La Réunion. La répartition territoriale a subi peu de modifications depuis la mise en œuvre de la CMU-C. Elle est proche de celle observée pour les bénéficiaires du RSA socle.

► **Les bénéficiaires de l'ACS : 1,4 million en 2015**

Le nombre de bénéficiaires tous régimes de l'attestation atteint 1,35 million au 31 décembre 2015, soit moins de 2 % de la population. Ce nombre s'est fortement accru en un an (+ 12,6 %) du fait essentiellement du relèvement exceptionnel du plafond de ressources. La proportion de bénéficiaires

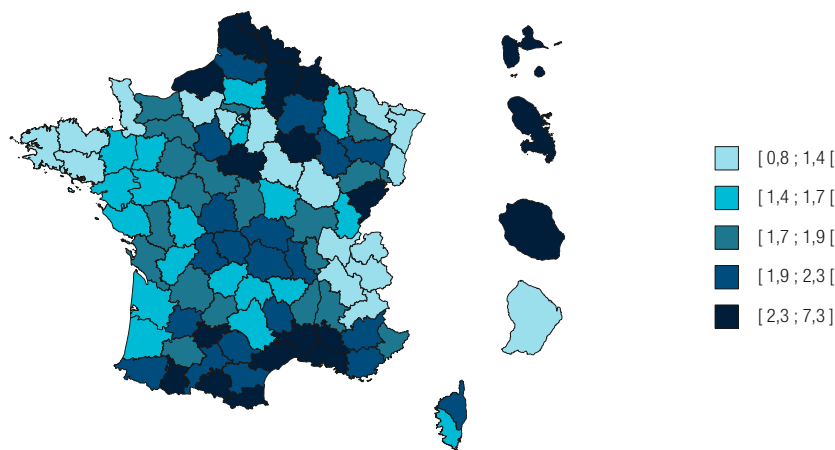
de l'ACS appartenant au régime général de l'assurance maladie sur l'ensemble de la population est de 1,9 % : 1,8 % en Métropole et 4,8 % dans les DROM, hors Mayotte.

En 2015, pour le régime général, la hausse est de 12,8 % : 12,3 % en Métropole et 19,2 % dans les DROM. À fin novembre 2015, 981 000 personnes ont utilisé leur attestation ACS auprès d'un organisme complémentaire (OC). Ce chiffre est en hausse de + 4,0 % en une année. Les départements de Métropole rassemblant les plus forts taux de bénéficiaires sont essentiellement localisés dans le Nord, le Sud et une partie du Centre (carte 4). Les départements de la Bretagne, de la région Rhône-Alpes et de l'Alsace-Moselle, ainsi qu'un axe reliant les départements de l'Eure à la Côte-d'Or présentent les plus faibles taux.

► **Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières**

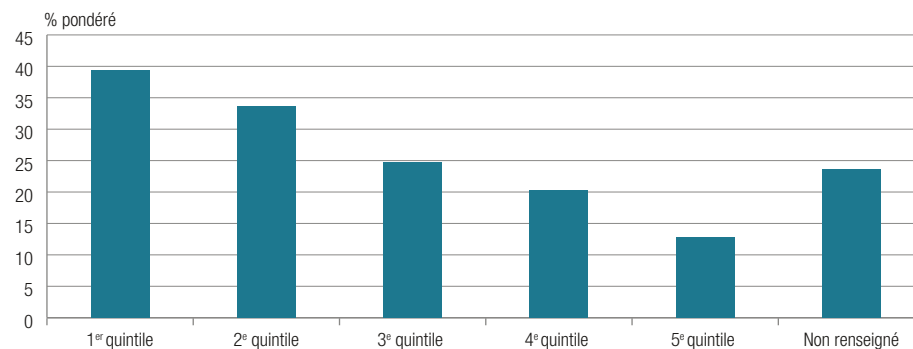
Selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), en 2014, 25 % de la population métropolitaine vivant en ménage ordinaire déclare avoir renoncé à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin, autres

CARTE 4
Répartition des départements par quintiles selon la proportion de bénéficiaires de l'ACS, en 2015



Champ • France entière (hors Mayotte), régime général de l'assurance maladie.
Sources • Données fournies par la CNAMTS (fonds CMU).

GRAPHIQUE 3
Taux de renoncement à des soins pour raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le niveau de revenus en quintiles, en 2014 (en %)



Champ • France métropolitaine.
Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

soins ou examens) pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Ce taux est stable par rapport à celui observé en 2012, un peu moins de 26 %²³. Ce sont 29 % des femmes et 21 % des hommes qui déclarent avoir renoncé à des soins en 2014. Le taux de renoncement est minimal au-delà de 65 ans (21 %). Il est de 17 % pour les soins dentaires, 10 % pour les soins d'optique et 5 % pour les soins de médecins.

Le taux de renoncement aux soins varie fortement en fonction du revenu des ménages, en lien avec la couverture complémentaire (graphique 3) : il atteint 39 % (37 % en 2012) pour les individus du premier quintile, contre 13 % (13 % en 2012) pour ceux du dernier. Les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs, d'ouvriers qualifiés et d'ouvriers non qualifiés sont ceux qui déclarent le plus renoncer à des soins en 2014, respectivement 39 % (36 % en 2012), 31 % (30 % en 2012), 30 % (30 % en 2012), 29 % (32 % en 2012). Les chômeurs sont particulièrement concernés avec 40 % (37 % en 2012) de renoncements déclarés.

Les familles monoparentales sont également plus nombreuses à renoncer aux soins que les couples avec enfants et les couples sans enfant en 2014, respectivement 36 % (38 % en 2012), 24 % (25 % en 2012) et 20 % (21 % en 2012).

L'absence d'assurance maladie complémentaire est le facteur principal du renoncement. Les personnes sans complémentaire santé déclarent plus souvent renoncer aux soins : 53 % en 2014 (55 % en 2012) contre 33 % (33 % en 2012) pour les bénéficiaires de la CMU-C et 23 % (24 % en 2012) pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé²⁴ que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont donc plus élevées. Les études économétriques²⁵ ont ainsi montré que, en tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires.

Typologie communale des inégalités sociales

Afin de mesurer les disparités socioterritoriales de la France à un niveau géographique fin, une typologie²⁶ a été réalisée à partir d'indicateurs sociaux déclinés à l'échelle communale. La typologie obtenue met en relief les situations contrastées qui se retrouvent entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités qui existent entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine. Au regard de la situation de l'ensemble du pays, les régions et départements d'outre-mer présentent des caractéristiques proches, une analyse spécifique permet toutefois de faire ressortir les disparités entre DROM.

► Deux classes quasi exclusivement urbaines

La majorité des grandes et moyennes villes métropolitaines ainsi que leur périphérie proche sont regroupées au sein de deux classes (C et D, carte 5). Ces classes présentent des parts très importantes de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés, de jeunes de 25 à 34 ans sortis du système scolaire avec au moins un bac + 2 et des parts moindres d'ouvriers, de foyers fiscaux non imposés et de ménages propriétaires de leur résidence principale (tableau 7).

Appartenant à la classe C, Paris, Lyon, Nantes, Grenoble, Dijon, Aix-en-Provence, ainsi que leur périphérie proche et les zones aux alentours de Toulouse, Bordeaux, Rennes, Orléans pour les villes les plus peuplées, présentent une situation sociale favorable en comparaison d'une grande majorité des autres communes françaises.

La classe D regroupe, parmi les villes de plus de 200 000 habitants, Toulouse, Nice, Strasbourg, Montpellier, Bordeaux, Lille et Rennes. Cette classe présente une situation sociale plus hétérogène que la classe C, avec à la fois des indicateurs plus défavorables que ceux relevés en France entière et d'autres plus favorables. Ceci rend souvent compte de forts contrastes sociaux au niveau des quartiers²⁷.

23. « La valeur du taux de renoncement aux soins pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question : les écarts de taux atteignent 15 points selon la formulation utilisée. Cependant, le classement des types de soins faisant l'objet du plus de renoncement est moins sensible à l'effet de formulation, tandis que les caractéristiques des personnes renonçant à des soins pour raisons financières y est peu sensible », in Legal R., Vicard A., 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES. La formulation des questions est identique dans les enquêtes SPS 2012 et 2014.

24. Allonier C. *et al.*, 2012, « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 173, février.

25. Despres C. *et al.*, 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 170, novembre ; Jess N., 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Études et Résultats*, DREES, n° 944, décembre.

26. Voir encadré « Méthode ».

27. Pour mettre en exergue les disparités sociales au sein de ces villes, il faudrait mener le même type d'analyse à un niveau infracommunal, ce qui est très difficile compte tenu des données disponibles.

► Quelques villes dans une situation sociale particulièrement précaire

Certaines grandes villes du nord de la Métropole (Le Havre, Roubaix, Tourcoing), du bassin méditerranéen (Nîmes, Perpignan et les 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 14^e, 15^e et 16^e arrondissements de Marseille), ainsi que Mulhouse se distinguent des villes des classes C et D par une situation sociale particulièrement précaire ; elles appartiennent à la classe qui présente les indicateurs sociaux les plus défavorables de France (classe H). Les villes des départements et régions d'outre-mer (Saint-Denis, Saint-Paul, Fort-de-France...) appartiennent également à cette classe ; de manière plus générale, l'ensemble des communes ultramarines sont regroupées au sein de la classe H.

À titre d'exemple, le taux de chômage relevé dans cette classe est plus de deux fois plus élevé que dans les classes A et B, les plus favorisées²⁸ (21,0 % au recensement de la population 2012 contre respectivement 8,8 % et 10,0 % pour les classes A et B ; 13,2 % en France entière) et le taux d'allocataires du RSA y est de l'ordre de quatre fois plus élevé (respectivement 17,8 % contre 4,2 % et 4,8 % ; 8,7 % en France).

28. Voir les deux paragraphes suivants pour avoir plus de précisions sur ces classes.

► Des communes plus favorisées dans la deuxième couronne de certaines villes

Les communes les plus favorisées de France sont situées en périphérie plus éloignée de certaines villes métropolitaines, ainsi que dans certaines zones rurales spécifiques (cf. classe A de la carte 5). Concernant les zones périurbaines, ce constat concerne les villes du Nord-Ouest (Bretagne, Pays de la Loire et les départements du nord du Centre - Val de Loire), du bassin parisien (zone s'étendant au sud de l'Oise, à l'est de l'Eure-et-Loire en se prolongeant sur le sud-est de l'Eure), du Grand Est, de Dijon et Besançon²⁹.

29. Il est à noter que ce phénomène n'est pas relevé pour les villes situées au niveau de la diagonale du vide (exception faite de Bordeaux) et du Sud de la France (hormis Toulouse et Pau). De même, les villes qui présentent une situation sociale particulièrement précaire, à savoir celles du bassin méditerranéen, de Normandie et des Hauts-de-France, ne présentent pas de zones plus favorisées au niveau de leur seconde couronne (hormis Le Havre).

Les communes composant la classe A présentent les taux de chômage, de bénéficiaires des minima sociaux (RSA, RSA majoré, AAH, allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH – et ASF) et de fécondité des jeunes femmes de 12 à 19 ans, ainsi que les parts de jeunes de 25 à 34 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés et les proportions de foyers fiscaux non imposés et de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, les plus faibles. De plus, si les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures et de jeunes de 25 à 34 ans ayant au moins un bac + 2 y sont moins élevées que dans les villes et leur première couronne (classes C et D), elles demeurent plus importantes que dans une majorité des communes françaises. Dans ces zones, les parts de jeunes (moins de 20 ans) et de personnes en âge de travailler (25-59 ans) y sont particulièrement fortes ; celles des personnes vivant seules y sont moindres (notamment pour les 25-59 ans et les 75 ans et plus) et les taux d'activité y sont très élevés (en général et pour les 55-64 ans)³⁰.

30. Parmi les actifs occupés, il y a davantage de cadres, professions intellectuelles supérieures et intermédiaires et, à l'inverse, toutes les autres PCS y sont moins représentées.

► Une situation assez contrastée pour les villes moyennes et les zones rurales

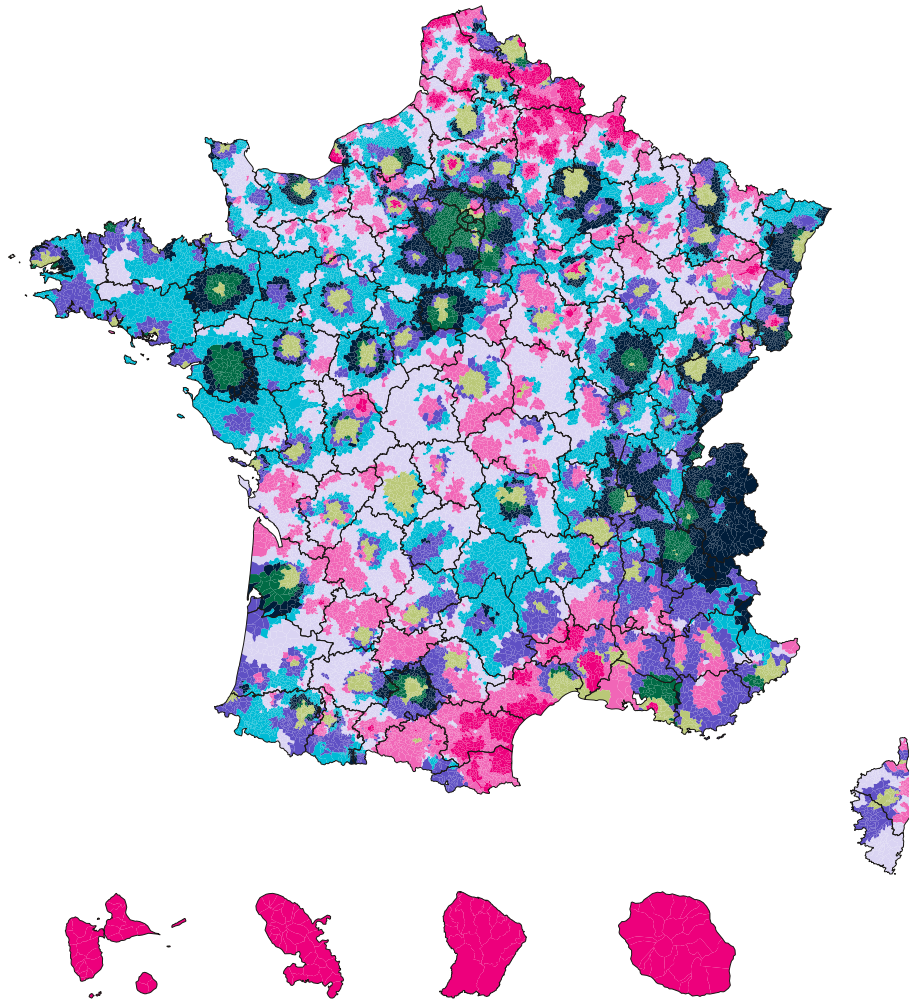
Concernant les zones à dominante rurale, les communes situées au niveau de la frontière suisse et dans les Alpes appartiennent également à la classe A, correspondant à la situation sociale la plus favorable de France. Les communes situées de part et d'autre de la diagonale du vide³¹ sont dans une situation sociale relativement favorable (classe B)³², tandis que celles situées au niveau de cette diagonale sont dans une situation plus intermédiaire (classe F). La classe F regroupe également certaines communes de Normandie, de la partie ouest des Hauts-de-France, d'une partie de la Cornouaille en Bretagne, et du Sud et du Nord-Ouest de la Corse. Un second groupe de communes (classe E) présente également des caractéristiques plus intermédiaires. Ces communes sont principalement situées dans le Sud-Est ou dans la seconde couronne de certaines villes³³ de taille moyenne. La classe F se démarque de la classe E par une faible densité de population, moins de jeunes et de personnes en âge de travailler et, de fait, plus de personnes âgées. Parmi les actifs occupés, les parts d'agriculteurs exploitants, d'ouvriers et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise y sont plus importantes. La part de foyers fiscaux non imposés y est également plus élevée.

31. Large bande du territoire français allant de la Meuse aux Landes où les densités de population sont très faibles par rapport au reste de la France.

32. Il s'agit de la deuxième classe ayant la situation sociale la plus favorable, après la classe A. Ceci se traduit notamment par des taux de chômage et d'allocataires moindres, de même qu'une faible part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans. Le taux d'actifs y est plus important et, parmi les actifs occupés, les agriculteurs exploitants et les ouvriers y sont plus représentés qu'ailleurs. La part de ménages propriétaires de leur résidence principale y est particulièrement élevée.

33. Certaines de ces villes sont également regroupées au sein de cette classe, à l'exemple de Cannes, Ajaccio, Quimper pour celles ayant plus de 60 000 habitants.

Si les villes du Nord de la France et de la partie ouest du bassin méditerranéen apparaissent dans la situation sociale la plus défavorable (classe H), les zones rurales de ces régions se retrouvent regroupées dans la classe G qui détient également des caractéristiques précaires. Les villes de

CARTE 5**Typologie sociale communale**

- **Classe A** - Situation sociale la plus favorisée, avec les plus faibles taux de chômage, d'allocataires et de fécondité des femmes de 12-19 ans, et plus de familles d'actifs occupés (dont la PCS est plus souvent favorisée).
- **Classe B** - Situation sociale favorisée, avec moins de personnes vivant de manière isolée (parts plus faibles de personnes de 25-59 ans, de 75 ans et plus et de familles monoparentales) et moins de cadres et PIS*.
- **Classe C** - Situation sociale plutôt favorisée, avec des parts très élevées de cadres et PIS*, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et une part plus faible de foyers fiscaux non imposés.
- **Classe D** - Situation sociale contrastée, avec des parts élevées de cadres et PIS* et de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et certains indicateurs sociaux plutôt défavorables.
- **Classe E** - Situation sociale intermédiaire, avec plus de professions intermédiaires parmi les actifs occupés, de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 et un peu plus de personnes vivant de manière isolée.
- **Classe F** - Situation sociale intermédiaire, avec plus d'agriculteurs exploitants et d'ouvriers parmi les actifs occupés, plus de foyers fiscaux non imposés et moins de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2.
- **Classe G** - Situation sociale défavorable, avec moins d'actifs, plus de chômage, d'allocataires, de foyers fiscaux non imposés et avec une part de jeunes de 25-34 ans ayant au moins un bac+2 particulièrement faible.
- **Classe H** - Situation sociale la plus défavorable, avec notamment les plus forts taux de chômage, d'allocataires, de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés et de fécondité des femmes de 12-19 ans.

* professions intellectuelles supérieures, parmi les actifs occupés.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • CCMSA; CNAF; ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP; état civil; RP 2006 à 2012 (INSEE); exploitation FNORS.

taille moyenne situées au niveau de la diagonale du vide, ainsi que quelques zones de Normandie et de Corse et les communes situées en périphérie de Mulhouse appartiennent également à cette classe G. Outre le fait d'avoir des caractéristiques sociales relativement défavorables, ces communes présentent une population plutôt âgée et une proportion importante de personnes vivant seules.

► **Les communes ultramarines dans la classe la plus défavorisée, mais avec des différences**

Outre les différentes communes métropolitaines mentionnées précédemment, le groupe ayant la situation sociale la plus défavorisée (classe H) regroupe également l'ensemble des communes ultramarines. Une analyse complémentaire a été effectuée sur ces seules communes. Une typologie en quatre nouvelles classes permet ainsi de mettre en évidence les zones qui présentent la situation sociale la moins défavorable (classe a) : la moitié des communes de Guadeloupe, une majorité de celles de Martinique ainsi que Cayenne et sa périphérie en Guyane (carte 6). À l'opposé, les autres communes de Guyane présentent la situation la plus précarisée et la population la plus jeune de France, hors Mayotte (classe d). La Réunion constitue une classe à elle seule (classe c). La situation sociale y est globalement défavorable mais la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est moindre. Les communes de Guadeloupe et de Martinique qui n'appartiennent pas à la classe a, présentent des caractéristiques plus intermédiaires (classe b) et une situation moins précaire qu'à La Réunion et que dans les zones rurales de Guyane. ■

CARTE 6
Typologie sociale communale complémentaire des DROM



- **Classe a** - Situation sociale la plus favorable des communes ultramarines.
- **Classe b** - Part plus faible de cadres et professions intellectuelles supérieures et taux d'allocataires de l'AAH et part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans plus élevés.
- **Classe c** - Situation sociale moins favorable, avec des taux élevés d'allocataires percevant une allocation logement et le RSA et moins de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans.
- **Classe d** - Situation sociale la plus défavorable des communes ultramarines, avec une population très jeune et des taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans particulièrement élevés.

Champ • DROM (hors Mayotte).

Sources • CCMSA ; CNAF ; DGFIP ; état civil, RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►► **Organismes responsables de la production de ce chapitre** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

TABLEAU 7

Valeurs des indicateurs utilisés¹ pour déterminer la typologie sociale des communes françaises selon les classes et pour la France

	Classes de la typologie sociale des communes de France								
	France entière ²	A	B	C	D	E	F	G	H
Taux de fécondité des 12-19 ans ³ (‰)	6,8	3,6	4,7	4,1	6,1	5,2	6,4	7,9	14,5
Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ⁴ (%)	23,4	16,0	15,6	23,6	25,9	20,5	18,1	22,6	30,6
Part d'enfants de moins de 25 ans dont le référent est inactif ⁴ (%)	12,7	5,5	6,9	9,1	13,8	9,5	9,9	14,2	25,1
Part de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés ⁴ (%)	17,0	13,7	8,9	27,7	19,2	12,9	7,9	10,4	12,0
Part de jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire avec un bac + 2 ou plus ⁴ (%)	42,8	41,1	34,3	55,7	46,3	38,5	30,4	32,7	32,3
Taux de chômage des 15-24 ans ⁴ (%)	28,4	21,8	23,9	23,9	28,4	26,5	28,0	32,1	41,4
Part des foyers fiscaux non imposés sur les revenus ⁵ (%)	48,0	43,1	51,0	38,8	46,1	47,1	54,6	52,8	58,8
Part d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 à 100 % des prestations sociales ⁶ (%)	33,1	18,6	20,9	30,7	35,7	27,0	26,5	33,1	46,2
Taux d'allocataires du RSA ⁶ (%)	8,7	4,2	4,8	7,0	9,5	6,5	6,3	9,3	17,8
Taux d'allocataires de 25-59 ans de l'AAH ⁶ (%)	2,7	1,7	2,4	1,9	2,9	2,6	3,1	3,3	3,5
Taux d'allocataires d'une aide au logement ⁶ (%)	23,1	13,5	15,9	21,1	28,2	19,1	18,0	23,0	30,5

AAH : allocations aux adultes handicapés.

RP : recensement de la population.

1. Variables actives considérées dans l'ACP ; cf. encadré méthodologique.

2. Hors Mayotte.

3. 2007-2014.

4. RP 2012.

5. 2012.

6. 31 décembre 2014.

Champ • France entière (hors Mayotte).**Sources** • CCMSA ; CNAF ; DGFIP ; état civil, RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

INDICATEURS • Méthode de lissage

Pour garantir une stabilité statistique suffisante tout en réduisant le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population) et en tenant compte de l'environnement proche, un lissage géographique a été effectué.

Pour en savoir plus sur la méthode utilisée cf. page 423.

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Sources** : CCMSA ; CNAF ; ministère de l'Économie et des Finances – DGFIP ; état civil ; RP 2006 à 2012 (INSEE). ► **Méthode** : Les deux typologies sociales, réalisées respectivement sur les communes de la France entière et sur les seules communes des DROM, reposent sur onze indicateurs traitant de thématiques variées du domaine social (tableau 7). Ces indicateurs ont été choisis de manière à éviter une redondance de l'information, tout en couvrant le maximum de champs : enfance et famille, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, prestations de nature sociale, personnes handicapées, logement. Ils ont été sélectionnés parmi près de 70 indicateurs via des analyses en composantes principales (ACP). L'ACP permet de décrire l'ensemble des observations à partir de plusieurs variables quantitatives en construisant de nouvelles variables (axes factoriels) ; ces nouvelles variables synthétisent alors les variables initiales (ici les onze indicateurs sociaux). Restituant environ 85 % de l'information pour chacune des deux typologies, ce sont les trois premiers axes factoriels qui ont été retenus dans une classification ascendante hiérarchique (CAH). Celle-ci a ainsi permis de regrouper les communes en un nombre restreint de classes homogènes. Les classes obtenues ont alors été décrites avec l'ensemble de ces indicateurs, ce qui explique que certains non présentés dans le tableau 7 ont pu être commentés dans la description des classes. Des indicateurs de nature démographique ont également été introduits pour expliciter la description des classes. En outre, chaque classe est décrite en regard de la situation relevée dans les autres classes. Ainsi, une classe peut présenter des valeurs plus faibles ou plus fortes pour un indicateur, ceci faisant référence à la comparaison avec les valeurs relevées dans les communes composant les autres classes.



1. Synthèse p. 10

2. Contexte démographique p. 36

3. Mesure des inégalités sociales,
déterminants sociaux
et territoriaux de la santé p. 50

4. État de santé global de la population

5. Principales causes
de décès et de morbidité p. 96

6. Déterminants,
santé populationnelle
et pathologies spécifiques p. 112

7. Profils régionaux p. 340



4. État de santé global de la population

Mortalité prématurée et évitable¹

La mortalité prématurée a longtemps été définie par convention comme l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans (HCSP, 1994). Cette limite d'âge, qui n'a jamais été vraiment argumentée, n'est plus adaptée aux progrès de l'espérance de vie. En 2013, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a ainsi recommandé de reculer ce seuil à 75 ans. Toutefois, le seuil à 65 ans reste utilisé par Eurostat pour les comparaisons entre États membres de l'Union européenne.

Les décès prématurés peuvent ensuite être divisés en deux sous-groupes : évitables et non évitables. La mortalité évitable peut à son tour être subdivisée en mortalité dont les causes peuvent être prévenues par des interventions efficaces en prévention primaire, comme certaines actions en milieu scolaire par exemple, visant la réduction des comportements défavorables à la santé (tabagisme, consommation nocive d'alcool...), la vaccination, ou des dispositions réglementaires (port obligatoire de la ceinture de sécurité en voiture, interdiction de vente d'alcool aux mineurs...), et en mortalité évitable par des traitements opportuns et efficaces (ICIS, 2012). La distinction entre les causes de décès qui relèvent de l'une ou l'autre de ces catégories n'est pas toujours aisée et ne fait pas consensus. En se fondant notamment sur les travaux de l'Office for National Statistics du Royaume-Uni, Eurostat a récemment publié ses propres listes de causes de décès pouvant être prévenues et de causes de décès potentiellement évitables par traitement (Eurostat, 2016).

¹. Statistiques établies à partir de la cause initiale de décès de la partie médicale du certificat de décès.

TABLEAU 1
Causes de mortalité « évitable » retenues et codes CIM (Classification internationale des maladies) correspondants

Codes CIM-9	Codes CIM-10	Libellés
042-044	B20-B24	Sida et infection par le VIH
140-149	C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
150	C15	Tumeur maligne de l'œsophage
161		Tumeur maligne du larynx
162	C32-C34	Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon
291,303	F10	Psychose alcoolique et alcoolisme
571.0-571.3, 571.5	K70, K74.6	Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie
E810-E819, E826-E829	V01-V89	Accidents de la circulation
E880-E888	W00-W19	Chutes accidentelles
E950-E959	X60-X84	Suicides
	Y87.0	Séquelles de suicides

TABLEAU 2

Nombre et taux standardisés* de décès prématurés et de décès évitables, aux seuils de 65 et 75 ans, selon le sexe, en 2013

		< 65 ans			< 75 ans		
		Nombre de décès	%	Taux de décès	Nombre de décès	%	Taux de décès
Mortalité prématurée							
Femmes	Métropole	33 958	12,3 ¹	128,8	59 605	21,6 ¹	215,9
	DROM	1 087	22,0 ¹	137,4	1 752	35,4 ¹	238,4
	France entière	35 046	12,5 ¹	129,1	61 357	21,8 ¹	216,5
Hommes	Métropole	69 180	24,7 ¹	275,7	117 520	42,0 ¹	461,6
	DROM	2 167	36,7 ¹	312,8	3 261	55,2 ¹	500,3
	France entière	71 347	24,9 ¹	276,8	120 781	42,2 ¹	462,7
Total	Métropole	103 138	18,5 ¹	200,4	177 125	31,8 ¹	338,8
	DROM	3 254	30,0 ¹	225,1	5 013	46,2 ¹	369,3
	France entière	106 393	18,8 ¹	203,0	182 138	32,1 ¹	339,6
Mortalité évitable							
Femmes	Métropole	7 573	22,3 ²	29,0			
	DROM	127	11,7 ²	16,3			
	France entière	7 701	22,0 ²	28,7			
Hommes	Métropole	23 692	34,2 ²	95,1			
	DROM	570	26,3 ²	83,6			
	France entière	24 262	34,0 ²	94,8			
Total	Métropole	31 265	30,3 ²	61,2			
	DROM	697	21,4 ²	50,0			
	France entière	31 963	30,0 ²	61,7			

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

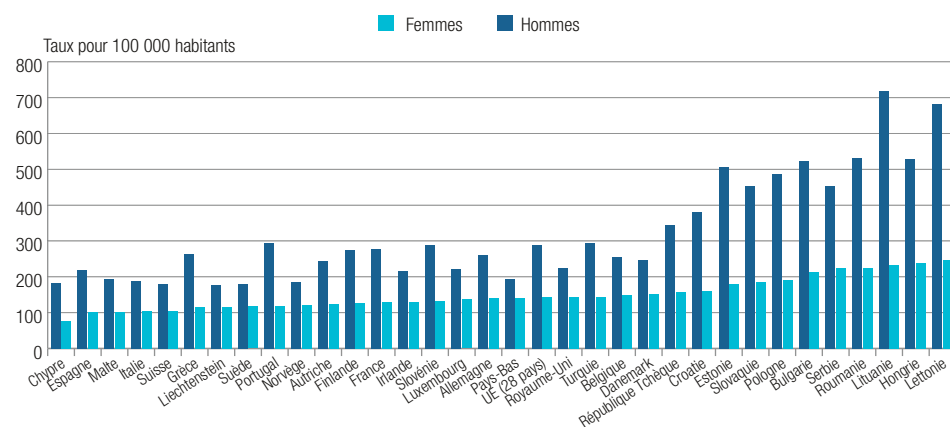
1. Part de la mortalité prématurée par rapport à la mortalité globale.
2. Part de la mortalité évitable par rapport à la mortalité prématurée.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

GRAPHIQUE 1

Taux standardisés* de mortalité prématurée (< 65 ans) en Europe, en 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • États membres de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange (AELE).

Source • Eurostat.

Dans ce rapport et dans l'attente de la généralisation de la méthode utilisée par Eurostat, l'indicateur de mortalité évitable utilisé dans les éditions précédentes (mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire) a été conservé (tableau 1). Il regroupe des causes de décès évitables par une réduction des comportements individuels à risque, incluant le tabagisme, la consommation nocive d'alcool ou la conduite routière dangereuse, et intègre les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

► Mortalité prématurée : un recul plus important chez les hommes que chez les femmes

Sur les 567 078 décès enregistrés en 2013 et domiciliés en France entière (hors Mayotte), 182 138 sont survenus avant l'âge de 75 ans (soit 32,1 % de l'ensemble des décès), dont 143 281 avant 70 ans (25,3 % de l'ensemble) et 106 393 avant 65 ans (18,8 % de l'ensemble).

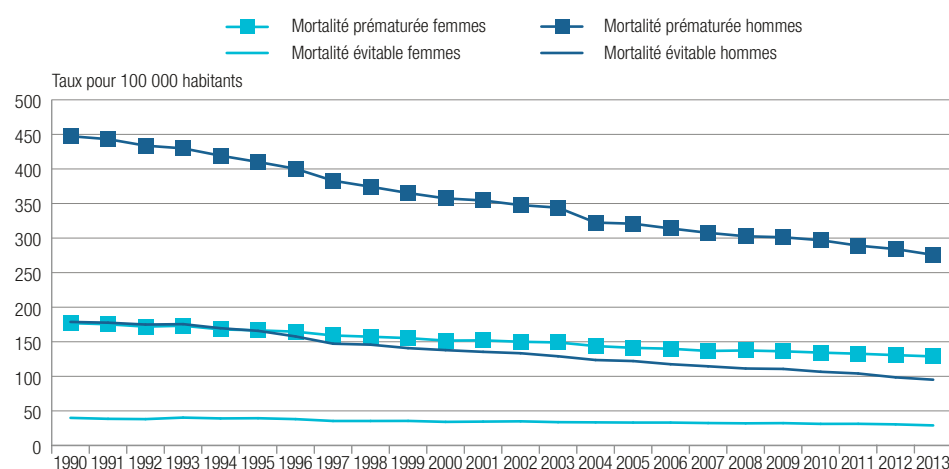
Quel que soit le seuil d'âge considéré (tableau 2), le taux standardisé de mortalité prématurée est 2,1 fois plus élevé chez les hommes (respectivement 276,8 pour 100 000 à 65 ans et 462,7 pour 100 000 à 75 ans) que chez les femmes (respectivement 129,1 pour 100 000 à 65 ans et 216,5 pour 100 000 à 75 ans).

Quel que soit le seuil d'âge ou le sexe considéré, les décès prématurés contribuent davantage à la mortalité générale dans les DROM qu'en Métropole et le taux standardisé de mortalité prématurée y est plus élevé qu'en Métropole (tous sexes confondus : < 65 ans : 225,1 pour 100 000 *versus* 200,4 ; < 75 ans : 369,3 pour 100 000 *versus* 338,8).

Si on considère le seuil à 65 ans, le taux de mortalité prématurée observée en France est, à structure d'âge égale, légèrement inférieur à la moyenne européenne, qui s'élève à 290 pour 100 000 pour les hommes et 143,3 pour 100 000 pour les femmes (graphique 1). La France occupe ainsi le 19^e rang des pays européens avec la plus faible mortalité prématurée pour les hommes et le 13^e rang pour les femmes.

Entre 2000 et 2013, en France métropolitaine, le taux standardisé de mortalité prématurée a diminué de 15,1 % chez les femmes et de 22,9 % chez les hommes (graphique 2). Depuis 1990, le recul s'élève respectivement à 27,2 % et 38,4 %.

GRAPHIQUE 2
Évolution des taux standardisés* de mortalité prématurée (< 65 ans)
et de mortalité évitable



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

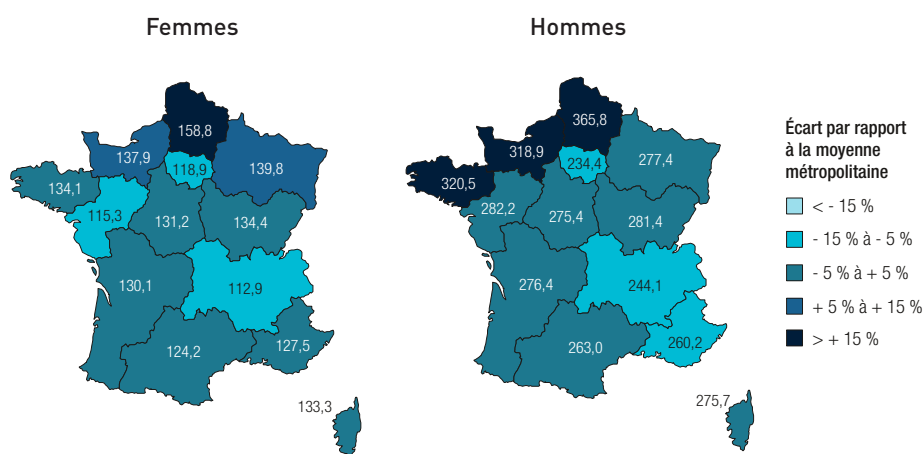
Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

Les taux standardisés de mortalité prématurée (< 65 ans) sont variables d'une région à l'autre (cartes 1 et 2). En Métropole en 2013, les taux les plus élevés chez les femmes s'observent dans les régions Normandie, Grand Est et Hauts-de-France et les plus bas dans les régions Île-de-France, Pays de la Loire et Auvergne - Rhône-Alpes. Chez les hommes, les taux les plus élevés s'observent dans les régions Normandie, Bretagne et Hauts-de-France et les plus bas dans les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur, Auvergne - Rhône-Alpes et Île-de-France. Les écarts régionaux sont plus importants chez les hommes (rapport de 1,6 entre la région Hauts-de-France avec 365,8 pour 100 000 et la région Île-de-France avec 234,4 pour 100 000) que chez les femmes (rapport de 1,4 entre la région Hauts-de-France avec 158,8 pour 100 000 et la région Auvergne - Rhône-Alpes avec 112,9 pour 100 000).

CARTES 1 ET 2

Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité prématurée (< 65 ans), en 2013



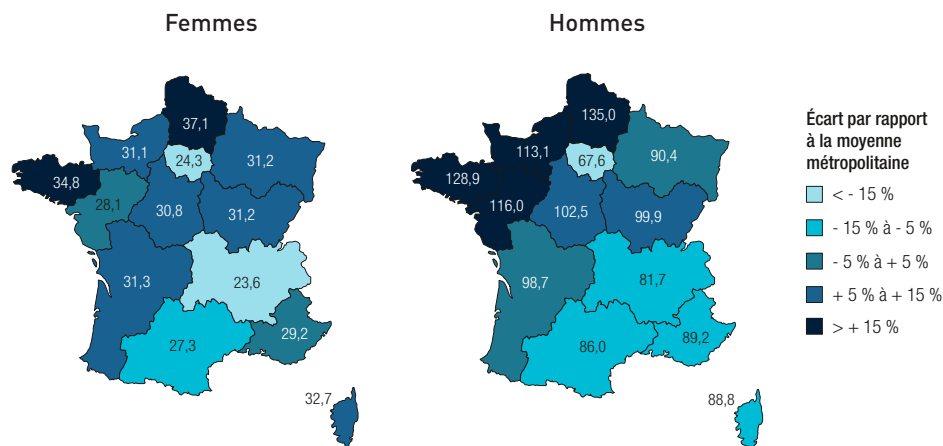
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc); statistiques démographiques (INSEE).

CARTES 3 ET 4

Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité évitable, en 2011-2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc); statistiques démographiques (INSEE).

► Mortalité évitable : de forts contrastes entre hommes et femmes et entre régions

Parmi les décès prématurés avant 65 ans enregistrés en 2013 et domiciliés en France entière (hors Mayotte), 31 963 peuvent être considérés comme évitables, soit 30 % (tableau 2). Le taux standardisé de mortalité évitable est 3,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour la France entière (94,8 pour 100 000 contre 28,7) et 5,1 fois plus élevé dans les DROM (83,6 pour 100 000 contre 16,3). Comparé à la Métropole, le taux standardisé de mortalité évitable est moins élevé dans les DROM, bien que la mortalité prématurée y soit plus fréquente, reflétant une probable répartition différente entre les causes de mortalité évitables par la prévention primaire et les causes de mortalité évitables par une prise en charge opportune et efficace.

Entre 2000 et 2013 (graphique 2), le taux standardisé de mortalité évitable a diminué de 15 % chez les femmes et de 31 % chez les hommes. Depuis 1990, le recul atteint 27,3 % chez les femmes et 46,8 % chez les hommes.

Les écarts régionaux en matière de mortalité évitable sont plus marqués que pour la mortalité prématurée (cartes 3-4), de l'ordre de 2 entre la région des Hauts-de-France (135,0 pour 100 000) et la région Île-de-France (67,6 pour 100 000) pour les hommes et de l'ordre de 1,6 entre la région des Hauts-de-France (37,1 pour 100 000) et la région Auvergne - Rhône-Alpes (23,6 pour 100 000) pour les femmes. Pour les femmes, les valeurs les plus élevées se trouvent dans les régions Corse, Bretagne et Hauts-de-France et les valeurs les plus basses dans les régions Occitanie, Île-de-France et Auvergne - Rhône-Alpes.

Bibliographie

- **Haut Conseil de la santé publique**, 1994, *La santé en France*, Paris, La Documentation française.
- **Haut Conseil de la santé publique**, 2013, *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »* [en ligne] : www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357
- **Institut canadien d'information sur la santé**, 2012, *Indicateurs de santé 2012*, Ottawa, Statistics Canada [en ligne] : https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2012_fr.pdf
- **Eurostat**, 2016, « Amenable and Preventable Deaths Statistics », [en ligne] : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics.

Mortalité et consommation d'alcool et de tabac

La consommation nocive d'alcool et le tabagisme constituent, avec la sédentarité et une alimentation défavorable à la santé, les principaux facteurs de risque, communs au cancer, aux maladies cardio-vasculaires, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques, qui sont à l'origine de la plus grande partie de la morbidité et de la mortalité imputables aux maladies non transmissibles. L'estimation de l'impact de la consommation nocive d'alcool et du tabagisme sur la mortalité repose, soit sur le dénombrement des décès pour les principales pathologies pour lesquelles l'alcool et le tabac sont des facteurs de risque importants, soit sur le calcul des fractions attribuables² à l'alcool et au tabac. Dans ce rapport, c'est la première approche, simple à mettre en œuvre, mais biaisée (certains décès étant imputables à d'autres facteurs de risque), qui a été retenue. À l'avenir, c'est toutefois la seconde approche, plus complexe mais plus précise, qui sera seule utilisée.

► Mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation d'alcool : un fort gradient socio-économique

Le dénombrement des décès potentiellement associés à la consommation nocive d'alcool a été fait à partir de la cause initiale³ mentionnée dans les certificats de décès. La liste des pathologies retenues et des codes CIM-10 correspondant est la suivante :

- cirrhose du foie (codes CIM-10 : K70 et K74.6) ;

². Correspondant au nombre (ou à la proportion) de cas d'une maladie que l'on peut attribuer à l'exposition au facteur de risque chez des sujets exposés à ce facteur.

³. Cf. « Principales causes de décès et de morbidité ».

- psychose alcoolique et alcoolisme (codes CIM10 : F10) ;
- cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) (codes CIM-10 : C00-C14, C15 et C32).

Cette liste n'est pas exhaustive et ne tient compte que des pathologies les plus fréquentes pour lesquelles le lien avec l'alcool est fort et démontré. D'autres événements, comme les morts violentes, peuvent être inclus, ce n'est pas le cas dans ce rapport.

En 2013, on dénombre 18 347 décès par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme et par cancer des VADS, domiciliés France entière (tableau 3). La moitié (50,4 %) de ces décès sont survenus avant l'âge de 65 ans et 23,1 % concernent des femmes. Ces trois grandes causes de mortalité totalisent 8,7 % des décès prématurés (< 65 ans). En 2013, le taux standardisé de mortalité pour ces pathologies s'élève à 29,3 pour 100 000 habitants. Ce taux est 4,1 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (49,9 pour 100 000 contre 12,1). En 2000, la surmortalité masculine était de l'ordre de 4,6.

Entre 2000 et 2013 (graphique 3), le taux standardisé de mortalité pour ces pathologies a reculé de 35,1 % chez les hommes et de 27,8 % chez les femmes. Avant 65 ans, le recul est de 39 %, comparable chez les hommes et les femmes.

TABLEAU 3
Nombre de décès et taux standardisés* de mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, et par cancer des VADS, en 2013

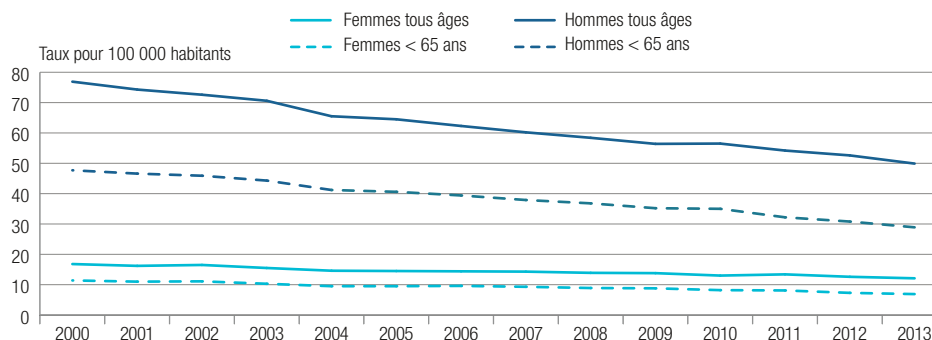
	Femmes	Hommes	Total
Nombre de décès			
Métropole	4 148	13 743	17 891
< 65 ans	1 820	7 160	8 980
DROM	81	375	456
< 65 ans	38	221	259
France entière	4 229	14 118	18 347
< 65 ans	1 858	7 381	9 239
Taux standardisés* de mortalité			
Métropole	12,2	49,7	29,3
< 65 ans	6,9	28,7	17,5
DROM	10,8	57,9	32,0
< 65 ans	5,1	32,8	18,2
France entière	12,1	49,9	29,3
< 65 ans	6,9	28,9	17,6

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 3
Évolution des taux standardisés* de mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, et par cancer des VADS, entre 2000 et 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

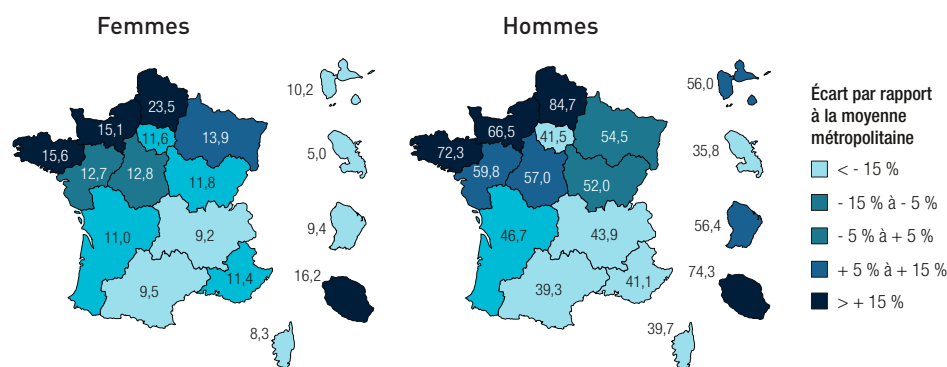
Les disparités régionales sont importantes chez les femmes comme chez les hommes (cartes 5 et 6). Quatre régions sont particulièrement concernées par les conséquences sanitaires d'une consommation nocive d'alcool⁴, autant pour les femmes que pour les hommes : les Hauts-de-France, la Bretagne et la Normandie pour la Métropole et La Réunion pour les DROM. Chez les hommes, la mortalité pour ces pathologies est également élevée en Guadeloupe et en Guyane. Les régions les moins concernées pour les femmes sont les DROM, à l'exception de La Réunion, l'Auvergne - Rhône-Alpes, l'Occitanie et la Corse. Pour les hommes, les régions les moins concernées sont l'Auvergne - Rhône-Alpes, l'Île-de-France, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, la Corse, l'Occitanie et la Martinique.

4. Cf. fiche thématique « Consommation d'alcool » pour la description de l'exposition régionale à l'alcool.

Le taux de mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique ou alcoolisme et cancer des VADS augmente avec le niveau de désavantage social de la commune de résidence (graphique 4). Les 20 % de la population métropolitaine résidant dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement présentent un taux de mortalité 2,1 fois plus élevé que les 20 % de la population résidant dans les communes les moins défavorisées. L'écart est légèrement moins marqué pour les femmes (× 1,95) que pour les hommes (× 2,12).

CARTES 5 ET 6

Écarts régionaux du taux standardisé* de mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, et par cancer des VADS selon le sexe, en 2011-2013



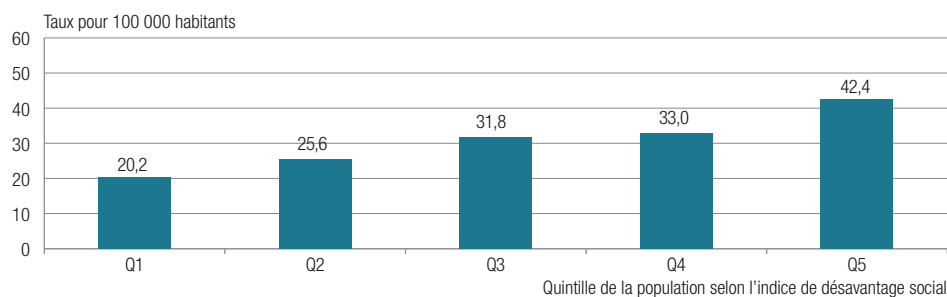
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 4

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, et par cancer des VADS en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, en 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Q1 : quintile le moins défavorisé, Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine.

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

► **Mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation de tabac : une forte augmentation de la mortalité associée à la consommation de tabac chez les femmes de moins de 65 ans**

5. Cf. « Principales causes de décès et de morbidité ».

Le dénombrement des décès potentiellement associés à la consommation de tabac a été fait à partir de la cause initiale du décès et des causes associées mentionnées dans les certificats de décès⁵. La liste des pathologies retenues et des codes CIM-10 correspondant est la suivante :

- cancer de la trachée, des bronches et du poumon en cause initiale (codes CIM-10 : C33 à C34) ;
- cardiopathie ischémique en cause initiale (codes CIM-10 : I20 à I25) ;
- bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en cause initiale ou associée (codes CIM-10 : J40 à J44).

Comme pour les conséquences sanitaires de la consommation nocive d'alcool, cette liste ne tient compte que des pathologies associées au tabac les plus fréquentes ; d'autres pathologies fortement attribuables au tabac n'y figurant pas.

En 2013, 83 659 certificats de décès, domiciliés France entière (hors Mayotte), mentionnent un cancer de la trachée, des bronches et du poumon ou une cardiopathie ischémique en cause initiale, ou une

TABLEAU 4
Nombre de décès et taux standardisés* de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO, en 2013

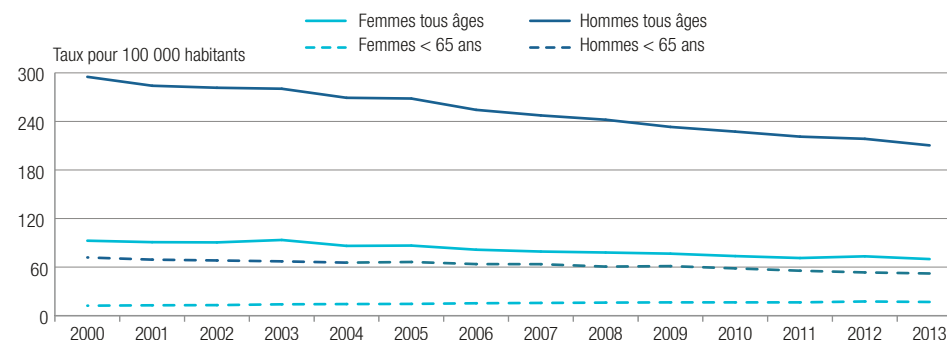
	Femmes	Hommes	Total
Nombre de décès			
Métropole	28 369	54 298	82 667
< 65 ans	4 523	13 195	13 195
DROM	349	643	992
< 65 ans	69	193	262
France entière	28 718	54 941	83 659
< 65 ans	4 592	28 918	17 980
Taux standardisés* de mortalité			
Métropole	70,3	212,0	129,3
< 65 ans	17,1	52,7	34,4
DROM	48,8	125,6	81,1
< 65 ans	9,3	29,9	19,1
France entière	69,9	210,4	128,4
< 65 ans	16,9	52,1	34,0

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 5
Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO, 2000-2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

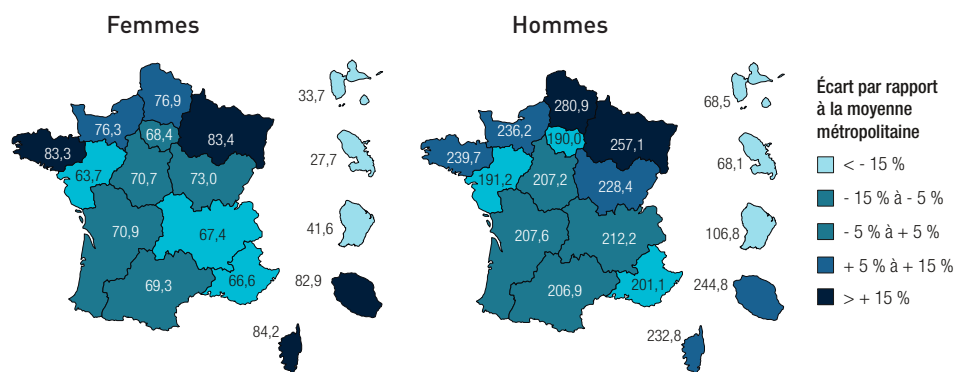
BPCO en cause multiple (cause initiale ou associée). Un tiers (34,3 %) de ces décès sont des femmes et 21,5 % sont intervenus avant 65 ans (24,4 % chez les hommes, 16,0 % chez les femmes). Si la part des décès prématurés (< 65 ans) est stable depuis 2000 chez les hommes, elle est en augmentation chez les femmes (elle s'élevait à 9 % en 2000). Ces trois causes de décès cumulées représentent près d'un décès prématuré sur cinq (16,9 %). Le taux standardisé de mortalité est, tous âges confondus, de 128,4 pour 100 000 habitants et il est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (210,4 pour 100 000 contre 69,9). Avant 65 ans, le taux standardisé de mortalité s'élève à 34,0 pour 100 000 et la surmortalité masculine à 3,1 (elle s'élevait à 5,8 en 2000).

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité pour ces pathologies recule de 28,7 % chez les hommes et de 24,5 % chez les femmes (graphique 5). Avant 65 ans, ce taux diminue dans les mêmes proportions chez les hommes (- 27,5 %). En revanche, il augmente sensiblement (37,6 %) chez les femmes. Le recul de la mortalité par cardiopathie ischémique se poursuivant chez les femmes âgées de moins de 65 ans⁶ (- 23 %) sur la même période, l'augmentation est due à la

6. Cf. fiche « Cardiopathies ischémiques ».

CARTES 7 ET 8

Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO selon le sexe, en 2011-2013



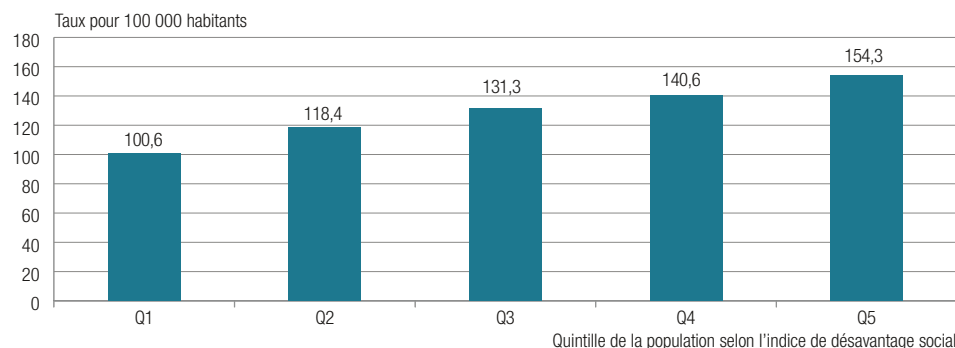
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 6

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO en fonction du quintile de population et selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, en 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Q1 : quintile le moins défavorisé, Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine.

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

progression de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon et, dans une moindre mesure, de la mortalité liée à la BPCO.

7. Cf. fiche « Consommation de tabac » pour la description de l'exposition régionale au tabac.

À structure d'âge égale et à l'exception de La Réunion (cartes 7 et 8), les DROM sont moins concernés par la mortalité pour ces pathologies que la Métropole, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes⁷. Chez ces dernières, la mortalité est maximale en Corse, à La Réunion et dans les régions Grand Est et Bretagne, alors qu'elle est minimale en Martinique, Guadeloupe, Guyane et dans les Pays de la Loire. Chez les hommes, la mortalité est maximale dans les Hauts-de-France, dans la région Grand Est, à La Réunion et en Bretagne, et minimale en Martinique, Guadeloupe, Guyane et Île-de-France. Les écarts régionaux sont plus marqués chez les hommes ($\times 4,1$ entre la Martinique et les Hauts-de-France, $\times 1,5$ entre l'Île-de-France et les Hauts-de-France pour la Métropole) que chez les femmes ($\times 3$ entre la Martinique et la Corse, $\times 1,3$ entre les Pays de la Loire et la Corse pour la Métropole).

La mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation de tabac augmente également avec le niveau de désavantage social de la commune de résidence (graphique 6), l'écart entre les 20 % de population résidant dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement et les 20 % de population résidant dans les communes les moins défavorisées est toutefois plus réduit ($\times 1,5$) que dans le cas de la mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation nocive d'alcool ($\times 2,1$). L'écart est également légèrement moins marqué chez les femmes ($\times 1,43$) que chez les hommes ($\times 1,57$).

Indicateurs globaux de morbidité déclarée

Afin de disposer de données comparables entre pays, notamment en termes d'indicateurs structurels et sociaux, l'Union européenne (UE) a mis en place un dispositif statistique baptisé EU-SILC (European Union-Statistics on Income and Living Conditions). Le dispositif SRCV (Statistiques sur les ressources et conditions de vie) est la partie française de ce système communautaire. Mis en place en 2004 par l'INSEE, il regroupe une enquête annuelle transversale en ménage ordinaire, l'Enquête sur les ressources et conditions de vie (ERCV) et un panel sur les ressources et conditions de vie (PRCV), alimenté chaque année par des ménages enquêtés dans le cadre de l'ERCV. Sur le continent européen, les données sont recueillies dans 31 États. Un mini-module de trois questions de santé a été introduit dans ces enquêtes. La première question porte sur la santé perçue (« Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais »), la deuxième sur l'existence d'une maladie chronique (« Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? Oui ou non ? »), la troisième sur les limitations d'activité (« Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité(e) ; oui, limité(e) mais pas fortement ; non, pas limité(e) du tout »). Ce module est notamment utilisé pour le calcul de l'espérance de vie sans limitation d'activité. Sa formulation définitive en langue anglaise a été arrêtée en 2006 par Eurostat. Pour les pays francophones, la France a proposé une harmonisation effective depuis 2008. Pour les différentes enquêtes en population française qui utilisent les questions du mini-module (enquêtes Santé de l'INSEE, Enquête santé protection sociale de l'IRDES, par exemple), la même formulation est recommandée.

Les informations issues d'enquêtes déclaratives ne correspondent pas à des diagnostics. Toutefois, en complément des mesures de l'état de santé issues de sources médicalisées ou médico-économiques (mortalité, hospitalisations, consommations de soins, etc.) et des enquêtes avec examen de santé, ces données contribuent à décrire le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et incapacités diagnostiquées, ainsi que de mortalité.

► 68 % des Français déclarent être en bonne ou très bonne santé

L'auto-évaluation de la santé permet de construire un indicateur synthétique reflétant la distribution des personnes selon qu'elles déclarent que leur santé est très bonne, bonne, assez bonne, mauvaise ou très mauvaise. Cet indicateur global peut refléter ce que d'autres mesures ne couvrent pas

TABLEAU 5
État de santé perçue selon le sexe en 2014* (en %)

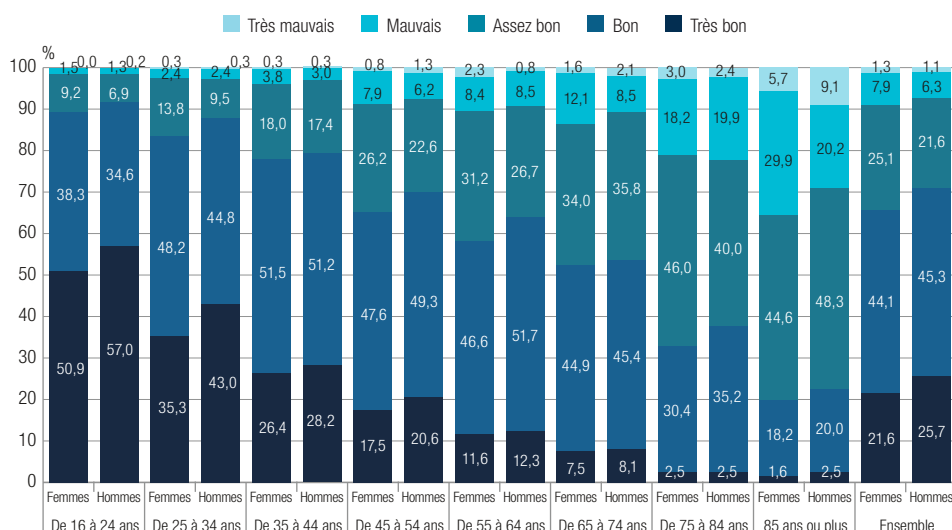
État de santé général	Ensemble	Hommes	Femmes
Très bon	23,6	25,7	21,5
Bon	44,6	45,2	44,0
Assez bon	23,5	21,6	25,2
Mauvais	7,2	6,3	7,9
Très mauvais	1,2	1,1	1,3

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

GRAPHIQUE 7
État de santé perçue selon l'âge et le sexe en 2014* (en %)



* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

nécessairement, comme la gravité des maladies, certains aspects positifs de l'état de santé, certains troubles qui ne donnent pas lieu à un recours au système de soins, les composantes physiologiques ou encore certaines dimensions psychologiques, mentales, culturelles et sociales de la santé.

Selon l'enquête SRCV 2014, 68,2 % des personnes de 16 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé, soit la même proportion qu'en 2004, alors qu'un peu moins d'une personne sur quatre considère que son état de santé est assez bon et 8,4 % qu'il est mauvais voire très mauvais (11 % en 2004). Les hommes ont une plus grande propension que les femmes à estimer que leur santé est très bonne (tableau 5). La perception d'une bonne (*a fortiori* d'une « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus (graphique 7). La santé perçue des hommes reste constamment meilleure que celle des femmes pour toutes les tranches d'âge en dessous de 55 ans et devient proche ensuite.

► **Moins de 15 % des personnes âgées de 16 à 24 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, contre 75 % des personnes âgées de 85 ans ou plus**

La proportion de personnes déclarant avoir actuellement une maladie chronique est relativement élevée (tableau 6), y compris chez les plus jeunes (graphique 8), et est restée stable depuis 2004. Cette réponse ne renvoie pas toujours à des maladies graves : la déclaration de problèmes de santé ou de maladies chroniques recouvre probablement des problèmes tels que des troubles mineurs de vision aisément corrigés par des lunettes, des problèmes dentaires ou encore des facteurs de

TABLEAU 6
Déclaration de « maladie chronique » selon le sexe, évolution entre 2004 et 2014*
(en %)

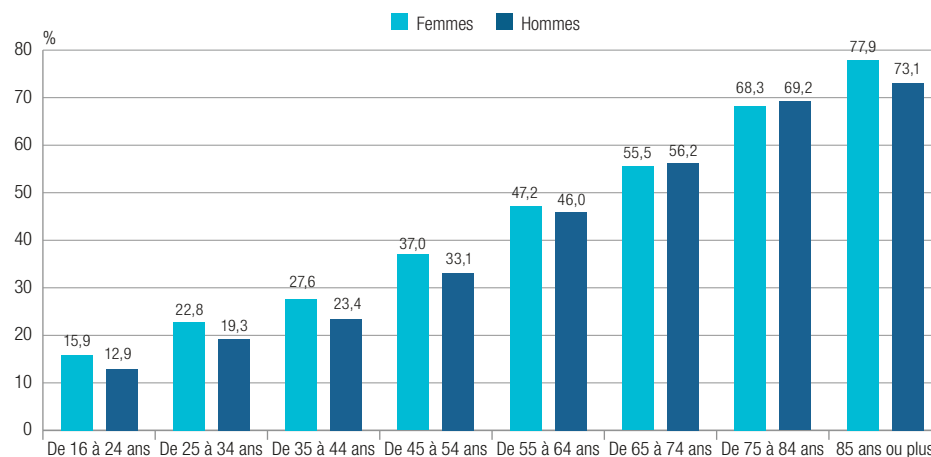
Année	Ensemble	Femmes	Hommes
2004	36,1	37,4	34,6
2006	34,4	35,9	32,8
2008	36,7	38,2	35,1
2010	36,9	38,6	35,0
2012	36,6	38,2	34,9
2013	36,2	38,2	34,1
2014	37,0	39,0	34,8

* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

GRAPHIQUE 8
Répartition des personnes déclarant une « maladie chronique » selon le sexe et l'âge, en 2014 (en %)



* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

risque cardio-vasculaires (hypercholestérolémies, surpoids, etc.). La proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de moins de 15 % pour les 16-24 ans à 75 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. Par ailleurs si, pour tous âges confondus, les hommes déclarent moins de maladies chroniques (34,4 % *versus* 38,2 % chez les femmes), cette tendance est inversée entre 65 et 84 ans.

► **À partir de 75 ans, une majorité de personnes déclare être limitée durablement dans les activités que font les gens habituellement**

En 2015, un quart de la population de 16 ans ou plus déclare une limitation durable (depuis au moins six mois) dans leurs activités habituelles en raison de problèmes de santé (tableau 7). Ils étaient 23 % en 2004.

Cette proportion est faible chez les jeunes (moins de 10 % chez les 16-24 ans). Elle augmente progressivement avec l'âge, passant d'environ 30 % pour les personnes de 55 à 64 ans à environ trois personnes sur quatre pour les 85 ans et plus. Cette proportion est globalement un peu plus

TABLEAU 7

Déclaration de limitation d'activité* depuis au moins six mois selon le sexe, en 2015 (en %)

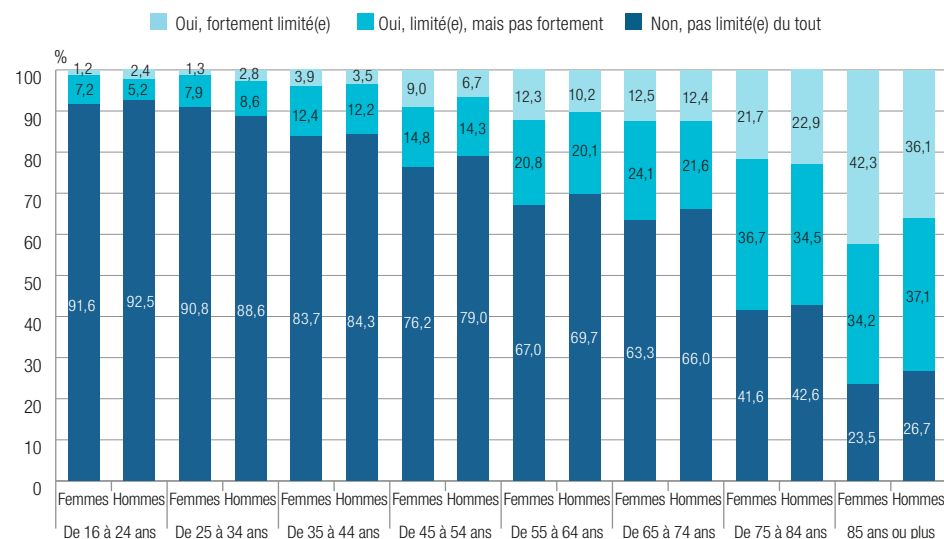
Limitation d'activité	Ensemble	Femmes	Hommes
Oui, fortement limité(e)	8,7	9,4	8,0
Oui, limité(e), mais pas fortement	16,5	17,3	15,6
Non, pas limité(e) du tout	74,8	73,3	76,5

* Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2015).

GRAPHIQUE 9

Répartition des personnes déclarant une limitation d'activité* depuis au moins six mois selon l'âge et le sexe, en 2015* (en %)


* Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2015).

élevée pour la population féminine (76,5 % contre 73,2 % pour les hommes chez les 85 ans et plus) (graphique 9).

En 2014, les données des enquêtes européennes EU-SILC sont disponibles dans 31 pays (tableau 8), contre 13 en 2004. Ces enquêtes permettent *a priori* de comparer entre pays les réponses aux trois questions du mini-module sur la santé déclarée. Il faut cependant rester prudent sur l'interprétation de ces données. En effet, les écarts constatés peuvent relever notamment de propensions différentes à déclarer certains troubles de santé comme les maladies chroniques. C'est en Irlande (82,5 %), en Suisse (79,3 %) et en Suède (80,1 %), que l'on trouve la plus forte proportion de la population jugeant sa santé bonne ou très bonne. La France se place en 18^e position (68,1 %). C'est en Croatie que la proportion de personnes se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé est la plus élevée : une personne sur quatre est concernée (8,4 % en France). La Roumanie est le pays où la proportion de personnes déclarant ne pas être atteintes de maladies chroniques est la plus forte (81,1 %). La France se situe dans une position plutôt défavorable : seuls 62,9 % de la population déclarent ne pas avoir de maladie chronique. Cette notion dépend également de la sensibilité de la population à l'égard des maladies chroniques, de l'offre et de l'accès au système de soins, surtout lorsque ce

dernier n'est pas aisé, ainsi que de la capacité des systèmes de soins à détecter ces pathologies. Concernant les limitations d'activité, la France arrive au 15^e rang : 75 % de personnes déclarent ne pas être limitées dans leurs activités. Elle se situe derrière Malte (89,8 %), la Suède (88,3 %), la Norvège (84,3 %), l'Irlande (82,2 %) et l'Islande (82,1 %) qui ont les taux les plus élevés. En Autriche, Estonie, Portugal, Allemagne et Lettonie, moins de 67 % de personnes déclarent ne pas être limitées dans les activités habituelles en raison de problèmes de santé.

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

8. Devaux M., Jusot C., Sermet C. et Tubeuf S., 2008, « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, n° 1, p. 29- 47.

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la « santé perçue » apparaît comme un indicateur pertinent de l'état de santé et très lié aux autres indicateurs de cet état. Des travaux⁸ montrent néanmoins l'existence d'une hétérogénéité de déclaration affectant l'ensemble des indicateurs considérés. Parmi ceux-ci, la déclaration de maladies chroniques souffre

TABLEAU 8
Comparaison de l'état de santé déclaré* en Europe en 2014

	Santé perçue (%)			Maladie chronique (%)	Limitation d'activité		
	Bonne ou très bonne	Assez bonne	Mauvaise ou très mauvaise		Non	Oui, limité(e)	Oui, très limité(e)
Autriche	69,5	21,6	8,9	35,8	66,9	23,3	9,8
Belgique	75,0	15,8	9,2	24,9	76,0	14,6	9,5
Bulgarie	65,7	22,1	12,1	20,5	81,9	14,1	4,0
Croatie	57,9	22,1	20,0	30,9	70,9	21,5	7,6
Chypre	77,5	17,0	5,5	32,3	81,6	11,1	7,3
Rép. tchèque**	60,7	27,7	11,6	31,7	76,3	17,5	6,2
Danemark	72,4	20,2	7,4	28,1	72,0	21,9	6,1
Estonie**	51,8	31,7	16,5	45,9	65,8	24,4	9,8
Finlande	69,2	24,4	6,4	46,1	67,3	25,1	7,6
France	68,1	23,5	8,4	37,1	75,0	15,7	9,2
Allemagne	65,2	26,8	8,0	38,8	63,8	25,5	10,7
Grèce	73,5	15,8	10,8	24,1	75,8	12,7	11,4
Hongrie	57,5	26,7	15,9	37,1	73,8	18,6	7,6
Islande	76,1	17,5	6,3	30,6	82,1	7,8	10,1
Irlande	82,5	13,5	4,0	27,1	82,2	11,9	5,8
Italie	67,9	20,0	12	24,8	71,0	20,0	9,0
Lettonie	45,8	37,1	17,1	40,6	62,6	27,8	9,6
Lituanie	44,9	37,2	17,9	32,3	74,1	18,3	7,6
Luxembourg	72,8	18,9	8,3	22,7	76,1	16,1	7,8
Malte	74,7	22,0	3,3	28,2	89,8	7,4	2,8
Pays-Bas	77,3	17,2	5,4	34,7	71,6	22,9	5,5
Norvège	78,5	14,6	6,9	33,1	84,3	10,9	4,8
Pologne	58,1	28,1	13,7	34,0	75,7	16,7	7,6
Portugal	45,9	35,7	18,3	40,4	64,8	26,0	9,2
Roumanie	70,8	20,4	8,7	18,9	74,7	17,7	7,6
Slovaquie	64,7	22,6	12,7	30,3	68,0	22,1	9,9
Slovénie	64,8	24,2	11,0	32,3	70,1	20,6	9,3
Espagne	72,6	19,1	8,3	29,8	76,2	18,4	5,4
Suède	80,1	15,9	4,0	34,9	88,3	8,5	3,2
Suisse	79,3	16,9	3,8	36,2	69,9	25,3	4,7
Royaume-Uni	70,0	21,0	9,0	34,3	77,1	12,6	10,4

* À partir des trois questions sur la santé perçue du mini-module européen.

** Peu fiable.

Champ • 31 pays d'Europe, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

d'un « biais de pessimisme » lié à l'éducation, à la profession et aux revenus. Au contraire, les indicateurs de santé perçue et de limitations d'activité semblent moins biaisés et peuvent être considérés comme de bons outils de mesure dans l'objectif d'une surveillance globale des inégalités sociales de santé. On observe un gradient social certain pour ces indicateurs d'état de santé : les ouvriers et les agriculteurs exploitants déclarent moins souvent être en bonne santé et plus souvent des limitations d'activité que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les différences sont plus marquées entre les actifs et les inactifs. Cela s'explique en partie par le fait que cette dernière catégorie surreprésente des personnes plus âgées n'ayant jamais travaillé et les personnes handicapées (tableau 9), la proportion de femmes n'ayant jamais travaillé diminuant au fil du temps.

L'état de santé déclaré varie également selon le niveau de diplôme des personnes interrogées : en excluant les personnes retraitées et les étudiants, moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état de santé, des limitations d'activité et des maladies chroniques (tableau 10).

TABLEAU 9
Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon la profession et catégorie socioprofessionnelle, en 2013 (en %)

Catégories socioprofessionnelles	Part de la population déclarant...			Part de la population
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Agriculteurs exploitants	94,4	28,2	22,6	1,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	96,0	21,5	12,2	3,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,8	22,8	10,4	9,0
Professions intermédiaires	97,6	24,5	13,2	14,1
Employés	95,3	28,7	16,8	16,1
Ouvriers (yc ouvriers agricoles)	94,2	27,8	18,4	12,8
Retraités	82,7	60,0	45,2	26,5
Autres inactifs	88,9	33,7	26,0	16,5
Total	91,4	36,3	24,9	100,0

yc : y compris.

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie SRCV-SILC (INSEE), exploitation DREES.

TABLEAU 10
Santé perçue, déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité selon le niveau d'études en 2013 (en %)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant...			Part de la population****
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Sans diplôme	86,8	37,7	31,1	7,9
BEPC-CAP-BEP	91,8	35,0	24,7	49,2
Bac	96,5	24,7	13,2	17,1
Bac +2	96,6	25,3	14,0	10,6
Supérieur à bac +2	98,0	22,6	10,5	15,3

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

****Population de plus de 16 ans, hors retraités et étudiants.

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie SRCV-SILC (INSEE), exploitation DREES.

TABLEAU 11
Santé perçue* selon le statut d'emploi en Europe et en France en 2013 (en %)

Statut d'emploi	Part de la population déclarant être au moins en assez bonne santé	
	Union européenne (28 pays)	France
Personnes occupées	97,0	96,4
Chômeurs	91,1	91,0
Retraités	79,1	83,1
Autres personnes inactives	85,2	90,6
Ensemble de la population	90,1	91,5

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie SRCV-SILC (INSEE), exploitation DREES.

Selon les enquêtes EU-SILC, on constate également dans l'UE une amélioration de l'état de santé ressenti en fonction du statut vis-à-vis de l'emploi (tableau 11). De même, l'activité est associée à un meilleur état de santé déclaré pour l'ensemble de l'UE : hors personnes retraitées, les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail) sont ceux qui présentent les plus forts taux de personnes considérant que leur état de santé est mauvais ou très mauvais.

Espérances de vie

► L'espérance de vie à la naissance, à 35 et 65 ans : un indicateur synthétique

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne, autrement dit l'âge moyen au décès, d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de la période et de la région considérées. Elle est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge X. Cette espérance représente, pour une année donnée, l'âge moyen au décès des individus d'une génération fictive d'âge X qui auraient, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là au même âge. Autrement dit, elle est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge X (ou durée de survie moyenne à l'âge X), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Calculée à partir des quotients de mortalité par âge, l'espérance de vie est indépendante de la structure de la population. À cet égard, l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie à 35 ans, couramment utilisée pour étudier l'effet des inégalités sociales, et l'espérance de vie à 65 ans, qui reflète la mortalité aux âges élevés, sont fréquemment utilisées à des fins de comparaisons spatiales et temporelles, notamment au niveau international. Cet indicateur permet également de comparer la mortalité entre les régions au cours d'une période donnée. Toutefois, l'espérance de vie à la naissance mesure la durée de vie moyenne des individus domiciliés dans une région au moment de leur décès. Il convient d'interpréter avec prudence les différences du fait des mouvements migratoires. Des travaux ont néanmoins montré que la mobilité résidentielle affectait peu les disparités régionales (Daguët, 2006).

► L'espérance de vie à la naissance : 78,9 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes en 2015

En France, en 2015, l'espérance de vie à la naissance a reculé. Cette diminution annule quasiment l'augmentation, relativement importante, de 2014 (0,4 an chez les femmes et 0,5 an chez les hommes). Une plus faible augmentation avait été observée en 2013. Un pic de mortalité enregistré en 2015 parmi les 65 ans et plus explique pour partie cette évolution. L'intégration de Mayotte, en 2014, au champ des calculs d'espérance de vie sur la France entière effectués par L'INSEE a un effet marginal par rapport aux tendances décrites ici.

Dans les conditions de mortalité actuelles, un nouveau-né de sexe féminin né en 2015 peut espérer vivre en moyenne 85,0 ans et un nouveau-né de sexe masculin, 78,9 ans. L'espérance de vie des

TABLEAU 12

Évolution de l'espérance de vie* à la naissance selon le sexe, entre 1995 et 2015

Année	Femmes	Hommes	Écart
1995	81,9	73,8	8,1
1996	82,0	74,1	7,9
1997	82,3	74,5	7,8
1998	82,4	74,7	7,7
1999	82,5	74,9	7,6
2000	82,8	75,3	7,5
2001	82,9	75,4	7,5
2002	83,0	75,7	7,3
2003	82,9	75,8	7,1
2004	83,8	76,7	7,1
2005	83,8	76,7	7,1
2006	84,2	77,1	7,1
2007	84,4	77,4	7,0
2008	84,3	77,6	6,7
2009	84,4	77,7	6,7
2010	84,6	78,0	6,6
2011	85,0	78,4	6,6
2012	84,8	78,5	6,3
2013p	85,0	78,7	6,3
2014p (hors Mayotte)	85,4	79,2	6,2
2014p (yc Mayotte)	85,4	79,2	6,2
2015p (yc Mayotte)	85,0	78,9	6,1

yc : y compris.

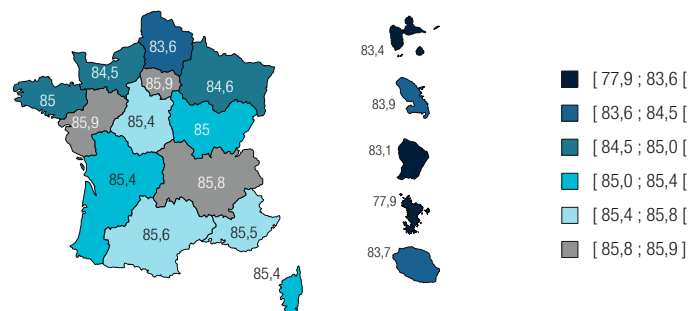
p : résultats provisoires.

* Espérance de vie : durée de vie moyenne d'une génération fictive née l'année X et qui aurait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année X.

Lecture • En 2015, l'espérance de vie des hommes est de 78,9 ans. Ce chiffre représente le nombre moyen d'années à vivre des hommes à la naissance avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2015.**Champ** • France entière (hors Mayotte jusqu'en 2013).**Sources** • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

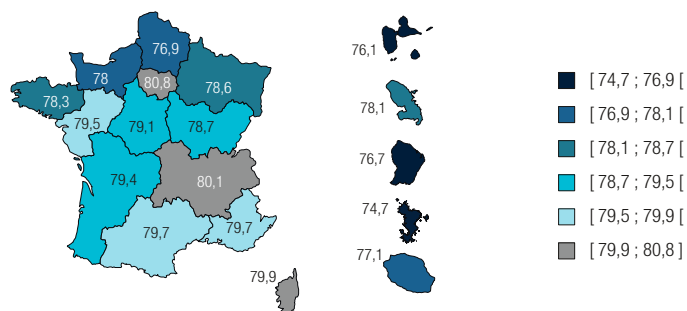
CARTE 9

Espérance de vie à la naissance des femmes en 2014 (en quantiles)

**Champ** • France entière.**Sources** • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

CARTE 10

Espérance de vie à la naissance des hommes en 2014 (en quantiles)

**Champ** • France entière.**Sources** • Estimations de population et statistiques de l'état civil (INSEE).

femmes retrouve en 2015 son niveau de 2013, celle des hommes gagne 0,2 an par rapport à l'année 2013. En dix ans, l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,2 ans et celle des femmes de 1,2 an. L'écart entre hommes et femmes ne cesse de se réduire : 8,1 ans en 1995, 7,1 ans en 2005, 6,1 ans en 2015. Dans les années 1980, l'espérance de vie des hommes a rejoint le rythme de croissance rapide de l'espérance de vie des femmes pour l'égaliser ou le dépasser sur les dernières années (tableau 12).

9. Cf. www.insee.fr/fr/statistiques/2012749

En 2014⁹, il demeure en France des disparités régionales d'espérance de vie à la naissance. Celle des hommes varie de 80,8 ans en Île-de-France à 76,9 ans dans les Hauts-de-France, en ce qui concerne la France métropolitaine, et de 78,1 ans en Martinique à 74,7 ans à Mayotte pour les DROM. À l'exception de l'Île-de-France, du Centre - Val de Loire et des Pays de la Loire, elle est en moyenne plus élevée dans les régions de la moitié sud de la France métropolitaine (carte 10).

Pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance varie de 85,9 ans en Île-de-France et en Pays de la Loire à 83,6 ans dans les Hauts-de-France en Métropole, et de 83,9 ans en Martinique à 77,9 ans à Mayotte dans les DROM. Un gradient Nord-Sud pour la France métropolitaine se retrouve mais les différences sont moins importantes que pour les hommes (carte 9).

► L'espérance de vie à la naissance, à 35 et à 65 ans en France et en Europe

Les données d'Eurostat sur l'espérance de vie reposent sur une méthodologie commune au niveau européen, permettant, au prix d'un léger décalage par rapport aux calculs de L'INSEE¹⁰, les comparaisons internationales sur 36 pays, soit l'ensemble de l'Union européenne, l'Islande, la Macédoine (FYR), le Monténégro, la Norvège, la Serbie, la Suisse et la Turquie.

10. La méthodologie retenue par Eurostat est disponible ici : http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_hlye_esms_an1.pdf; elle clôt les tables de mortalité nécessaires au calcul de l'espérance de vie par une catégorie « 85 ans et plus » que décomposent d'autres instituts de statistique, dont l'INSEE.

En suivant une telle méthodologie, l'espérance de vie à la naissance en 2014 en France (tableau 13) est de 79,5 ans pour les hommes et 86 ans pour les femmes (selon l'INSEE, respectivement 79,2 et 85,4 ans).

11. L'espérance de vie totale à 65 ans est supérieure à celle à 35 ans, car elle ne prend pas en compte la mortalité de 35 à 65 ans (la population considérée a implicitement survécu à ces âges). Il en est de même pour l'espérance de vie à 35 ans qui est supérieure à celle à la naissance.

En 2014, l'espérance de vie à 35 ans est de 45,6 ans pour les hommes, soit une durée de vie totale de 80,6 ans¹¹ et de 51,7 ans pour les femmes soit une durée de vie totale de 87 ans.

À 65 ans, ce sont 19,7 années de vie supplémentaires qui pourraient être escomptées pour les hommes, soit 84,7 ans, et 24 années pour les femmes, soit 87 ans.

Dans quasiment tous les pays de l'Union européenne, la durée moyenne de vie s'allonge et les écarts entre hommes et femmes se réduisent. L'augmentation de l'espérance de vie au cours du temps est la conjugaison de plusieurs facteurs intervenant tout au long de l'existence. Entre autres facteurs, on trouve notamment : le progrès médical et l'amélioration de l'accès aux soins de santé, l'évolution de l'environnement (meilleures conditions de vie, hausse du niveau d'éducation et changement de la nature des emplois) et l'adoption de comportements individuels plus favorables à la santé (en matière d'hygiène et de prévention). Dans la plupart des pays développés, les décès prématurés jouent un rôle de moins en moins important au sein de l'évolution générale de la mortalité. L'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés et très élevés.

La France figure au second rang du classement européen pour l'espérance de vie à la naissance des femmes, derrière l'Espagne, et au premier rang *ex aequo* avec l'Espagne pour l'espérance de vie à 35 ans. Elle est au premier rang du classement pour l'espérance de vie à 65 ans. Pour les hommes, la France est moins bien classée, mais sa position relative s'améliore au fur et à mesure que le seuil d'âge considéré augmente pour figurer au premier rang européen pour l'espérance de vie à 65 ans. Ce résultat souligne l'importance relative, en France, d'une mortalité précoce qui concerne particulièrement les hommes.

► Espérance de vie à 35 ans : des inégalités sociales marquées par catégorie sociale et niveau de diplôme

L'échantillon démographique permanent (EDP) de l'INSEE, fondé sur le suivi d'individus sélectionnés en fonction de leur jour et mois de naissance, permet de mobiliser des effectifs conséquents pour

lesquels les données d'état civil et issues des recensements de la population sont appariées. Il est ainsi possible de calculer des espérances de vie déclinées selon des indicateurs sociaux pour mesurer le degré d'inégalité dans leur répartition. Catégorie sociale et niveau de diplôme sont les indicateurs privilégiés : l'espérance de vie par catégorie sociale, mesurée à 35 ans, est donc l'espérance de vie d'une personne qui connaîtrait à partir de 35 ans les risques de mortalité encourus actuellement par les personnes relevant de la catégorie considérée à tous les âges supérieurs à 35 ans. C'est ainsi un indicateur synthétique qui ne prend pas en compte des phénomènes de mobilité sociale qui déterminent les conditions de vie individuelles.

TABLEAU 13
Espérances de vie à la naissance, à 35 et à 65 ans en Europe, en 2014

Pays ou groupe de pays	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 35 ans		Espérance de vie à 65 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
UE28	83,6	78,1	49,3	44,2	21,6	18,2
Albanie	80,3	76,4	46,7	43,1	18,6	16,7
Allemagne	83,6	78,7	49,2	44,6	21,4	18,2
Autriche	84,0	79,2	49,7	45,1	21,8	18,5
Belgique	83,9	78,8	49,5	44,9	21,9	18,4
Bulgarie	78,0	71,1	44,3	37,8	17,6	14,1
Chypre	84,7	80,9	50,0	46,4	21,4	18,9
Croatie	81,0	74,7	46,7	40,9	19,1	15,5
Danemark	82,8	78,7	48,4	44,6	20,8	18,1
Espagne	86,2	80,4	51,7	46,1	23,5	19,2
Estonie	81,9	72,4	47,8	39,1	20,4	15,2
Finlande	84,1	78,4	49,8	44,5	21,7	18,2
France	86,0	79,5	51,7	45,6	24,0	19,7
Grèce	84,1	78,9	49,7	45,0	21,6	18,8
Hongrie	79,4	72,3	45,1	38,4	18,6	14,6
Irlande	83,5	79,3	49,1	45,5	21,1	18,4
Islande	83,7	81,3	50,2	47,0	22,2	19,5
Italie	85,6	80,7	51,1	46,5	22,8	19,2
Lettonie	79,4	69,1	45,5	36,1	19,0	13,8
Liechtenstein	82,1	81,0	49,2	46,5	20,7	19,1
Lituanie	80,1	69,2	46,2	36,3	19,5	14,3
Luxembourg	85,2	79,4	50,9	45,2	22,7	18,4
Macédoine (FYR)	77,5	73,5	43,6	40,0	16,2	14,5
Malte	84,2	79,8	49,9	45,9	21,7	18,6
Monténégro	78,9	74,1	44,8	40,4	17,5	15,1
Norvège	83,8	80,1	49,7	46,1	21,6	18,8
Pays-Bas	83,5	80,0	49,1	45,9	21,4	18,6
Pologne	81,7	73,7	47,5	40,1	20,4	15,9
Portugal	84,4	78,0	50,0	44,0	21,9	18,1
République tchèque	82,0	75,8	47,5	41,8	19,8	16,1
Roumanie	78,7	71,4	44,9	38,3	18,1	14,7
Royaume-Uni	82,8	79,5	48,9	45,5	21,3	18,8
Serbie	78,0	72,8	43,8	39,1	16,9	14,4
Slovaquie	80,5	73,3	46,4	39,7	19,1	15,1
Slovénie	84,1	78,2	49,6	44,0	21,6	17,7
Suède	84,2	80,4	49,7	46,4	21,6	18,9
Suisse	85,4	81,1	51,1	47,0	22,7	19,6
Turquie	80,9	75,4	47,5	42,5	19,6	16,2

Lecture • En Allemagne, l'espérance de vie des hommes est de 78,7 ans à la naissance en 2014. Ce chiffre représente le nombre moyen d'années à vivre des hommes à la naissance avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2014 en Allemagne.

Champ • EU-28, Islande, Macédoine (FYR), Monténégro, Norvège, Serbie, Suisse, Turquie.

Sources • Instituts nationaux de statistique & Eurostat.

Ces calculs supposent néanmoins de considérer des périodes de temps plus larges pour disposer d'effectifs suffisants : pour les derniers résultats présentés, ce sont ainsi les conditions de mortalité observées en 2009-2013 qui s'appliquent.

Quels que soient le sexe et la catégorie sociale considérés, les espérances de vie à 35 ans progressent (tableau 14).

TABLEAU 14
Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe et catégorie sociale, entre 1976-1984 et 2009-2013

Année	Cadre	Profession intermédiaire	Agriculteur	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Employé	Ouvrier	Inactif non retraité	Ensemble	Écart cadre-ouvrier
Femme									
1976-1984	47,5	46,4	45,7	46,0	45,6	44,4	44,3	45,0	3,1
1983-1991	49,7	48,1	46,8	47,4	47,4	46,3	45,4	46,4	3,4
1991-1999	49,8	49,5	48,8	48,8	48,7	47,2	47,1	48,0	2,6
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4	3,0
2009-2013	53,0	51,9	51,1	51,4	51,1	49,8	47,6	50,5	3,2
Écart 2009-2013 et 1976-1984	5,5	5,5	5,4	5,4	5,5	5,4	3,3	5,5	
Homme									
1976-1984	41,7	40,5	40,3	39,6	37,2	35,7	27,7	37,8	6,0
1983-1991	43,7	41,6	41,7	41,0	38,6	37,3	27,5	39,2	6,4
1991-1999	45,8	43,0	43,6	43,1	40,1	38,8	28,4	40,8	7,0
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8	6,3
2009-2013	49,0	46,7	46,2	46,0	44,9	42,6	33,1	44,5	6,4
Écart 2009-2013 et 1976-1984	7,3	6,2	5,9	6,4	7,7	6,9	5,4	6,7	

Lecture • En 2009-2013, l'espérance de vie des hommes cadres de 35 ans est de 49,0 ans, soit 6,4 ans de plus que celle des hommes ouvriers.

Champ • France métropolitaine.

Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

TABLEAU 15
Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe et niveau de diplôme, entre 1991-1999 et 2009-2013

Année	Diplôme supérieur au baccalauréat	Baccalauréat	CAP, BEP	Brevet, CEP	Sans diplôme	Ensemble	Écart supérieur au baccalauréat-sans diplôme
Femme							
1991-1999	50,8	50,5	49,3	48,7	46,0	48,0	4,8
2000-2008	51,7	50,7	50,0	49,3	47,1	49,4	4,6
2009-2013	52,2	51,8	51,2	50,5	48,0	50,5	4,2
Écart 2009-2013 et 1991-1999	1,4	1,3	1,9	1,8	2,0	2,5	
Homme							
1991-1999	46,2	43,6	41,7	40,7	37,9	40,8	8,3
2000-2008	47,2	45,4	43,0	42,0	39,3	42,8	7,9
2009-2013	48,2	46,4	44,7	43,6	40,7	44,5	7,5
Écart 2009-2013 et 1991-1999	2,0	2,8	3,0	2,9	2,8	3,7	

Lecture • En 2009-2013, l'espérance de vie des hommes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat est de 48,2 ans, soit 7,5 ans de plus que celle des hommes sans diplôme.

Champ • France métropolitaine.

Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

Sur la période 2009-2013 chez les hommes, l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre (49,0 ans) est supérieure de 6,4 ans à celle d'un ouvrier (42,6 ans). Cet écart s'inscrit dans une fourchette de 6 à 7 ans qui est relativement stable depuis la période 1976-1984 (tableau 14).

Chez les femmes, sur la période 2009-2013, l'écart est plus faible entre l'espérance de vie à 35 ans d'une cadre (53 ans) et celle d'une ouvrière (49,8 ans), de l'ordre de 3,2 ans, et s'inscrit dans une fourchette d'écart de 2,6 à 3,4 ans depuis la période 1976-1984.

Ces inégalités sociales sont importantes, mais restent inférieures à l'écart lié au sexe. Ainsi, une femme ouvrière présente une espérance de vie à 35 ans supérieure à celle d'un homme cadre, même si l'écart est désormais d'un peu moins d'une année.

La situation des personnes inactives non retraitées est très spécifique : il peut s'agir d'une inactivité liée directement à des raisons de santé ou bien à des décisions liées par exemple au contexte familial. Ceci explique tant la plus faible espérance de vie à 35 ans de ces personnes que le très fort écart entre femmes et hommes au sein de cette population.

L'espérance de vie à 35 ans est également liée au niveau de diplôme. Pour les hommes, 7,5 ans séparent l'espérance de vie à 35 ans des diplômés du supérieur (48,2 ans) des personnes n'ayant aucun diplôme (40,7 ans) sur la période 2009-2013 (tableau 15). Pour les femmes cet écart est de 4,2 ans. La progression de l'espérance de vie à niveau de diplôme donné est moindre par rapport à celle de l'ensemble de la population, ce qui peut refléter l'augmentation générale du niveau de diplôme dans la population. Quel que soit leur niveau de diplôme, les femmes ont presque toujours une espérance de vie à 35 ans supérieure à celle des hommes. Seules les femmes sans diplôme ont une espérance de vie légèrement plus faible que les hommes diplômés du supérieur (environ 2 mois).

► **Espérance de vie à 65 ans sans limitation d'activité en 2015 : en France, 10,6 ans sur 23,0 pour les femmes, 9,7 ans sur 19,0 pour les hommes**

À partir des enquêtes européennes du dispositif d'observation statistique des ressources et conditions de vie (SILC, et sa déclinaison française SRCV, voir encadré), en mobilisant la question sur l'existence de limitations d'activités¹², il est possible d'évaluer le nombre d'années de vie à passer sans limitation d'activité. Cet indicateur, qui compte dorénavant parmi les indicateurs structurels de l'Union européenne (*healthy life years*), est une forme d'espérance de vie sans incapacité (EVSI)¹³.

Les données disponibles les plus récentes sur la France portent sur l'année 2015 et sont établies d'après la méthodologie EHEMU¹⁴. En revanche, au niveau européen, les comparaisons ne peuvent s'établir que pour l'année 2014 sur la méthodologie EUROSTAT.

En 2015 en France, d'après méthodologie EHEMU, l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans est de 9,7 ans pour les hommes sur une espérance de vie à 65 ans de 19,0 ans. Pour les femmes, elle est de 10,6 ans pour une espérance de vie totale à 65 ans de 23,5 ans¹⁵.

En 2014 en France, d'après Eurostat, l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans était de 10,4 ans pour une espérance de vie totale à 65 ans de 19,7 ans pour les hommes et de 10,7 ans pour une espérance de vie totale à 65 ans de 24 ans pour les femmes.

Au niveau européen, en 2014, plus l'espérance de vie à 65 ans est élevée, plus la part de l'espérance de vie sans limitation d'activité dans cette espérance de vie est élevée. Cependant, il existe de grandes variations en matière d'espérance de vie sans limitation d'activité qui subsistent entre les pays, même parmi ceux qui ont une espérance de vie proche (graphique 10A et 10B).

Parmi les 21 pays du classement d'Eurostat pour lesquels l'espérance de vie des hommes à 65 ans est la plus élevée et comprise entre 17,7 et 19,7 ans, l'espérance de vie sans limitation d'activité varie entre 6,8 ans (soit 37 % de l'espérance de vie à 65 ans) en Allemagne et 15,4 ans en Islande, soit 79 % de l'espérance de vie à 65 ans. La France occupe une position intermédiaire avec

12. « Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » 3 modalités de réponse, existent : « Oui, fortement limité(e) ; oui, limité(e) mais pas fortement ; non, pas limité(e) du tout ».

13. En fonction des sources disponibles et des questions approchant l'incapacité, il existe d'autres modalités de calcul de formes d'EVSI. Nous choisissons donc de décrire les résultats présentés ici au sens le plus littéral pour éviter toute confusion avec d'autres résultats sur d'autres formes d'EVSI, qui favoriseraient des comparaisons hâtives. Par ailleurs, la stabilisation récente du mini-module européen rend les comparaisons dans le temps également délicates.

14. EHEMU, site web www.eurohex.eu

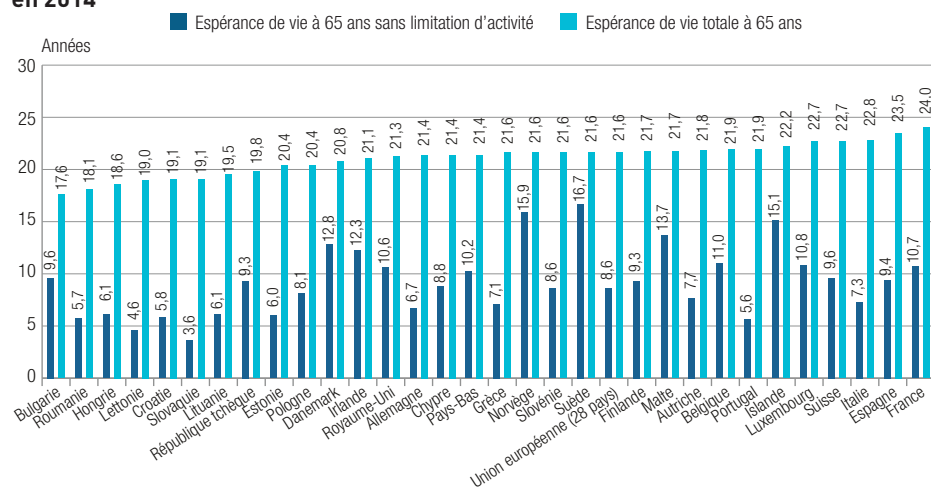
15. Ces données ont été publiées dans le rapport du Gouvernement « Les nouveaux indicateurs de richesse 2016 » disponible en ligne : www.gouvernement.fr/sites/default/files/liseuse/8252/master/index.htm

10,4 ans d'espérance de vie sans limitation d'activité pour les hommes, soit 52 % de l'espérance de vie à 65 ans.

Pour les autres pays européens, tous issus de l'ancienne Europe de l'Est, pour les lesquels l'espérance de vie à 65 ans des hommes est moins élevée, les espérances de vie à 65 ans sans limitation d'activité sont généralement plus faibles et varient entre 4 et 8,7 ans. À nouveau, il existe de fortes disparités dans la part que représente l'espérance de vie sans limitation d'activité au sein de l'espérance de vie à 65 ans. Elle est de 62 % en Bulgarie contre 28 % en Slovaquie et Lettonie.

GRAPHIQUE 10A

Espérances de vie totale et sans limitation d'activité à 65 ans des femmes en Europe, en 2014



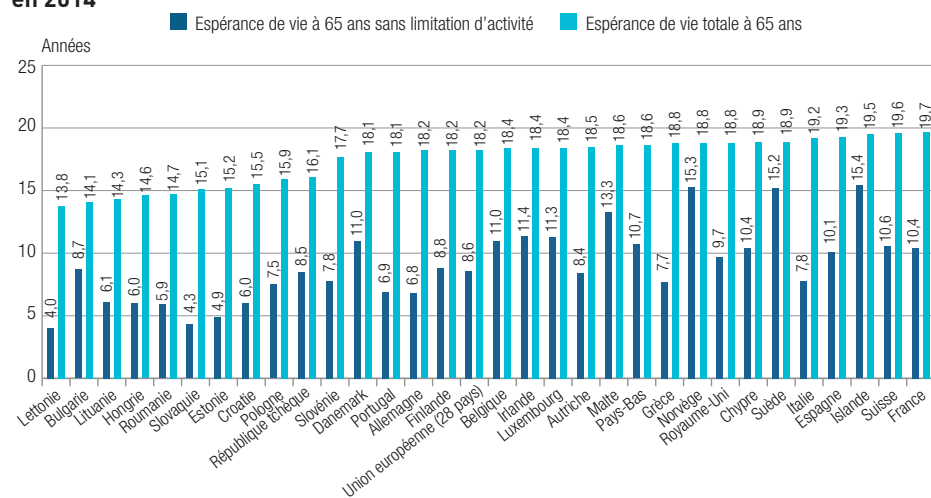
Note • Les calculs d'espérance de vie à 65 ans présentés dans ce tableau utilisent un algorithme de calcul commun pour les pays d'Europe. Des variations minimales peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.

Champ • Pays renseignant EU-SILC (EU-28, Islande, Norvège et Suisse).

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

GRAPHIQUE 10B

Espérances de vie totale et sans limitation d'activité à 65 ans des hommes en Europe, en 2014



Note • Les calculs d'espérance de vie à 65 ans présentés dans ce tableau utilisent un algorithme de calcul commun pour les pays d'Europe. Des variations minimales peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.

Champ • Pays renseignant EU-SILC (EU-28, Islande, Norvège et Suisse).

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

Pour les femmes, 23 pays comprenant les 21 pays avec la plus forte espérance de vie masculine à 65 ans plus la Pologne et l'Estonie, ont une espérance de vie à 65 ans supérieure à 20 ans ; 11 de ces pays, dont la France, ont une espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans qui dépasse 10 ans (16,7 ans pour la Suède qui a la valeur la plus élevée).

Les 8 autres pays, tous issus de l'ancienne Europe de l'Est, ont une espérance de vie à 65 ans comprise entre 17,6 ans en Bulgarie et 19,8 ans en République tchèque et une espérance de vie sans limitation d'activité comprise entre 3,6 ans en Slovaquie et 9,6 ans en Bulgarie.

Les disparités constatées, y compris au sein de groupes homogènes au regard de l'espérance de vie, peuvent être également liées à des différences de traduction ou de formulation des questions d'enquêtes. Des ajustements se font progressivement et permettront à terme un calcul annuel d'espérance de vie sans incapacité assurant une meilleure comparabilité entre pays. Des analyses plus poussées montrent cependant qu'une partie des différences est aussi liée à des variations dans la prévalence des incapacités et dans la propension à ressentir et à déclarer les limitations d'activité. Il a été démontré que l'organisation sociale des différents pays et la manière de gérer les troubles de santé contribuent également à ces disparités géographiques d'espérance de vie sans limitation d'activité¹⁶.

Des travaux sur des données plus anciennes (Échantillon démographique permanent et Enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003) ont par ailleurs souligné qu'en France, les inégalités sociales d'espérance de vie sont aggravées par la prise en compte de l'espérance de vie avec ou sans incapacité, de manière plus marquée chez les hommes. Un homme ouvrier a ainsi une espérance de vie à 35 ans inférieure à celle d'un cadre, et passera probablement plus d'années avec des restrictions d'activité que ce dernier¹⁷. ■

16. Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M. et EHLEIS team, 2008, « Inequalities in Healthy Life Expectancies in EU 25: A Cross-national Meta-Regression Analysis », *Lancet*, 9656, 372, 2124-2131.

17. Voir sur ce point les travaux d'E. Cambois et J.-M. Robine cités dans les références bibliographiques.

ENCADRÉ

Le dispositif statistique sur les ressources et les conditions de vie

Le support du calcul des espérances de vie avec ou sans limitations d'activité est le dispositif européen d'observation statistique des ressources et conditions de vie (EU-SILC, Statistics on Income and Living Conditions), dont la déclinaison française est l'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) de l'INSEE. Cette enquête annuelle auprès des ménages approche leur situation financière et leurs conditions de vie en bénéficiant désormais d'un appariement avec des données fiscales. Elle est utilisée pour des comparaisons européennes portant notamment sur les taux de pauvreté. Parmi les conditions de vie étudiées, la santé occupe une place particulière : les trois questions du mini-module européen (santé perçue, maladies chroniques, limitations d'activité) sont posées chaque année, un module plus complet est proposé tous les 3 ans. Ses larges effectifs (26 000 individus) en font une source permettant de calculer la fréquence des limitations d'activité par classe d'âges, informations qui enrichissent ensuite les données de mortalité obtenues par ailleurs pour livrer l'espérance de vie avec et sans limitation d'activité.

Bibliographie

- ▶ **Bellamy V. et Beaumel C.**, 2016, « Bilan démographique 2015 », *Insee Première*, n° 1581, janvier.
- ▶ **Blanpain N.**, 2016, « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, n° 1584, février.
- ▶ **Cambois E., Robine J.-M.**, 2012, « Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 80, septembre.
- ▶ **Cambois E., Clavel A., Robine J.-M.**, 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 2, avril.
- ▶ **Cambois E., Sole-Auro A., Robine J.M.**, 2013, « L'espérance de vie, la mortalité prématurée et les espérances de vie sans incapacité », dossier « Démographie et état de santé des personnes âgées », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 85, décembre.
- ▶ **Daguet F.**, 2006, « Dans quelles régions françaises meurt-on le plus au début du XXI^e siècle ? », *Insee Première*, n° 1114, décembre.
- ▶ **Robine J.-M., Cambois E.**, 2013, « Les espérances de vie en bonne santé des Européens », *Population et sociétés*, n° 499, avril.
- ▶ **Sieurin A., Cambois E., Robine J.-M.**, 2011, « Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé », *Document de travail de l'INED*, n° 170.

▶▶ **Organismes responsables de la production de ce chapitre** : Santé publique France et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques



1. Synthèse p. 10

2. Contexte démographique p. 36

3. Mesure des inégalités sociales,
déterminants sociaux
et territoriaux de la santé p. 50

4. État de santé global
de la population p. 70

5. Principales causes de décès et de morbidité

6. Déterminants,
santé populationnelle
et pathologies spécifiques p. 112

7. Profils régionaux p. 340



5. Principales causes de décès et de morbidité

Principales causes de décès

► Les tumeurs malignes chez les hommes et les maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes sont la première cause de décès

La description des principales causes de mortalité présentées ici repose sur l'analyse de la cause initiale du décès mentionnée dans la partie médicale du certificat de décès et définie comme 1) la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou 2) les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Utiles pour les comparaisons internationales, et en particulier pour les comparaisons entre les États membres de l'Union européenne réalisées par Eurostat, ces résultats peuvent cependant différer des estimations produites par ailleurs pour certaines causes de décès et présentées dans certaines fiches thématiques de ce rapport, en raison de choix méthodologiques différents (prise en compte des causes associées et pas uniquement de la cause initiale, choix différent de codes CIM-10) et des limites introduites par les règles de codage des causes médicales de décès.

En 2013, 567 078 décès domiciliés en France entière (hors Mayotte) ont été enregistrés. Avec respectivement 163 602 et 142 175 décès en 2013, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les causes de décès les plus fréquentes, tous sexes confondus. Elles totalisent 53,9 % de l'ensemble des décès (28,8 % pour les tumeurs, dont 27,6 % pour les tumeurs malignes, et 25,1 % pour les maladies de l'appareil circulatoire) (tableau 1). À l'échelle de l'Union européenne, les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil circulatoire représentent 25,8 % et 37,9 % des décès respectivement. La France, le Danemark, les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont ainsi les seuls pays européens où les tumeurs malignes causent davantage de décès que les maladies de l'appareil circulatoire. En France, les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué la première cause de mortalité jusqu'en 2004. Elles restent aujourd'hui la première cause de mortalité chez les femmes (27,2 % des décès contre 24,6 % pour les tumeurs). Chez les hommes, les décès par maladie de l'appareil circulatoire représentent 23,0 % des décès contre 33,0 % pour les tumeurs. Parmi les décès par tumeur maligne, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon représentent la première cause de mortalité chez les hommes (25,9 % des décès) et la seconde chez les femmes (12,6 % des décès), derrière le cancer du sein (18,2 %). Les maladies de l'appareil respiratoire et les morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès) comptabilisent respectivement 6,6 et 6,5 % de l'ensemble des décès. Les quatre causes de mortalité les plus fréquentes (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire et morts violentes) totalisent les deux tiers (67,1 %) des décès.

TABLEAU 1
Nombre de décès et taux standardisés* de mortalité selon les principales causes de décès, en 2013

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2013 (%)	Femmes	Variations** 2002-2013 (%)	Ensemble	Variations** 2002-2013 (%)
C00-D48	II. Tumeurs	94 351	69 251	163 602	358,9	-18,7	185,5	-9,3	272,2	-15,8
C00-C97	Tumeurs malignes	90 735	65 766	156 501	344,2	-19	177,2	-8,9	260,7	-15,8
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et pharynx	3 120	834	3 954	11,0	-31,3	2,3	-13,2	6,7	-28,7
C15-C15	Tum. mal. de l'œsophage	2 977	795	3 772	10,9	-29,7	2,2	-13,9	6,5	-27,5
C16-C16	Tum. mal. de l'estomac	3 115	1 747	4 862	11,8	-25,5	4,6	-29,5	8,2	-26,7
C18-C18	Tum. mal. du côlon	6 580	6 109	12 689	25,7	-18,7	15,5	-17,3	20,6	-18,2
C19-C20-C21	Tum. mal. du rectum et de l'anus	2 682	1 948	4 630	10,3	-11	5,1	-12,5	7,7	-11,5
C22-C22	Tum. mal. du foie et des voies biliaires intrahépatiques	6 050	2 267	8 317	22,6	-6,2	6,1	3,8	14,4	-4,3
C25-C25	Tum. mal. du pancréas	5 284	5 088	10 372	19,9	9,5	13,7	14,7	16,8	11,6
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	23 521	8 294	31 815	86,1	-14,5	23,7	38,9	54,9	-6,8
C43-C43	Mélanome malin de la peau	969	805	1 774	3,6	11,2	2,2	2,2	2,9	7,6
C50-C50	Tum. mal. du sein	131	11 965	12 096	0,5	-44,3	33,1	-12,3	16,8	-13,1
C53-C53	Tum. mal. du col de l'utérus	-	782	782	-	-	2,3	-6,1	1,1	-6,1
C54-C55	Tum. mal. d'autres parties de l'utérus	-	2 618	2 618	-	-	7,2	-1,6	3,6	-1,6
C56	Tum. mal. de l'ovaire	-	3 438	3 438	-	-	9,6	-14,5	4,8	-14,5
C61	Tum. mal. de la prostate	8 922	0	8 922	37,0	-32	-	-	18,5	-32,0
C64	Tum. mal. du rein	2 248	1 298	3 546	8,5	-7,2	3,4	-9,8	6,0	-7,9
C67-C67	Tum. mal. de la vessie	3 803	1 173	4 976	15,0	-11,2	2,9	-9,9	9,0	-11,0
C81-C96	Tum. mal. tissu lymph. et hématopoïétiques	7 564	6 357	13 921	29,4	-10,2	16,4	-15,3	22,9	-12,1
I00-I99	VII. Mal. de l'app. circulatoire	65 801	76 374	142 175	274,6	-33,8	171,2	-34,2	222,9	-33,9
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	19 813	14 261	34 074	79,9	-38,1	32,6	-45,1	56,2	-40,3
I30-I33,I39-I52	Autres cardiopathies	19 032	25 374	44 406	83,0	-28,8	55,5	-29,6	69,2	-29,1
I60-I69	Maladies cérébro-vasculaires	13 559	19 100	32 659	55,9	-37,2	43,4	-34,4	49,6	-36,0
J00-J99	VIII. Mal. de l'app. respiratoire	19 427	18 199	37 626	83,7	-20,4	41,2	-15,9	62,5	-19,0
J10-J11	Grippe	294	421	715	1,2	-1,7	1,0	-1,8	1,1	-1,7
J12-J189	Pneumonie	5 717	6 339	12 056	25,9	-21,8	13,8	-23,1	19,9	-22,3
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inférieures	6 320	4 220	10 540	26,3	-16,5	10,0	-3,9	18,2	-13,4
J45-J46	Asthme	303	580	883	1,2	-57,9	1,4	-51,3	1,3	-54,6
V01-Y89	XVII. Causes externes	22 040	14 880	36 920	81,6	-22,9	36,7	-29,2	59,1	-25,0
V01-X59	Accidents	13 317	11 598	24 915	51,6	-25	27,2	-28,9	39,4	-26,4
V01-V99	Accidents de transport	2 438	719	3 157	8,0	-57,6	2,1	-64,8	5,0	-59,3
W00-W19	Chutes accidentelles	3 215	3 442	6 657	13,6	-3,9	7,8	-8,2	10,7	-5,5
X40-X49	Intoxications accidentelles	1 144	911	2 055	4,2	137,5	2,3	60,4	3,2	102,8
X60-X84	Suicides	7 393	2 426	9 819	25,3	-15,9	7,3	-25,1	16,3	-18,2
X85-Y09	Homicides	276	154	430	0,9	-16,4	0,4	-32,4	0,7	-22,6
E00-E90	IV. Mal.endoc., nutri. et métaboliques	8 968	11 297	20 265	36,8	-19	26,4	-28,3	31,6	-23,2
E10-E14	Diabète	5 697	6 014	11 711	22,8	-16,1	14,2	-30,0	18,5	-22,1
A00-B999	I. Mal. infectieuses et parasitaires	5 312	5 763	11 075	21,3	-21,8	13,6	-15,6	17,4	-19,5
A15-A19,B90	Tuberculose	248	263	511	1,0	-63,6	0,6	-58,9	0,8	-62,0
B20-B24	Sida et VIH	354	148	502	1,2	-58,4	0,4	-44,9	0,8	-55,3
B15-B19	Hépatites virales	352	288	640	1,2	-38,9	0,8	-41,3	1,0	-39,9
R00-R99	XVI. Symptômes et états morbides mal définis	25 400	28 866	54 266	102,3	20,9	66,9	10,7	84,6	16,7
R95-R95	Mort subite du nourrisson	110	71	181	0,3	-40,3	0,2	-39,2	0,2	-39,9
A00-Y89	Total toutes causes confondues	285 980	281 098	567 078	1 137,9	-20,2	671,0	-18,3	904,4	-19,5

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

** ((taux 2013 - taux 2002)/taux 2002)×100

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Certificats de décès (CépiDc); statistiques démographiques (INSEE).

En 2013, à structure d'âge identique, la France figure au second rang des pays de l'Union européenne (UE) ayant la mortalité toutes causes confondues la plus faible, derrière l'Espagne, avec un taux standardisé de mortalité générale très en dessous de la moyenne européenne (1 021 pour 100 000 contre 904 pour la France). Toutefois, la situation diffère selon le sexe et, si la France occupe le 2^e rang pour les femmes, elle ne figure qu'au 9^e rang pour les hommes. La France se caractérise également par un taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire (223 pour 100 000) très inférieur aux valeurs observées dans l'UE en 2012 (394 pour 100 000), autant pour les hommes (275 contre 462) que pour les femmes (171 contre 340). En 2012, seuls l'Espagne, le Royaume-Uni, le Danemark et les Pays-Bas présentent des taux de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire inférieurs à 300 pour 100 000. Le taux standardisé de mortalité par cancer observé en France, tous sexes confondus, est voisin du taux européen (265 pour 100 000), ce qui place la France au 9^e rang des pays européens avec la plus faible mortalité par cancer. La situation est plus favorable pour les femmes (177 pour 100 000 contre 203 au niveau européen, 6^e rang) que pour les hommes (344 pour 100 000 contre 355, 13^e rang). Le taux standardisé de mortalité par cancer du sein observé en France est similaire au taux européen et place la France au 16^e rang des pays européens avec la plus faible mortalité par cancer du sein. Si la situation française concernant les accidents de transport est relativement favorable (la France occupe respectivement le 7^e et le 11^e rang pour les femmes et les hommes), la situation est plus préoccupante pour la mortalité par suicide où la France figure aux 21^e et 24^e rangs.

À structure d'âge égale, on observe une surmortalité masculine, le taux standardisé de mortalité générale étant 1,7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cette surmortalité est plus élevée pour les tumeurs (de l'ordre de 2) que pour les maladies cardio-vasculaires (de l'ordre de 1,6). Elle est particulièrement élevée en matière de cancer de l'œsophage ($\times 5$), de cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx ($\times 4,7$), de cancer du foie ($\times 3,7$) et du poumon ($\times 3,6$). Elle est également élevée pour la mortalité par accident de transport ($\times 3,8$) et par suicide ($\times 3,5$). Elle est plus élevée qu'au niveau européen (1,5), la France figurant parmi les pays où la surmortalité masculine est la plus élevée juste devant les pays baltes (Lettonie, Estonie et Lituanie).

Entre 2002 et 2013, toutes causes de décès confondues, le taux standardisé de mortalité recule de 19,5 % (tableau 1). Le recul est un peu plus important chez les hommes (- 20,2 %) que chez les femmes (- 18,3 %). Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité augmente pour le mélanome malin de la peau (+ 11,2 %) et les tumeurs malignes du pancréas (+ 9,5 %), tandis que chez les femmes, le taux de mortalité augmente pour les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (+ 38,9 %), les tumeurs malignes du pancréas (+ 14,7 %) et les tumeurs malignes du foie (+ 3,8 %). Ces évolutions défavorables sont à mettre en parallèle avec l'adoption de comportements individuels à risque, en particulier le tabagisme. Sur la même période, la mortalité par accident de transport recule fortement (- 59,3 %), ainsi que la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire (- 33,9 %), avec un recul de 40,3 % pour les cardiopathies ischémiques et de 36 % pour les maladies cérébro-vasculaires. Pour les tumeurs malignes, le recul est de 15,8 %, les reculs les plus importants étant observés pour les tumeurs malignes de la prostate (- 32 %), les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (-28,7 %), les tumeurs malignes de l'œsophage (- 27,5 %) et de l'estomac (- 26,7 %). L'augmentation très forte de la mortalité par intoxication accidentelle observée entre 2002 et 2013 s'explique par une modification des règles de codage intervenue en 2007 sur instruction de l'OMS.

► Les tumeurs malignes constituent la première cause de mortalité prématurée

Le nombre de décès prématurés (survenus avant 65 ans)¹ domiciliés en France entière (hors Mayotte) s'élève à 106 393 en 2013. La mortalité prématurée concerne davantage les hommes que les femmes (24,9 % de l'ensemble des décès contre 12,5 % respectivement). Les tumeurs malignes, les morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès) et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les trois causes les plus fréquentes avec respectivement 40,0 %, 14,2 % et 12,4 % des décès prématurés (< 65 ans) (tableau 2). Chez les femmes, le cancer

1. Cf. partie « Mortalité prématurée et évitable ».

TABLEAU 2
Nombre de décès et taux standardisés* de mortalité prématurée (≤ 65 ans)
selon les principales causes de décès, en 2013

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2013 (en %)	Femmes	Variations** 2002-2013 (en %)	Ensemble	Variations** 2002-2013 (en %)
C00-D48	II. Tumeurs	26569	16964	43533	103,6	-22,7	62,8	-9,8	83,2	-18,3
C00-C97	Tumeurs malignes	25951	16631	42582	101,2	-22,6	61,5	-9,1	81,3	-18
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et pharynx	1657	334	1991	6,5	-37,5	1,2	-19,2	3,9	-35,1
C18-C18	Tum. mal. du côlon	1248	935	2183	4,9	-19,6	3,4	-11,3	4,2	-16,4
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	8884	3422	12306	34,7	-18,9	12,7	49,2	23,7	-7,6
C50-C50	Tum. mal. du sein	34	3932	3966	0,1	-44,9	14,6	-20,7	7,4	-21
C81-C96	Tum. mal. tissu lymph. et hématopoïétiques	1516	860	2376	5,9	-26,1	3,2	-34,6	4,5	-29,3
V01-Y89	XVII. Causes externes	11541	3543	15084	45	-26,4	13,3	-33,3	29,1	-28,1
V01-X59	Accidents	5493	1608	7101	21,2	-37	6	-37,5	13,6	-37,1
V01-V99	Accidents de transport	1973	446	2419	7,6	-58,1	1,7	-66,9	4,6	-60
W00-W19	Chutes accidentelles	638	194	832	2,5	-33,3	0,7	-32,4	1,6	-33,1
X60-X84	Suicides	5265	1633	6898	20,7	-12,7	6,2	-27,7	13,4	-16,7
I00-I99	VII. Mal. de l'app. circulatoire	9688	3456	13144	37,8	-31,5	12,8	-27,2	25,3	-30,5
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	3855	806	4661	15,1	-33,1	3	-19	9	-31,1
I60-I69	Maladies cérébro-vasculaires	1718	1032	2750	6,7	-30,6	3,8	-26	5,3	-29
K00-K93	IX. Mal. de l'app. digestif	4260	1588	5848	16,7	-29,1	5,9	-36,7	11,3	-31,2
K70-K70, K73-K74	Maladie chronique du foie	2814	1005	3819	11	-34,2	3,7	-42,8	7,4	-36,6
G00-H95	VI. Mal. du système nerveux et des organes des sens	1924	1324	3248	7,4	-15,6	4,9	-7,2	6,1	-12,5
F00-F99	V. Troubles mentaux et du comportement	2290	685	2975	9	-18,3	2,5	-20,8	5,8	-18,9
F10-F10	Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	1642	316	1958	6,5	-22,1	1,2	-38,9	3,8	-25,3
J00-J99	VIII. Mal. de l'app. respiratoire	2019	952	2971	7,8	-14,1	3,5	2,5	5,7	-9,6
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inférieures	747	360	1107	2,9	-15,7	1,3	2,4	2,1	-10,7
J45-J46	Asthme	103	104	207	0,4	-56,1	0,4	-42,4	0,4	-50,2
E00-E90	IV. Mal. endoc., nutri. et métaboliques	1610	898	2508	6,2	-11,3	3,3	-14,8	4,8	-12,5
E10-E14	Diabète	961	425	1386	3,7	-9,4	1,6	-24,3	2,6	-14,3
A00-B99	I. Mal. infectieuses et parasitaires	1215	581	1796	4,7	-39,1	2,1	-31	3,4	-36,8
B20-B24	Sida et VIH	297	124	421	1,2	-62,2	0,5	-44,6	0,8	-58,4
A00-Y89	Toutes causes confondues	71347	35046	106393	276,8	-20,9	129,1	-14,4	203	-19

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

** ((taux 2013 - taux 2002)/taux 2002)×100

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

du sein est à l'origine de 23,6 % des décès prématurés par cancer et les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, fortement associés au tabagisme, de 20,6 %. Ces cancers sont à l'origine de deux décès prématurés sur dix chez les femmes. Chez les hommes, les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon totalisent un tiers (34,2 %) des décès prématurés par cancer, soit un peu plus d'un décès prématuré sur dix, toutes causes confondues. Les morts violentes et les maladies cardio-vasculaires contribuent proportionnellement davantage à la mortalité prématurée des hommes (respectivement 16,2 % et 13,6 %) qu'à celle des femmes (respectivement 10,1 % et 9,9 %). Les suicides totalisent 45,6 % des décès prématurés par mort violente chez les hommes, soit un décès prématuré sur treize, toutes causes confondues, et 46,1 % chez les femmes, soit un décès prématuré sur vingt.

Le taux standardisé de mortalité prématurée (< 65 ans) est 2,1 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. L'écart est particulièrement marqué pour les tumeurs malignes de la lèvre,

TABLEAU 3

Nombre de décès et taux standardisés* de mortalité prématurée évitable (≤ 65 ans) selon les principales causes de décès, en 2013

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2013 (en %)	Femmes	Variations** 2002-2013 (en %)	Ensemble	Variations** 2002-2013 (en %)
C32-C34	Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	8884	3422	12306	34,7	-18,9	12,7	49,2	23,7	-7,6
X60-X84, Y87.0	Suicides	5275	1635	6910	20,7	-12,6	6,2	-27,6	13,5	-16,6
K70, K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	2807	996	3803	11	-34,3	3,7	-42,8	7,3	-36,7
V01-V89	Accidents de la circulation	1915	444	2359	7,4	-58,6	1,7	-66,6	4,5	-60,3
C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	1657	335	1992	6,5	-37,5	1,2	-19	3,9	-35,1
F10	Psychose alcoolique et alcoolisme	1642	316	1958	6,5	-22,1	1,2	-38,9	3,8	-25,2
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	1147	236	1383	4,5	-37,9	0,9	-2	2,7	-34
W00-W19	Chutes accidentelles	641	194	835	2,5	-33,4	0,7	-33,2	1,6	-33,3
B20-B24	Sida et infections par le VIH	490	275	765	1,8	-54,5	1	-38,4	1,4	-49,9
Total A00-Y89	Total mortalité prématurée évitable	24 453	7 852	32 305	95,4	-29	29,1	-17,7	62,3	-26,7
	Total mortalité prématurée	71 347	35 046	106 393	276,8	-20,9	129,1	-14,4	203	-19

s.p. : sans précision.

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

** ((taux 2013 - taux 2002)/taux 2002)×100

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

de la cavité buccale et du pharynx (×5,2), les cardiopathies ischémiques (×5,1) et les maladies de l'appareil circulatoire en général (×3,0). C'est également le cas pour les troubles mentaux et du comportement (×3,4), en particulier l'abus d'alcool, estimé à partir des psychoses alcooliques et alcoolisme² (×5,5), ainsi que les morts violentes (×3,3), en particulier les accidents de transport (×4,4) et les suicides (×3,3).

Sur la période 2002-2013, la mortalité prématurée par cancer du sein diminue de 20,7 % chez les femmes. Dans le même temps, la mortalité prématurée par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon augmente de 49,2 %. Cette augmentation, conséquence de la plus grande exposition des femmes au tabac, explique un moindre recul de la mortalité prématurée toutes causes confondues chez les femmes (- 14,4 %) que chez les hommes (- 20,9 %). Tous sexes confondus, le recul est particulièrement marqué pour les maladies de l'appareil circulatoire (- 30,5 %), les maladies de l'appareil digestif (- 31,2 %) et les morts violentes (- 28,1 %), particulièrement les accidents de transport (- 60,0 %).

Par rapport aux autres pays européens, la France se caractérise par une mortalité prématurée par cardiopathie ischémique faible (1^{er} rang pour les femmes, 3^e pour les hommes) et une mortalité prématurée par maladies cérébro-vasculaires modérée (10^e rang pour les hommes et 11^e pour les femmes). Pour le cancer du sein, le taux standardisé de la France est voisin de celui observé au niveau européen, ce qui place la France au 17^e rang des pays européens. La situation est en revanche très défavorable pour la mortalité prématurée par suicide, les taux observés en France étant systématiquement plus élevés que ceux observés au niveau européen, ce qui place la France au 22^e et 25^e rang des pays avec la mortalité prématurée par suicide la plus faible, respectivement pour les hommes et les femmes.

► Les causes de décès de la mortalité évitable³

Dans cette édition du rapport, comme dans les précédentes, la mortalité évitable a été définie à partir des causes de mortalité suivantes, considérées comme pouvant être évitées par une réduction des comportements individuels à risque⁴ : les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage et du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation,

2. Cf. partie « Mortalité et consommation d'alcool et de tabac ».

3. Mortalité évitable en lien avec des actions de prévention.

4. Cf. partie « Mortalité prématurée et évitable ».

les chutes accidentelles, les suicides et le sida (tableau 3). Cette liste n'est toutefois ni exhaustive, ni exclusive, dans la mesure où d'autres causes de décès peuvent être prévenues par une modification des comportements individuels (mortalité liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive, mortalité par mélanome malin de la peau...) et/ou par une prise en charge opportune et efficace (VIH, hépatite C...).

En 2013, la mortalité prématurée considérée comme évitable représente 32 305 décès domiciliés en France entière (hors Mayotte). Les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon totalisent 38,1 % de ces décès (36,3 % pour les hommes, 43,5 % pour les femmes). Sur la période 2002-2013 et à structure d'âge égale, le taux standardisé de mortalité pour les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon diminue de 18,9 % chez les hommes mais augmente de 49,2 % chez les femmes. La plus forte diminution du taux standardisé de mortalité s'observe pour les accidents de la circulation (- 60,3 %), le sida et les infections par le VIH (- 49,9 %) et les cirrhoses alcooliques (- 36,7 %). Le recul observé pour la mortalité par suicide est modeste (- 16,6 %), particulièrement chez les hommes (-12,6 %).

Références bibliographiques :

- Eurostat, *Causes of Death Statistics. Statistics Explained* [en ligne] : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics.
- Eurostat, *Cardiovascular Diseases Statistics. Statistics Explained* [en ligne] : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cardiovascular_diseases_statistics.
- Eurostat, *Cancer Statistics. Statistics Explained* [en ligne] : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics.
- Eurostat, *Causes of Death. Your key to European Statistics* [en ligne] : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/causes-death/data/database>.

Principaux motifs de recours aux soins ambulatoires : le poids des maladies cardio-vasculaires pour les plus âgés

5. L'EPPM a pour objet de décrire de manière détaillée l'évolution des prescriptions des médecins libéraux (généralistes, internes, cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, gynécologues, neuropsychiatres, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, urologues, endocrinologues, phlébologues) en France métropolitaine. Chaque trimestre, 835 médecins libéraux sont interrogés pendant 7 jours consécutifs. Pour chaque séance, sont renseignés la date, le lieu, le sexe, l'âge, la profession du patient, le(s) diagnostic(s) ou motif(s). Les résultats sont redressés afin de les étendre à l'ensemble des médecins libéraux de France métropolitaine.

Selon l'Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM)⁵ d'IMS-Health, les maladies de l'appareil respiratoire, les motifs liés à la surveillance, la prévention et autres facteurs influant sur l'état de santé, et les maladies infectieuses et parasitaires constituent, avant 25 ans, les trois principaux motifs de diagnostics ou de recours à la médecine de ville (tableau 4), autant chez les hommes que chez les femmes. Entre 25 et 64 ans, le nombre de motifs de consultation augmente et demeure identique pour les hommes et les femmes (respectivement 136,7 et 136,4 motifs pour 100 séances). Les motifs diffèrent en revanche selon le sexe. Chez les hommes, les trois principaux motifs de recours sont, à parts quasi égales, les maladies cardio-vasculaires (19,4 motifs pour 100 séances), les maladies de l'appareil respiratoire (18,3 motifs pour 100 séances) et les maladies du système ostéo-articulaire (17,8 motifs pour 100 séances). Chez les femmes, les maladies de l'appareil respiratoire (16,6 motifs pour 100 séances), les troubles mentaux et du comportement (16,4 motifs pour 100 séances) et les maladies du système ostéo-articulaire (15,4 motifs pour 100 séances) constituent les trois principaux motifs de recours. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, le nombre de motifs de consultations en médecine de ville augmente sensiblement et de manière plus marquée chez les femmes que chez les hommes (207,2 motifs de recours pour 100 séances contre 198,0). Les trois principaux motifs de consultations sont identiques pour les hommes et les femmes, avec toutefois des fréquences différentes. Il s'agit des maladies cardio-vasculaires (respectivement 58,8 et 51,0 motifs pour 100 séances), des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (31,9 motifs pour 100 séances pour les hommes comme pour les femmes) et des maladies du système ostéo-articulaire (respectivement 18,2 et 29,6 motifs pour 100 séances).

TABLEAU 4

Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (du 1^{er} septembre 2013 au 31 août 2014)

	Nombre de recours pour 100 séances					
	Moins de 25 ans		25 à 64 ans		65 ans ou plus	
	H	F	H	F	H	F
Ensemble des pathologies	114,6	117,5	136,7	136,4	198	207,2
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0	0	0	0	0	0
Causes externes de morbidité et de mortalité	0	0	0	0	0	0
Facteurs influençant sur l'état de santé	18,9	26,9	6,6	13,9	7,7	7,8
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0,5	0	1	0	0
Lésions traumatiques	5,2	3,6	4,9	3,7	2,1	2,8
Maladies de l'appareil circulatoire	0,4	0,6	19,4	11,6	58,8	51
Maladies de l'appareil digestif	3,2	3,5	7,4	6,7	11,4	14
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,9	4,9	2,7	7,8	11,1	4,7
Maladies de l'appareil respiratoire	35,2	30,2	18,3	16,6	13,7	10,4
Maladies de l'œil et de ses annexes	3,4	3,1	2,5	2,5	4,6	5,4
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	7,2	5,9	2	1,7	1,1	1,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	7,6	8,2	5,6	5,1	4,1	3,9
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,1	0,4	0,1	0,4	0,5	0,7
Maladies du système nerveux	1	1,2	5,2	5,9	8,9	11,2
Maladies du système ostéo-articulaire	3,7	3,3	17,8	15,4	18,2	29,6
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0,6	1	13,5	11,2	31,9	31,9
Maladies infectieuses et parasitaires	13,4	11	6,3	6,2	2,8	3,4
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	11,7	10,7	8	9,2	9,9	12,6
Troubles mentaux et du comportement	1,8	2,2	15,7	16,4	8,4	14,8
Tumeurs	0,2	0,1	0,7	0,8	2,6	1,5

Note • Ne sont présentés que les diagnostics ayant donné lieu, dans les classes thérapeutiques considérées, à plus de 50 prescriptions annuelles auprès de l'échantillon de médecins. Les autres diagnostics sont classés comme non significatifs.

Champ • France métropolitaine (hors Corse).

Source • Étude permanente de la prescription médicale (IMS-Health) ; exploitation DREES.

Principales causes de morbidité déclarée : le poids des maladies du système ostéo-articulaire, surtout chez les femmes

Le module européen sur l'état de santé, développé par Eurostat et intégré en 2014 à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), qui porte en France la seconde vague de l'enquête européenne par entretien sur la santé (European Health Interview Survey, EHIS)⁶, permet d'estimer la prévalence en population générale des pathologies et problèmes de santé retenus dans la liste proposée dans le questionnaire. Comme pour toutes les données déclaratives, cette prévalence ne tient pas compte des éventuelles omissions, volontaires ou non (biais de mémorisation, biais de désirabilité ou mauvaise compréhension des affections dont la personne interrogée souffre réellement), ainsi que de la part non diagnostiquée de ces pathologies et problèmes de santé.

En 2014, la part de la population ne déclarant aucune pathologie ou problème de santé de la liste proposée diminue nettement avec l'âge, passant de 63,0 % chez les 15-24 ans, à 38,6 % chez les 25-64 ans et à 12,8 % chez les 65 ans et plus. Quelle que soit la classe d'âges, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à ne déclarer aucune pathologie ou problème de santé de la liste proposée (tableau 5). Peu de pathologies ou problèmes de santé sont déclarés

6. <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/microdata/european-health-interview-survey>

TABLEAU 5
Principales causes de morbidité déclarée* selon le sexe et l'âge, en 2014 (en %)

	Moins de 25 ans			25 à 64 ans			65 ans ou plus		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Asthme	9,0	9,3	9,1	6,7	8,6	7,7	11,2	12,0	11,6
Bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou emphysème	2,1	4,7	3,4	3,7	4,8	4,3	10,2	10,7	10,5
Infarctus du myocarde				0,9	0,3	0,6	4,1	2,4	3,2
Maladies des artères coronaires, angine de poitrine ou angor	0,3		0,1	1,3	0,5	0,9	8,6	4,4	6,3
Hypertension artérielle	0,9	0,1	0,5	9,9	10,5	10,2	34,9	35,2	35,0
Accident vasculaire cérébral ou attaque cérébrale	0,1	0,2	0,1	0,4	0,4	0,4	3,4	3,3	3,4
Arthrose hors colonne vertébrale	0,1	0,5	0,3	10,1	17,4	13,9	39,3	57,8	49,5
Lombalgie ou autre atteinte chronique du dos	9,2	16,5	12,9	29,3	31,1	30,2	35,1	40,6	38,1
Cervicalgie ou autre atteinte cervicale chronique	2,5	9,0	5,8	11,7	19,2	15,6	16,5	27,4	22,5
Diabète	2,1	4,6	3,4	7,0	8,9	8,0	22,1	17,9	19,8
Allergie	14,3	16,0	15,2	11,5	16,9	14,3	9,6	15,7	13,0
Cirrhose du foie				0,1	0,0	0,1	0,4	0,4	0,4
Incontinence urinaire, fuites urinaires ou problème de contrôle de la vessie	0,5	1,7	1,1	1,5	4,8	3,2	11,7	16,8	14,5
Problèmes rénaux	0,4	0,5	0,5	1,8	1,5	1,7	3,9	4,1	4,0
Dépression	2,2	3,1	2,7	4,4	8,0	6,3	3,3	9,3	6,6
Autre maladie chronique	3,0	3,7	3,4	7,7	10,8	9,3	14,9	18,0	16,6
Aucune pathologie ou problème de santé déclaré	67,7	58,4	63,0	41,2	36,3	38,6	14,1	11,7	12,8

* Proportion de personnes ayant répondu oui à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies ou problèmes de santé ? »

Champ • France métropolitaine, population âgée de 15 ans et plus en ménage ordinaire.

Source • EHS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

par les jeunes âgés de 15 à 24 ans (tableau 5) : il s'agit essentiellement d'allergie (15,2 %), de lombalgie ou d'autre atteinte chronique du dos (12,9 %) et d'asthme (9,1 %), les femmes déclarant plus fréquemment que les hommes souffrir d'une lombalgie (16,5 % contre 9,2 %). La dépression, le diabète et la BPCO sont également déclarés par respectivement 2,2 %, 2,1 % et 2,1 % des hommes âgés de 15 à 24 ans et la BPCO, le diabète et la dépression par 4,7 %, 4,6 % et 3,1 % des femmes âgées de 15 à 24 ans. Entre 25 et 64 ans, davantage de pathologies ou de problèmes de santé sont déclarés. Si les allergies (14,3 %) et l'asthme (7,7 %) demeurent cités à des niveaux comparables à ceux observés chez les 15-24 ans, les maladies du système ostéo-articulaire voient leur fréquence de citation fortement augmenter. Presque un tiers (30,2 %) des adultes âgés de 25 à 64 ans déclarent souffrir d'une lombalgie ou d'une autre atteinte chronique du dos, 15,6 % d'une cervicalgie ou d'une autre atteinte cervicale chronique et 13,9 % d'une arthrose ; les femmes déclarant plus fréquemment ces pathologies que les hommes. L'hypertension artérielle et le diabète sont respectivement cités par 10,2 % et 8,0 % des personnes de cette classe d'âges.

Parmi les 65 ans et plus, l'arthrose, la lombalgie ou une autre atteinte chronique du dos et l'hypertension artérielle constituent les pathologies ou problèmes de santé les plus fréquemment déclarés par respectivement 49,5 %, 38,1 % et 35,0 % des adultes. Si l'hypertension artérielle est déclarée dans la même proportion par les hommes et les femmes, les maladies du système ostéo-articulaire sont davantage déclarées par les femmes : 57,8 % contre 39,3 % pour l'arthrose, 40,6 % contre 35,1 % pour la lombalgie et 27,4 % contre 16,5 % pour la cervicalgie. Le diabète est en revanche davantage cité par les hommes que par les femmes (22,1 % contre 17,9 %). L'incontinence urinaire est également déclarée par 11,7 % des hommes contre 16,8 % des femmes âgées de 65 ans et plus.

Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les maladies respiratoires avant 15 ans, les recours liés à la maternité entre 15 et 44 ans, les maladies de l'appareil digestif entre 45 et 64 ans, les tumeurs entre 65 et 84 ans, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus âgés

► Taux d'hospitalisation en court séjour

Le taux global d'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – MCO) est égal à 260 séjours pour 1 000 habitants en 2014. Ce taux brut est plus élevé pour les femmes que pour les hommes (273 séjours pour 1 000 femmes contre 246 séjours pour 1 000 hommes).

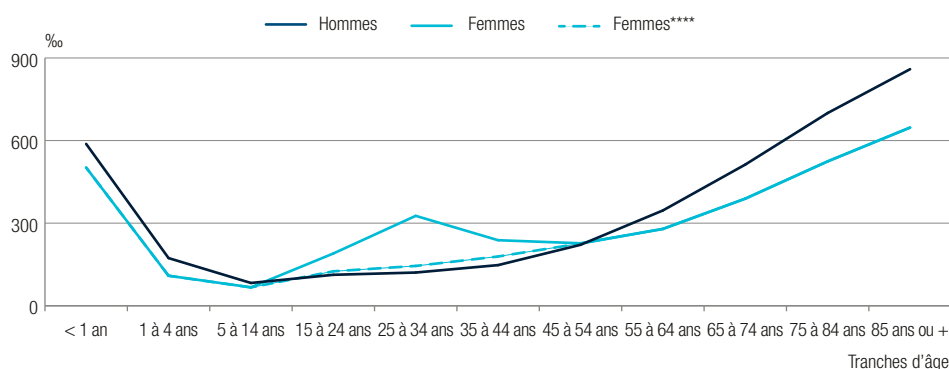
Les taux d'hospitalisation des femmes sont plus élevés que ceux des hommes entre 15 et 49 ans, mais plus faibles avant 15 ans et à partir de 50 ans. Ainsi, après prise en compte de la structure par âge, le taux standardisé d'hospitalisation des femmes est à peine plus élevé que celui des hommes (taux standardisés sur la structure d'âge de la population européenne : 271 séjours pour 1 000 habitantes, contre 266 pour 1 000 hommes). De plus, ce taux standardisé est inférieur à celui des hommes lorsque l'on exclut les séjours liés à la maternité (232 séjours hors maternité pour 1 000 habitantes).

Le taux d'hospitalisation varie surtout avec l'âge (graphique 1). La fréquentation hospitalière est élevée avant un an, avec un taux de recours égal à 546 pour 1 000 nourrissons en 2014. Mais, après la première année, les taux d'hospitalisation des enfants sont plus faibles que dans les autres groupes d'âges, particulièrement entre 5 et 14 ans. Les taux d'hospitalisation des adultes augmentent avec l'âge et, pour les femmes, avec la maternité. Le taux d'hospitalisation dépasse 500 pour 1 000 habitants avant un an, ainsi que pour les hommes à partir de 70 ans et les femmes à partir de 80 ans.

Compte tenu du poids des différentes classes d'âges dans la population et de leurs taux respectifs de recours en 2014, la part des hospitalisations en court séjour est respectivement égale à 9 % pour les moins de 15 ans, 27 % pour les 15-44 ans, 27 % également pour les 45-64 ans, 29 % pour les 65-84 ans et 8 % pour les plus âgés.

GRAPHIQUE 1

Taux d'hospitalisation* en court séjour MCO** des établissements de santé en 2014***



* Nombre de séjours de personnes domiciliées en France entière pour 1 000 habitants.

** Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

*** Hospitalisations de jour (sauf les séances) et hospitalisations complètes (au moins une nuitée). Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ont été exclus.

**** Non compris les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision).

Champ • France entière, établissements publics et privés, y compris le service de santé des armées, patients domiciliés en France.

Sources • PMSI (ATIH) ; estimations localisées de population (INSEE) ; exploitation DREES.

► **Principaux motifs de recours**

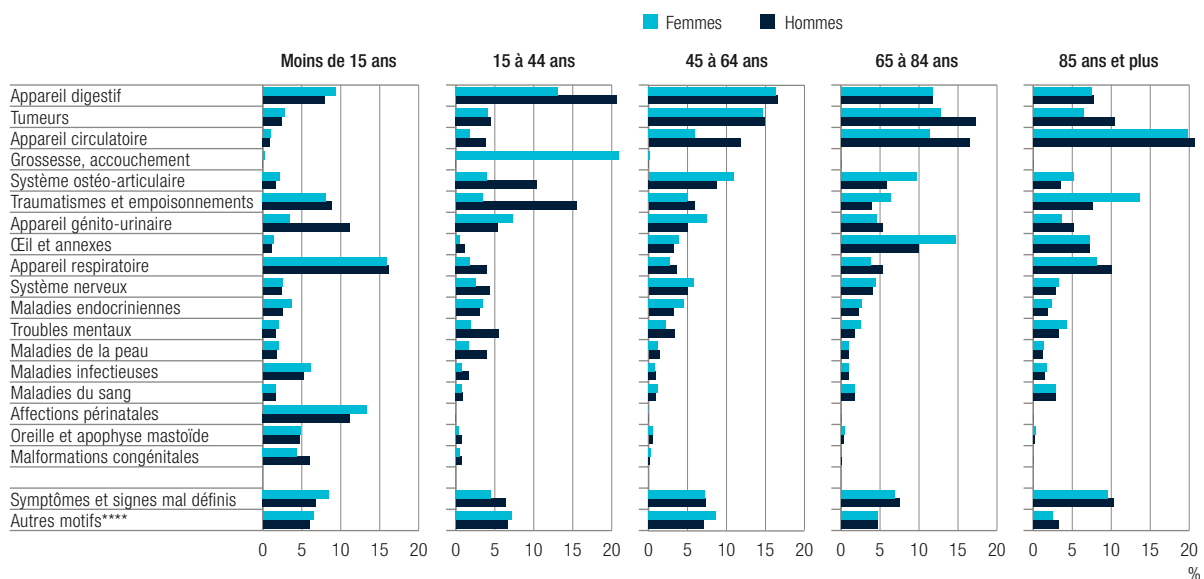
En 2014, en France, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients (tous âges et tous sexes) hospitalisés en court séjour sont les maladies de l'appareil digestif, suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire.

Avant 15 ans, les motifs de recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont les maladies de l'appareil respiratoire (16 %), avec essentiellement des affections chroniques des amygdales ou des végétations adénoïdes, des bronchiolites aiguës et de l'asthme. Les « affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » constituent le deuxième motif d'hospitalisation des moins de 15 ans (12 %, mais 42 % des recours des nourrissons de moins d'un an). Viennent ensuite les « lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes » (9 %), les maladies de l'appareil digestif (8,5 %), avec en premier lieu les problèmes dentaires et l'appendicite aiguë, puis les « maladies de l'appareil génito-urinaire » (8 %).

La hiérarchie des motifs d'hospitalisation diffère quelque peu selon le sexe. Ainsi, la troisième cause de recours des jeunes garçons est liée à l'appareil génito-urinaire (11 %, essentiellement pour intervention sur le prépuce), avant les traumatismes (9 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les filles, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires et les affections d'origine périnatale, sont les maladies de l'appareil digestif (9 %), puis les séjours pour « symptômes ou

GRAPHIQUE 2
Répartition des séjours hospitaliers* annuels en court séjour MCO** selon la pathologie traitée***, l'âge et le sexe du patient, en 2014



* Hospitalisations avec ou sans nuitée, sauf les traitements itératifs en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.). Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ont été exclus.

** Médecine, chirurgie et obstétrique.

*** Diagnostic principal (ou diagnostic relié, le cas échéant, pour le chapitre 21) : regroupement selon les chapitres de la classification internationale des maladies de l'OMS, 10^e révision (CIM-10).

**** Motifs de recours autres que les maladies ou traumatismes tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Note • les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquence (les deux sexes et tous âges réunis), sauf pour les « symptômes, signes et états morbides mal définis », ainsi que les « autres motifs ».

Champ • France entière, établissements publics et privés, y compris le service de santé des armées, patients domiciliés en France.

Source • PMSI (ATIH) ; exploitation DREES.

résultats d'examen anormaux, non classés ailleurs » (8,5 %) et les recours pour lésions traumatiques ou de causes externes (8 %).

Entre 15 et 44 ans, les motifs de recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont liés à la « grossesse, l'accouchement et la puerpéralité » (27 %). Les maladies de l'appareil digestif constituent la 2^e cause de recours des 15-44 ans (16 %, le motif le plus fréquent à ces âges étant les dents incluses). Viennent ensuite les lésions dues aux traumatismes et autres causes externes (8 %), les séjours pour surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé (7 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Dans cette classe d'âges, la hiérarchie des motifs d'hospitalisation diffère de façon importante selon le sexe. Pour les hommes, les motifs de recours les plus fréquents sont les maladies de l'appareil digestif (21 %), suivies par les lésions dues aux traumatismes ou autres causes externes (15,5 %) ainsi que les maladies du système ostéo-articulaire (10 %).

Pour les femmes, les séjours liés à la maternité représentent 40 % des hospitalisations en MCO, devant les pathologies digestives (13 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Viennent ensuite, pour les femmes et pour les hommes, les recours pour surveillance, prévention et autres facteurs influant sur l'état de santé et ceux pour bilan de symptômes ou de résultats anormaux d'examen.

Entre 45 et 64 ans, les recours les plus fréquents sont liés à l'appareil digestif (16 %) et aux tumeurs (15 %). Viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire (10 %) et de l'appareil circulatoire (9 %), puis les recours pour surveillance, prévention et autres facteurs influant sur l'état de santé (8 %) ou pour bilan de symptômes ou examens anormaux (7 %).

Les deux premiers motifs sont identiques pour les deux sexes. Mais pour les hommes de cette classe d'âges, les maladies de l'appareil circulatoire représentent le 3^e motif de recours (12 %), avant les affections du système ostéo-articulaire (9 %).

Pour les femmes, le poids des maladies de l'appareil circulatoire est plus faible à ces âges (6 %) ; ce sont les maladies du système ostéo-articulaire qui viennent en 3^e position (11 %), suivies par les recours pour surveillance ou prévention (9 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (8 %).

Entre 65 et 84 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les tumeurs (15 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (14 %). Viennent ensuite les recours pour maladie de l'œil ou de ses annexes, c'est-à-dire essentiellement pour cataracte, et pour maladie de l'appareil digestif (12 % dans les deux cas), puis ceux pour maladie de l'appareil ostéo-articulaire (8 %).

Les tumeurs (17 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (16,5 %) sont également les deux premiers motifs d'hospitalisation masculins, suivis par les maladies de l'appareil digestif (12 %), puis les maladies de l'œil (10 %), avant les bilans pour symptômes ou anomalie d'examen (7 %).

Pour les femmes de cette classe d'âges, ce sont les maladies de l'œil et de ses annexes qui constituent le motif de recours le plus fréquent (15 %), devant les tumeurs (13 %), les maladies de l'appareil digestif (12 %), les maladies de l'appareil circulatoire (11 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (10 %).

Pour les personnes âgées d'au moins 85 ans, l'appareil circulatoire est le premier motif de recours hospitalier (20 %). À ces âges, les lésions dues aux traumatismes, empoisonnements ou autres causes externes représentent la 2^e cause d'hospitalisation (11 %, dont près d'un tiers pour fracture du col du fémur). Viennent ensuite les recours pour bilan de symptômes ou anomalie d'examen (10 %), puis les maladies de l'appareil respiratoire (9 %), avant les tumeurs (8 %), les maladies de l'appareil digestif (8 %) et les affections de l'œil ou de ses annexes (7 %).

Le poids des maladies de l'appareil circulatoire est similaire pour les deux sexes (21 % et 20 %). Pour les hommes, les tumeurs représentent encore à ces âges la 2^e cause de recours (10 %), suivies par les bilans d'anomalie et les recours pour maladie de l'appareil respiratoire (10 % également pour ces deux groupes). Viennent ensuite les motifs digestifs (8 %) et les recours pour lésion traumatique (8 % dans les deux cas).

Pour les femmes âgées, les lésions traumatiques, empoisonnement ou autres conséquences de causes externes sont le 2^e motif de recours (14 %), après les maladies de l'appareil circulatoire. Viennent ensuite les bilans (10 %), les maladies de l'appareil respiratoire (8 %), puis les maladies de l'appareil digestif et les recours pour affections de l'œil et ses annexes (7 % dans les deux cas).

Ainsi, la distribution des motifs d'hospitalisation en court séjour, regroupés par chapitre de la classification internationale des maladies, varie en fonction de l'âge et souvent du sexe :

- avant 15 ans, les motifs les plus fréquents sont les maladies respiratoires et les affections d'origine périnatale, ce pour les deux sexes ;
- entre 15 et 44 ans, les principales causes des recours masculins sont les maladies de l'appareil digestif, suivies par les lésions traumatiques, empoisonnements ou autres conséquences de causes externes, alors que les motifs féminins les plus fréquents sont la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, puis les maladies de l'appareil digestif ;
- entre 45 et 64 ans, les deux premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs, pour les hommes comme pour les femmes ;
- entre 65 et 84 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes, alors que pour les femmes ce sont les maladies de l'œil et de ses annexes, puis les tumeurs ;
- enfin, les causes les plus fréquentes d'hospitalisation des personnes âgées de 85 ans ou plus sont les maladies de l'appareil circulatoire pour les deux sexes puis, pour les hommes, les tumeurs et, pour les femmes, les lésions traumatiques ou autres conséquences de causes externes. ■

Bibliographie

- **Mouquet M.C.**, 2013, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Document de travail, Série Études et Recherche*, DREES, n° 128, novembre.
- **Mouquet M.C.**, 2015, « Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? », *Études et Résultats*, DREES, n° 928, août.
- Données de morbidité hospitalière : www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx

►►► **Organismes responsables de la production de ce chapitre** : Santé publique France et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques



1. Synthèse p. 10

2. Contexte démographique p. 36

3. Mesure des inégalités sociales,
déterminants sociaux
et territoriaux de la santé p. 50

4. État de santé global
de la population p. 70

5. Principales causes
de décès et de morbidité p. 96

**6. Déterminants,
santé populationnelle
et pathologies spécifiques**

7. Profils régionaux p. 340

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. ■

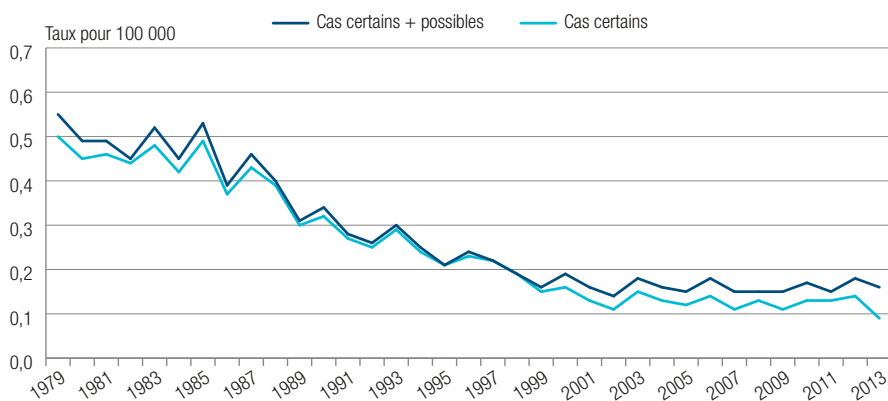
►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Santé publique France

🔄 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.

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.

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

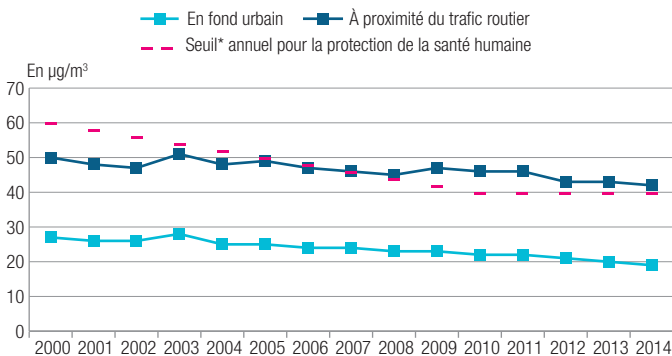
* Relativement aux périmètres de la CEE-NU/NEC, les émissions répertoriées hors total national sont les suivantes : les émissions maritimes internationales, les émissions de la phase croisière (≥ 1000 m) des trafics aériens domestique et international, ainsi que les émissions des sources biotiques de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

INDICATEUR • Émissions polluantes nationales

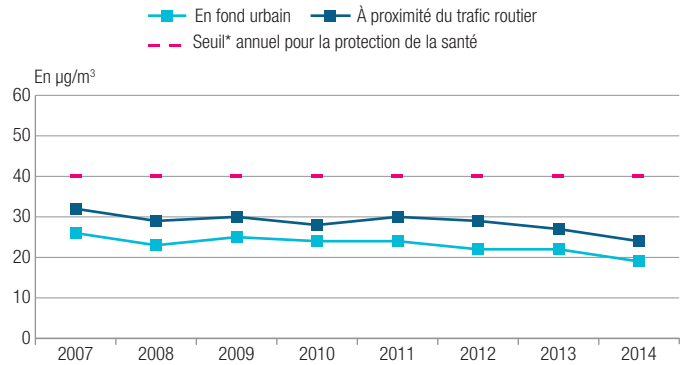
► **Champ** : France métropolitaine. ► **Source** : Inventaire des émissions de polluants atmosphériques et de gaz à effet de serre en France. Séries sectorielles et analyses étendues. Format SECTEN (CITEPA). ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CITEPA.

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.

GRAPHIQUE 2

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



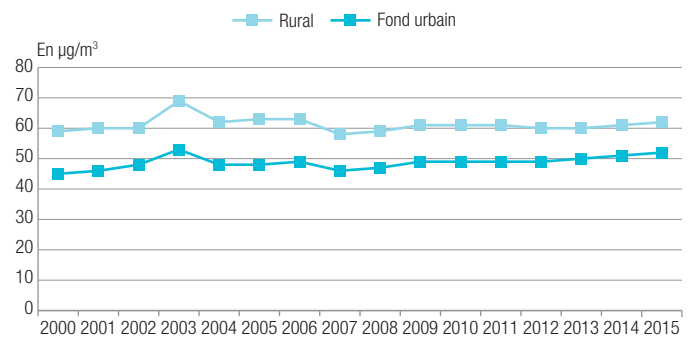
* Article R.221-1 du Code de l'environnement.

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.

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.

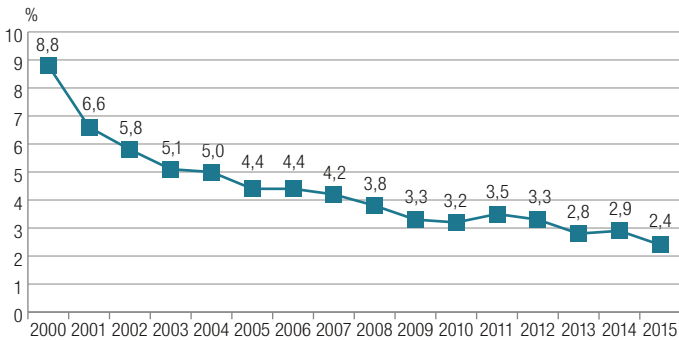
En 2014, la proportion de la population alimentée par de l'eau ayant été non conforme au moins une fois aux limites de qualité des pesticides était de 6 % (environ 3,9 millions d'habitants). Cette proportion est en légère baisse après deux années de hausse à mettre en relation notamment avec l'émergence 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

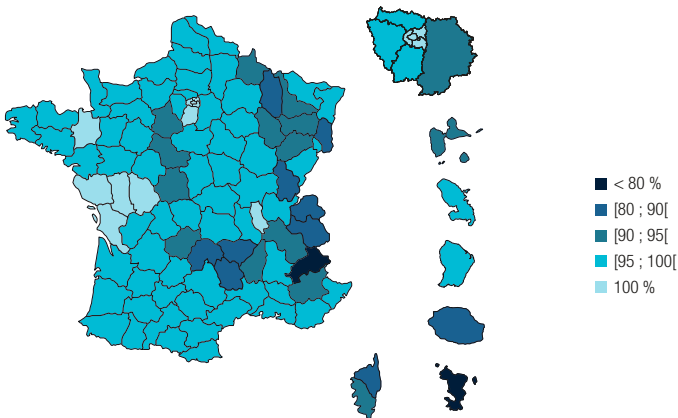
La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques au cours de l'année a diminué de 6,4 points entre 2000 et 2015 (2,4 %). La poursuite des travaux de mise en conformité des installations de production et de distribution d'eau potable 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).

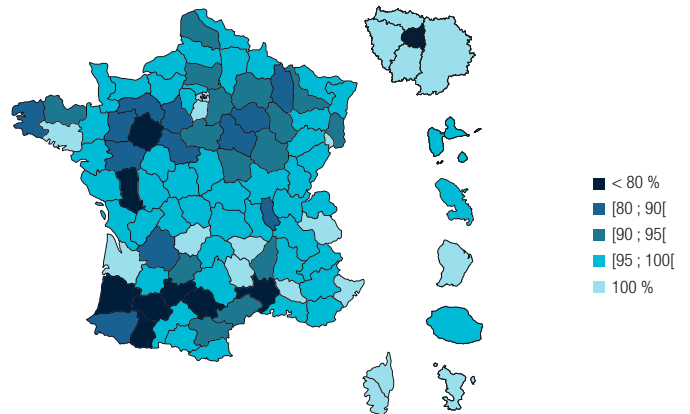
TABLEAU 1
Proportion de population desservie par une eau non conforme au moins une fois dans l'année pour les pesticides, entre 2003 et 2014

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.

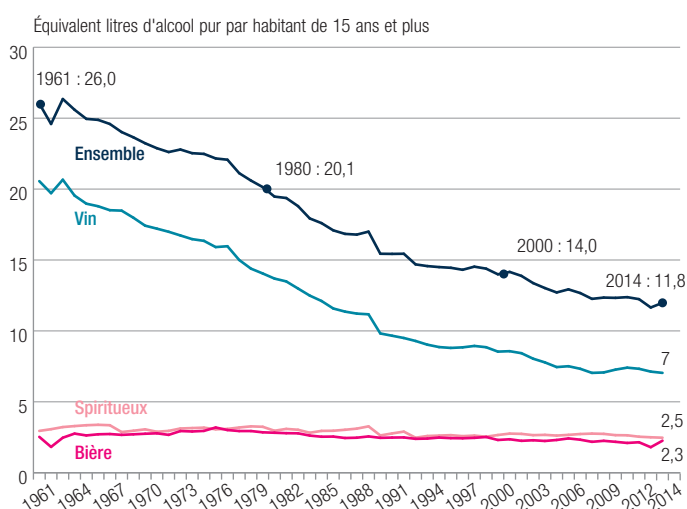
Quelques régions se distinguent par des prévalences de consommation quotidienne d'alcool différentes de la moyenne métropolitaine (carte 1) : la région Occitanie affiche un taux supérieur, avec 12,2 % de buveurs quotidiens, tandis que l'Île-de-France se situe à un niveau inférieur avec 7,6 %. La proportion 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.

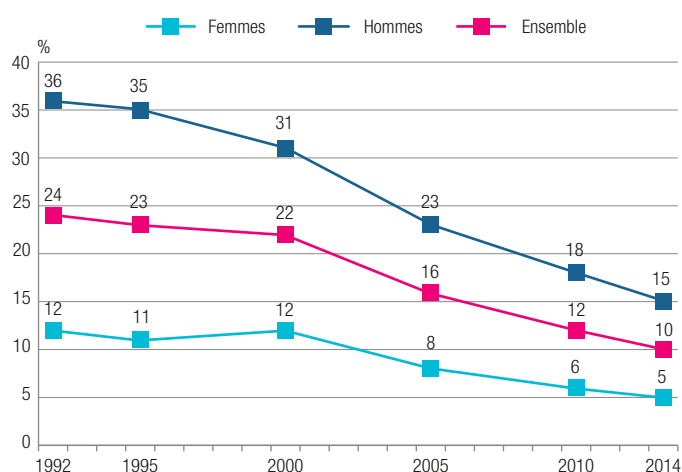
2. La consommation non taxée correspond à l'autoconsommation et aux achats illégaux.

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



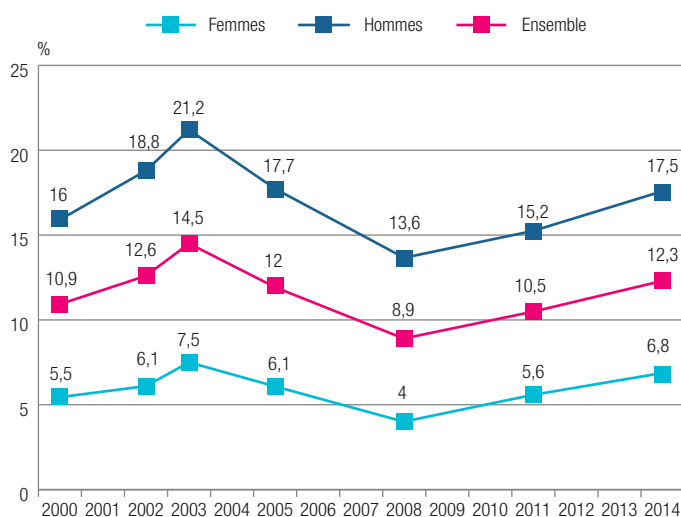
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • OMS ; groupe IDA ; INSEE.

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

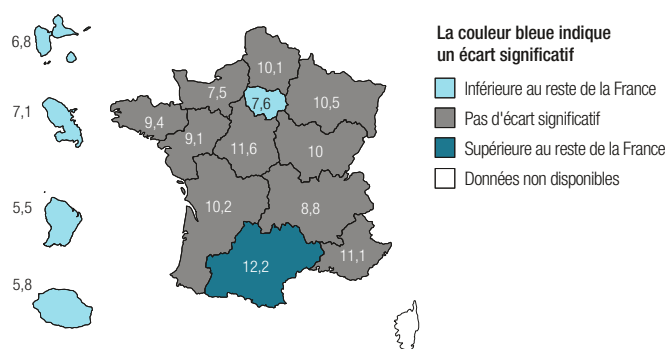
En 2014, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français s'établit à 12,0 litres par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur) par habitant de 15 ans et plus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

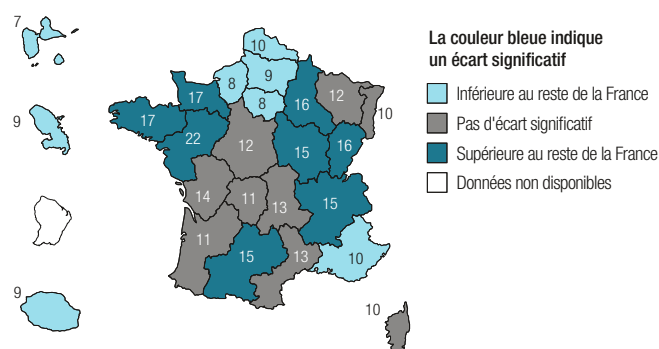


* Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population métropolitaine de l'enquête Emploi 2014 (INSEE).

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 Nezet 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).

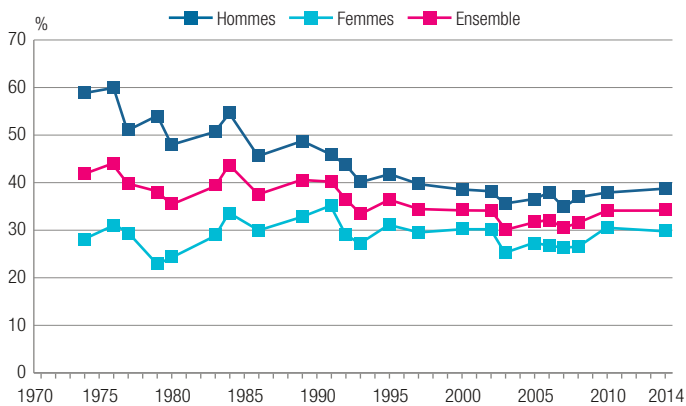
De plus, on observe un maintien des inégalités sociales en matière de tabagisme. L'écart entre les chômeurs et les personnes qui travaillent continue même à se creuser : en 2014, parmi les 18-64 ans, 48 % des chômeurs fument quotidiennement contre 30 % des actifs occupés. Parmi les actifs occupés, la 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

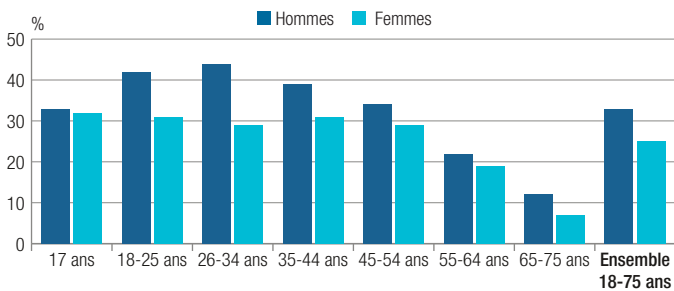
GRAPHIQUE 1
Évolution de la prévalence de fumeurs actuels*, entre 1974 et 2014 (en %)



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

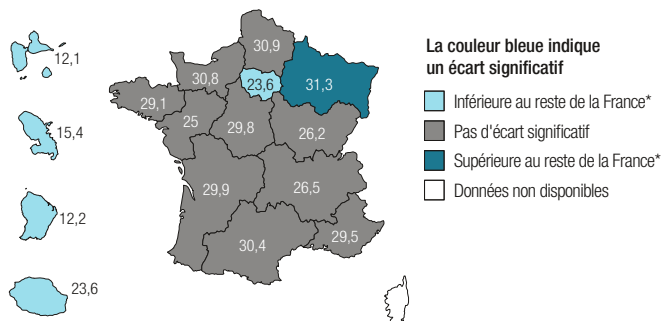
Champ • France métropolitaine. Population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.
Sources • Enquêtes CFES de 1974 à 2000; EROPP 2002 (OFDT); Enquêtes Prévalences 2003-2005 (INPES); Baromètres santé 2005, 2010 et 2014 (INPES), Baromètre santé environnement 2007 (INPES); Baromètre santé nutrition 2008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

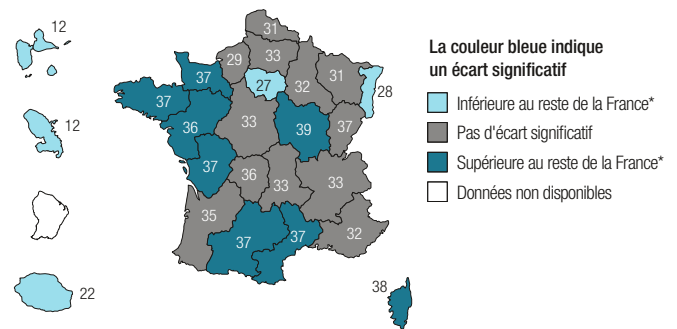
	Population adulte 18-64 ans	Tabagisme quotidien
Actifs occupés	Agriculteurs	21
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	33
	Cadres et professions intellectuelles	19
	Professions intermédiaires	27
	Employés	31
	Ouvriers	42
	Chômeurs	
Étudiants		26
Inactifs		27

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

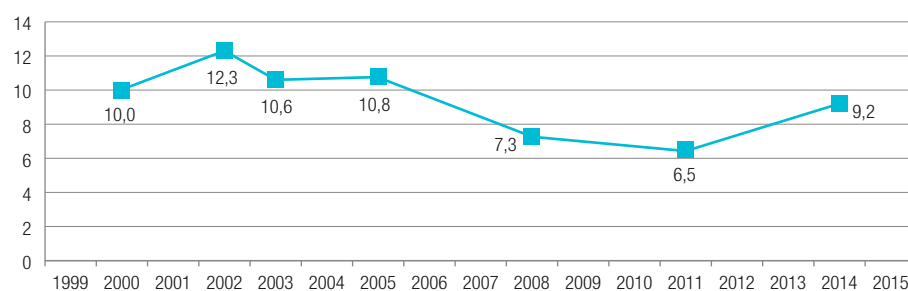
En 2014, l'usage régulier de cannabis (au moins 10 usages dans le mois) à 17 ans concerne 9,2 % des jeunes, les garçons plus souvent que les filles (12,5 % contre 5,8 %). Il apparaît en augmentation après la baisse observée entre 2005 (10,8 %) et 2011 (6,5 %) (graphique 1). Au niveau régional (ancien 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'élevé 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

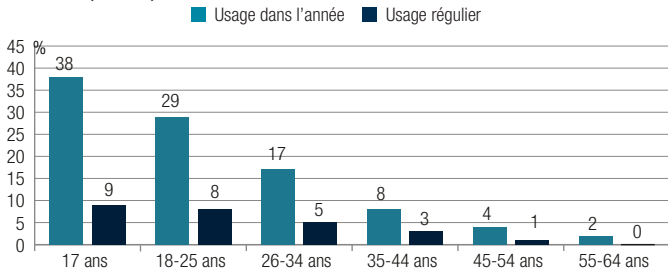
GRAPHIQUE 1
Évolution de la prévalence de l'usage régulier (au moins 10 usages dans le mois) de cannabis à 17 ans, entre 2000 et 2014 (en %)



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 %)

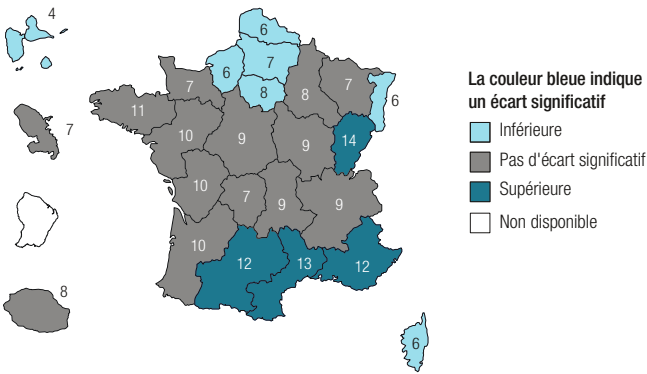


Champ • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans; France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

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 %)

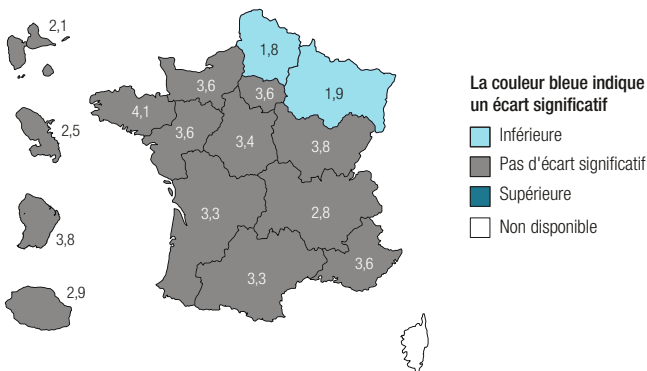


Lecture • France entière (hors Guyane et Mayotte), population âgée de 17 ans.

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 %)

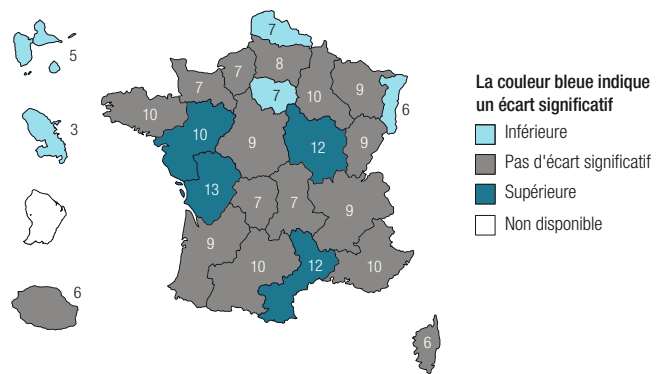
Population adulte 18-64 ans		Usage régulier de cannabis
Actifs occupés	Agriculteurs	0,9
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2,4
	Cadres et professions intellectuelles	1,1
	Professions intermédiaires	3,1
	Employés	2,7
	Ouvriers	2,9
Chômeurs		6,1
Étudiants		8,1
Inactifs		0,8

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 %)



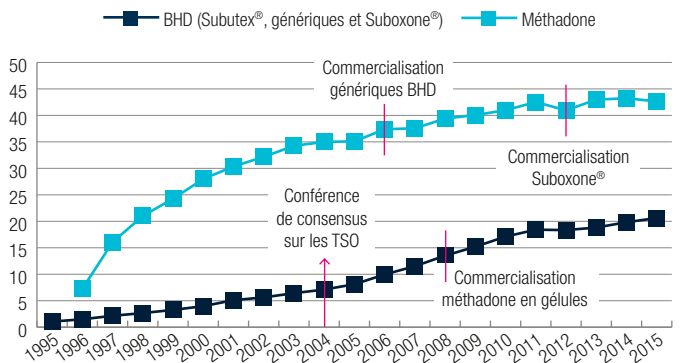
* Parmi l'ecstasy/MDMA, les amphétamines, le crack, la cocaïne, l'héroïne, le LSD, les champignons hallucinogènes.

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 %)

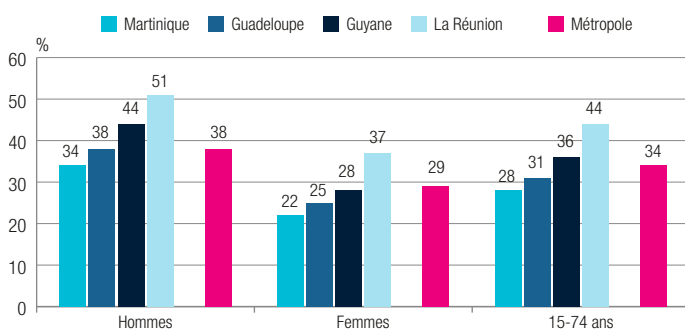
PCS des parents	% d'enfants qui...		
	... passent plus d'une heure devant un écran...		... ont un écran dans leur chambre
	... les jours de classe	... les jours sans classe	
Cadres	25,4	76,0	9,0
Professions intermédiaires	37,7	84,2	17,3
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	44,9	83,8	25,0
Employés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

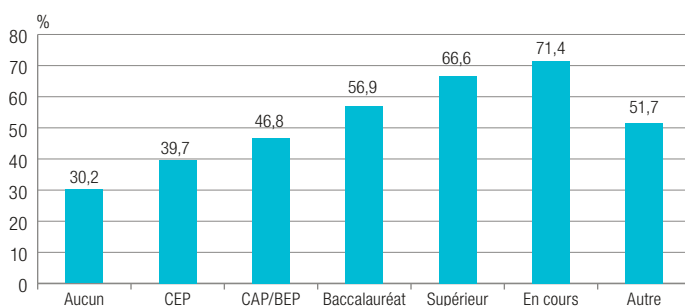


Champ • France entière (hors Mayotte), personnes de 15 à 74 ans en ménage ordinaire.

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)

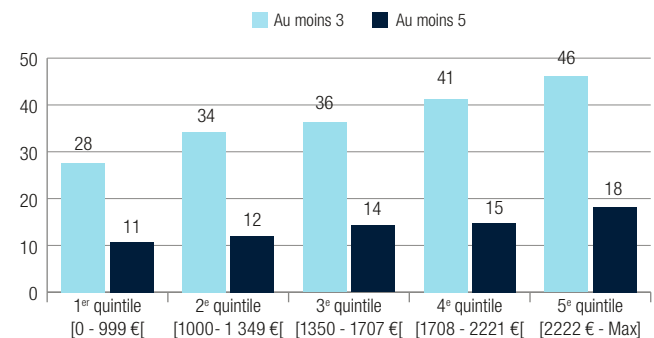
1. Ces données par sexe, âge, niveau d'études et PCS, antérieures à 2010, figurent de façon plus détaillée dans l'édition 2015 de ce rapport.

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 généra, 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 (InVS), 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
Poliomyélite 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.

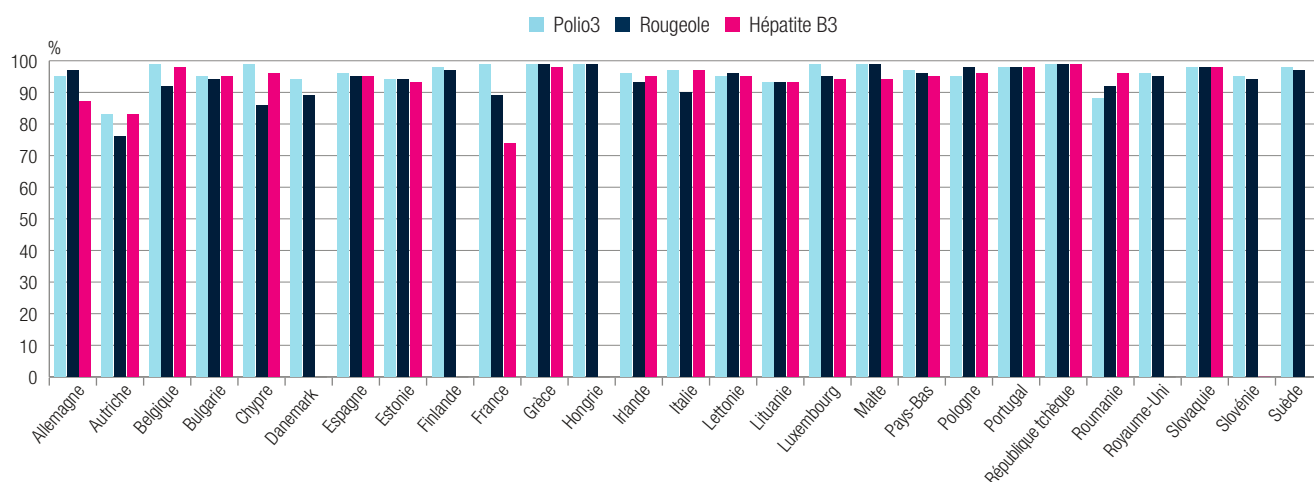
3. Estimations au 31 décembre 2014.

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 %)



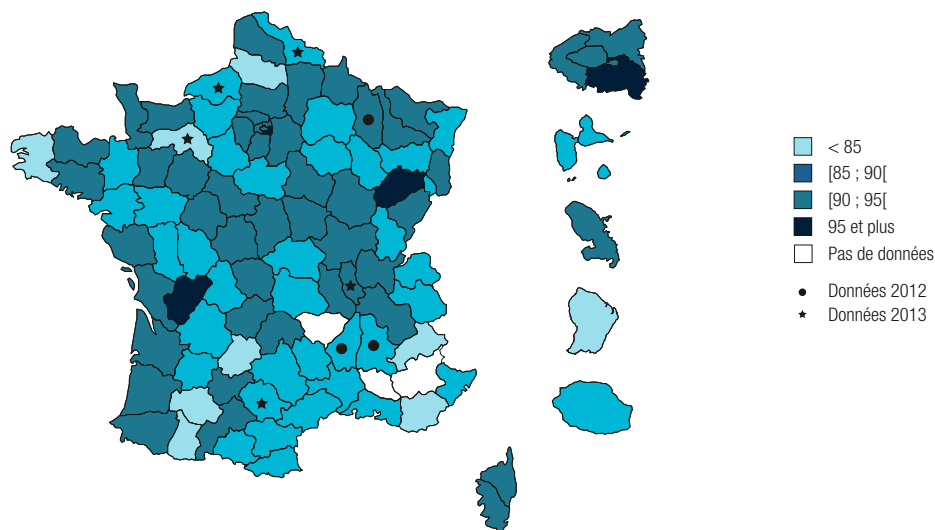
Note • Les chiffres accolés aux noms des vaccins représentent le nombre de doses. L'absence de barre pour un pays signifie l'absence de données pour ce vaccin.

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 exposée 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

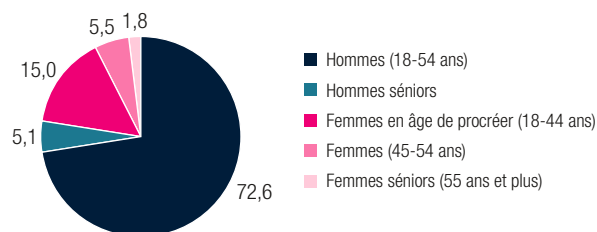
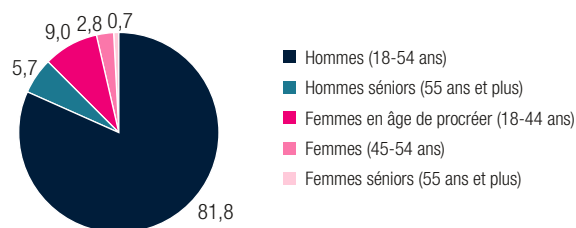
En 2010, 12,0 % des salariés français sont exposés* à au moins un agent cancérigène (chimique ou non) et environ 3,5 % des salariés présentent une exposition à au moins deux cancérigènes. Ce sont principalement des hommes (78 %), notamment des ouvriers du bâtiment et des travaux publics, de la maintenance, 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.

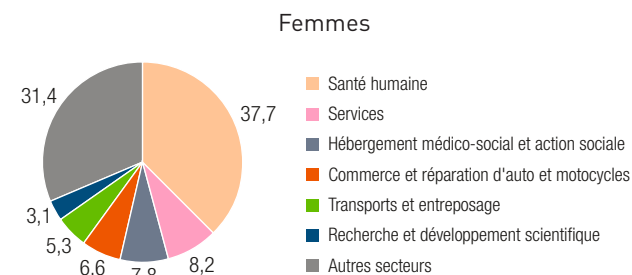
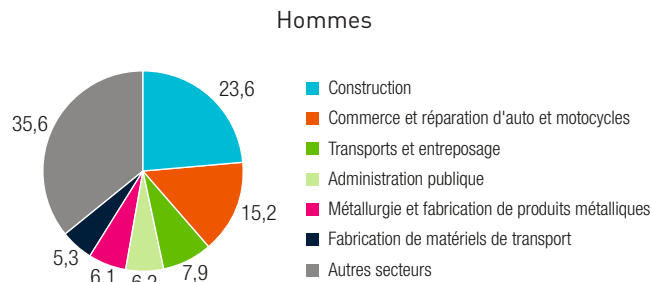
Source • Enquête SUMER 2010, projet Multi-expo (Santé publique France).

TABLEAU 3
Exposition des salariés aux agents chimiques CMR en 2010

	Nombre de salariés exposés	% de salariés exposés
Ensemble des produits CMR	2247 000	10,4
Cancérigènes	2180 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

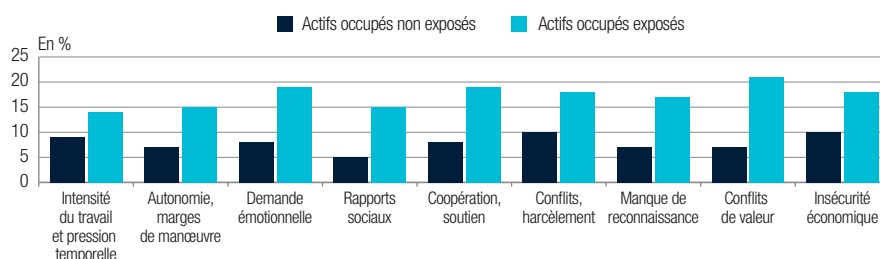
particulièrement le cas pour les hommes artisans, commerçants ou cadres (tableau 1).

► 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 %)



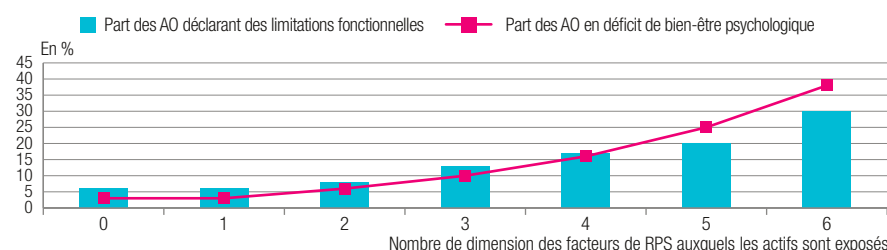
Note • Être exposé à un facteur de RPS est défini ici comme être exposé à l'un des items retenus pour ce facteur dans le tableau 1. Le déficit de bien-être psychologique est défini ici par un score inférieur ou égal à 8 selon le questionnaire WHO5 de l'OMS.

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.

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.

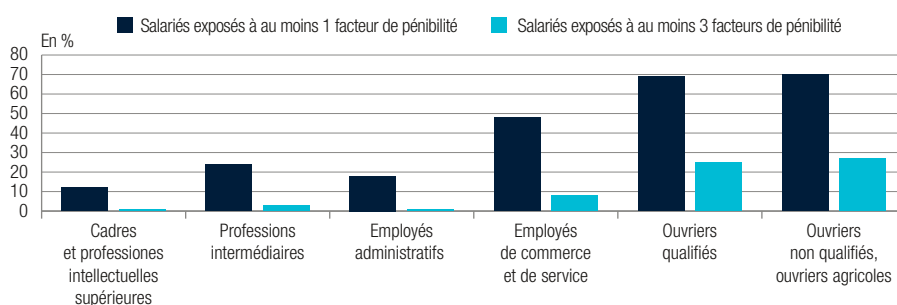
maintenir les bras en l'air, être accroupis, à genoux ou ont d'autres contraintes posturales 2 heures ou plus par semaine. La manutention manuelle de charges lourdes 10 heures ou plus par semaine concerne 10,1 % des salariés. Les vibrations mécaniques concernent presque deux fois moins de salariés : 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 %)

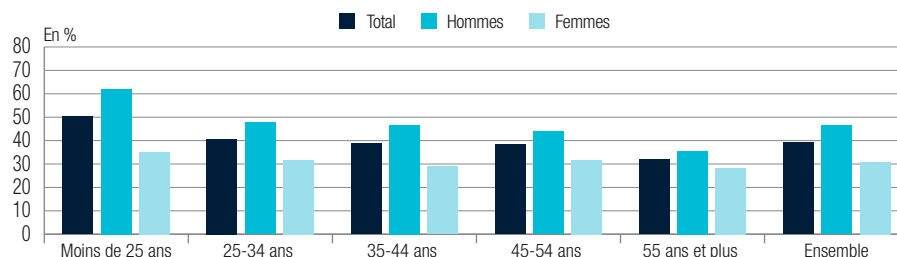


Lecture • 70 % des ouvriers qualifiés sont exposés à au moins 1 facteur de pénibilité et 25 % d'entre eux à au moins 3 facteurs de pénibilité.

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-DGAFFP).

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.

Santé de la reproduction et périnatalité

Contraception - contraception d'urgence - IVG	166
Grossesses multiples	168
Tabac et grossesse	170
Diagnostic anténatal	172
Morbi-mortalité maternelle	174
Mortalité périnatale et mortalité infantile	176
Prématurité et petit poids de naissance	178
Accouchement par césarienne	180
Allaitement maternel	182
Dépistage néonatal	184

Contraception – contraception d'urgence – IVG

Contexte

Le paysage contraceptif a connu des évolutions notables depuis le début des années 2000 en France, avec l'apparition de nouvelles méthodes hormonales contraceptives et l'accès à la contraception d'urgence sans ordonnance et gratuitement pour les mineures. Le débat médiatique concernant les risques associés aux pilules de troisième et quatrième générations a conduit certaines femmes à changer de méthode de contraception et le recours à la contraception orale a diminué. Toutefois, la pilule reste prépondérante alors que le recours global à la contraception, quelle que soit la méthode utilisée, n'a pas diminué (Bajos, 2014).

Autorisée depuis 1975 en France en établissement de santé, l'IVG est désormais accessible par voie médicamenteuse depuis 1989, en ville, depuis la loi du 4 juillet 2001 et ses textes d'application de 2004, et dans les centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale depuis 2009. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 autorise les sages-femmes à pratiquer des IVG et permet la réalisation d'IVG en centres de santé selon un cahier des charges de la Haute Autorité de santé (HAS).

Les données concernant la contraception sont issues d'enquêtes en population et les données concernant les IVG sont issues des bases médico-administratives.

Indicateurs

► Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 15 à 49 ans

En 2013, selon les résultats de l'enquête Fécond, 97 % des femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfant utilisent un moyen de contraception, soit la même proportion qu'en 2010 selon la même source. La pilule demeure la méthode la plus utilisée, concernant 42,7 % des femmes qui ont recours à un moyen contraceptif, suivie par le stérilet (25,4 %) et le préservatif (12,5 %) (graphique 1). Cependant, suite au débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de troisième et quatrième générations, les femmes ont

modifié leur comportement, en abandonnant ces pilules au profit d'autres moyens de contraception. Les femmes sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait), tandis que celles qui détiennent un CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif, et les plus diplômées (bac + 4) pour le stérilet. Des évolutions amorcées avant le débat médiatique, notamment la baisse du recours à la contraception orale, se sont renforcées et concernent surtout les femmes de moins de 30 ans.

► Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence

En 2010, 24,4 % des femmes de 15 à 49 ans déclarent avoir déjà utilisé au moins une fois au cours de leur vie la contraception d'urgence (tableau 1), alors qu'elles n'étaient que 15,2 % en 2005 et 8,9 % en 2000¹. Près d'une jeune femme de 20 à 24 ans sur deux l'a déjà utilisée (46,6 %). Dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, c'est 4,5 % des femmes de 15 à 49 ans qui l'ont utilisée, dont 19,3 % parmi les femmes de 15 à 19 ans.

► Taux de recours à l'IVG

En 2015, 218 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 216 798 concernent des femmes résidentes en France, soit un taux de recours de 14,9 IVG pour 1 000 femmes. Si le taux global est stable depuis quelques années, il a en revanche évolué différemment selon les âges, avec en particulier une petite baisse chez les moins de 20 ans depuis 2010. Les femmes de 20 à 24 ans demeurent les plus concernées par l'IVG, avec un recours moyen de 27 femmes pour 1 000. Les IVG chez les mineures représentent 9 700 femmes en 2015.

Au niveau régional, les taux de recours des femmes selon leur région de domicile (tableau 2) varient de 11 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire ou Bretagne, jusqu'à plus de 17 en Île-de-France et dans le Sud de la France. Les départements et régions d'outre-mer présentent également des taux très élevés, de 20,5 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion à 33,9 en Guadeloupe.

Les IVG médicamenteuses représentent en 2015 47 % des IVG réalisées en établissement de santé et 57 % du total des IVG, y compris les

36 600 IVG réalisées en cabinet de ville et les 3 100 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale. Désormais 18 % des IVG sont réalisées hors établissements hospitaliers.

Au sein des pays d'Europe autorisant l'IVG, la France se situe parmi les pays aux taux les plus élevés, juste après le Royaume-Uni et avant la Hongrie, la Roumanie, la Bulgarie, la Suède et l'Estonie, qui présentent des recours supérieurs à 15 IVG pour 1 000 femmes en 2013. ■

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

🔄 Synthèse

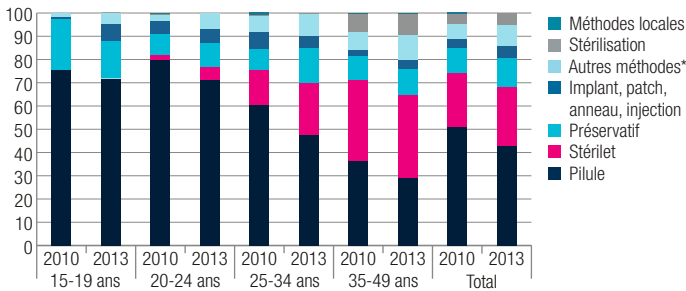
En 2013, 3 % des femmes de 15 à 49 ans à risque de grossesse non prévue n'utilisent pas de moyen contraceptif.

Malgré un moindre recours récent à la pilule, 42,7 % de celles qui ont recours à un moyen contraceptif en 2013 utilisent encore la pilule, 25,4 % le stérilet et 12,5 % le préservatif masculin comme moyen principal. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2010, en particulier parmi les plus jeunes, passant de 9 % à 24 % au moins une fois dans leur vie chez les femmes sexuellement actives.

Le taux de recours à l'IVG est de 14,9 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2015 contre 14,0 en 2001. Le taux de recours varie selon les régions et est beaucoup plus élevé dans les DROM, en Île-de-France et dans le Sud de la France.

¹ Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre santé 2000 et Baromètre santé 2005*, Saint-Denis, INPES.

GRAPHIQUE 1
Évolution des principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 15 à 49 ans, en 2010 et en 2013



* Autres méthodes : date, retrait...

Note • Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » selon les critères de l'OMS a été retenue ; ainsi, dans l'ordre : stérilisation, stérilet, implant/patch/anneau/injection, pilule, préservatif, méthode locale, autres méthodes.

Champ • France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête en 2010 (n = 4 814) et 2013 (n = 4 146).

Sources • Fécond 2010 et 2013 (INED-Inserm).

TABLEAU 1
Recours à la contraception d'urgence selon l'âge en 2010 (en %)

Âge atteint	% (nombre)
15-19 ans	39,2 (123)
20-24 ans	46,6 (280)
25-34 ans	32,4 (414)
35-49 ans	12,5 (348)
Total	24,4 (1165)

Champ • France métropolitaine. Femmes de 15 à 49 ans, sexuellement actives, c'est-à-dire ayant eu un rapport sexuel dans leur vie en 2010.

Source • Fécond 2010 (INED-Inserm).

TABLEAU 2
Nombre et type d'IVG en 2015, selon la région de domicile

Région	IVG hospitalières SAE	Forfaits remboursés en centre de santé, établissement de PMI et de planification familiale	Forfaits remboursés en ville	Total IVG réalisées	IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	IVG mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Auvergne - Rhône-Alpes	18 762	328	3 565	22 655	13,1	6,2
Bourgogne - Franche-Comté	5 818	7	1 084	6 909	12,1	6,5
Bretagne	7 190	25	519	7 734	11,4	6,7
Centre - Val de Loire	5 848	114	736	6 698	12,6	6,1
Corse	1 067	3	141	1 211	17,2	9,2
Grand Est	13 331	205	831	14 367	11,9	6,6
Hauts-de-France	16 382	16	1 692	18 090	13,5	9,6
Île-de-France	36 450	1 497	13 208	51 155	17,1	7,9
Normandie	7 423	40	1 178	8 641	12,3	7,4
Nouvelle-Aquitaine	13 767	373	2 122	16 262	13,5	7,3
Occitanie	16 970	148	2 675	19 793	16,2	8,0
Pays de la Loire	8 028	8	205	8 241	10,5	5,3
Provence - Alpes - Côte d'Azur	16 144	331	5 232	21 707	20,5	10,6
France métropolitaine	167 180	3 095	33 188	203 463	14,4	7,6
Guadeloupe*	1 815	4	1 328	3 147	33,9	17,5
Guyane	1 359	1	558	1 918	30,0	29,1
Martinique	2 140	1	192	2 333	27,8	18,8
Mayotte	1 501		108	1 609	28,4	25,9
La Réunion	3 246	1	1 088	4 335	20,5	16,0
total DROM	10 061	7	3 274	13 342	26,5	20,0
France entière (yc Mayotte)	177 241	3 102	36 462	216 805	14,9	8,1

yc : y compris.

Sources • PMSI (ATIH), exploitation DREES ; DCIR (CNAM-TS), tous régimes, FMV selon date de soin ; ELP (INSEE).

INDICATEURS • Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées par les femmes de 15 à 49 ans
• Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence

► **Champ** : L'enquête Fécond a été réalisée en 2010 par l'Inserm et l'INED pour analyser la contraception, les grossesses non prévues, l'avortement, l'infertilité et les dysfonctions sexuelles en France métropolitaine. L'enquête a été reproduite en 2013 afin d'analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception, auprès de 4 453 femmes et 1 587 hommes. Lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » selon les critères de l'OMS a été retenue ; ainsi, dans l'ordre : stérilisation, stérilet, implant/patch/anneau/injection, pilule, préservatif, méthode locale, autres méthodes. ► **Source** : Enquête Fécond.

► **Référence** : Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C. et l'équipe Fécond, 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? », *Population & Sociétés*, INED, n° 511, mai.

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

INDICATEUR • Taux de recours à l'IVG

► **Champ** : Femmes âgées de 15 à 49 ans, France entière. ► **Sources** : ATIH (PMSI-MCO pour les données hospitalières) ; CNAMTS (DCIR), INSEE pour les populations concernées (ELP). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le nombre d'IVG réalisées en établissement de santé est issu du PMSI en utilisant le groupe homogène de malades (GHM) 14Z08Z. Les données agrégées fournies par la CNAMTS sont utilisées pour estimer le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral depuis 2006 et en centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) depuis 2009. ► **Référence** : Vilain A., 2016, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n° 968.

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

Grossesses multiples

Contexte

Il est établi que les enfants nés de grossesses multiples ont une augmentation du risque de décès avant la naissance et durant la période néonatale, de prématurité et de petit poids de naissance, et de leurs conséquences à plus long terme¹.

La proportion de grossesses multiples varie selon les pays et au cours du temps, du fait de la répartition de l'âge des femmes au moment de l'accouchement et du développement de l'assistance médicale à la procréation (AMP) : la probabilité de grossesse multiple augmente avec l'âge de la femme², indépendamment du fait que le recours à l'AMP s'accroît également avec l'âge. Les pratiques de prévention des grossesses multiples en cas d'AMP sont variables : la fréquence des accouchements multiples en AMP est augmentée soit du fait des traitements médicaux de stimulation ovarienne, soit du fait de transferts d'embryons multiples à la suite d'une fécondation *in vitro* (FIV).

Indicateurs

► Proportion de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus pour 1 000 femmes ayant accouché

En 2014, en France, selon les données du PMSI, le nombre de femmes domiciliées ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus est de 14 063 pour 807 240 accouchements, soit une proportion d'accouchements multiples de 17,4 pour 1 000 femmes ayant accouché ; il s'agit essentiellement de grossesses gémellaires (17,1 pour 1 000). Cette proportion n'a cessé d'augmenter depuis une quinzaine d'années (graphique 1), hormis la baisse observée en 2012. La proportion d'accouchements multiples augmente selon l'âge de la mère, en années révolues, au moment de la naissance, de 10,7 pour 1 000 femmes âgées entre 20 et 24 ans à 29,6 pour 1 000 chez les femmes de 40 ans et plus (tableau 1), alors que celles-ci ne représentent que 4,2 % des femmes ayant accouché dans l'année.

La proportion d'accouchements multiples varie selon les régions, de 11,1 pour 1 000 femmes en Guadeloupe à 19,7 pour 1 000 en Île-de-France (tableau 2). Selon les données européennes issues du projet Europeristat³, en 2010, le taux d'accouchements multiples en

Europe s'échelonnait selon les pays entre 9 et 20 pour 1 000 femmes.

► Proportion de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus après assistance médicale à la procréation en fonction de la technique d'AMP, pour 1 000 femmes ayant accouché

En 2014, les naissances issues d'AMP représentent environ 3,1 % de l'ensemble des naissances en France, soit 25 208 naissances : 26,1 % sont issues d'inséminations, 55,3 % de transferts d'embryons frais et 18,6 % de transferts d'embryons congelés. Le nombre de naissances issues des techniques d'AMP a augmenté de 8 % de 2010 à 2014.

En 2014, la proportion des accouchements multiples issus d'AMP est de 134 pour 1 000. Cette fréquence dépend de la technique d'assistance utilisée : elle est plus élevée pour les accouchements issus de transferts d'embryons frais (161 pour 1 000, dont 1,2 pour 1000 pour les triplés) que pour les transferts d'embryons congelés (94 pour 1 000, dont 0,3 pour 1000 pour les triplés) ou les inséminations (107 pour 1 000, dont 0,7 pour 1000 pour les triplés) (tableau 3). Les accouchements multiples issus d'AMP représentent près de 22 % des accouchements multiples en France.

La fréquence des accouchements multiples après fécondation *in vitro* diminue régulièrement, du fait de l'augmentation de la pratique des transferts mono-embryonnaires (+ 6 % par an). Cette baisse de la fréquence des accouchements multiples ne concerne que les transferts d'embryons frais et les transferts d'embryons congelés, alors qu'elle est stable en inséminations. Sur

l'ensemble des techniques, la fréquence diminue régulièrement depuis 2008.

Au niveau européen, la fréquence des accouchements multiples est de 167 pour 1 000 en 2011 (contre 148 en France) pour l'ensemble des pays qui participent au registre de l'ESHRE⁴. Cette fréquence est de 190 pour 1 000 (contre 177 en France) à la suite d'un transfert d'embryons frais, de 131 pour 1 000 (contre 95 en France) pour le transfert d'embryons congelés et de 95 pour 1 000 (contre 115 en France) à la suite d'inséminations⁵. Les taux les plus bas sont observés en Belgique, aux Pays-Bas, en Finlande, en Norvège et en Suède, allant de 60 à 100 pour 1 000. Ces résultats montrent qu'en France la fréquence des accouchements multiples à la suite de transfert d'embryons est inférieure à la moyenne européenne et qu'elle peut encore diminuer. En revanche, la fréquence des accouchements multiples à l'issue d'inséminations en France n'est pas inférieure à la moyenne européenne et l'évolution ne montre pas de tendance à la diminution. ■

►►► Organismes responsables de la production de la fiche : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Agence de la biomédecine

TABEAU 3
Évolution de la fréquence des accouchements multiples selon le type de technique d'AMP

Technique d'AMP		Année de la tentative						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Insémination intra-utérine	Nombre d'accouchements	5728	5657	6196	5887	6175	6056	5991
	Proportion d'accouchements multiples (%)	109	107	110	115	108	110	107
FIV ou ICSI (injection intracytoplasmique)	Nombre d'accouchements	10680	11460	11830	12130	12064	12018	12196
	Proportion d'accouchements multiples (%)	192	185	180	177	164	161	161
Transfert d'embryons congelés	Nombre d'accouchements	2042	2345	2606	2796	3255	3610	4334
	Proportion d'accouchements multiples (%)	102	100	98	95	85	96	94
Total	Nombre d'accouchements	18450	19462	20632	20813	21494	21684	22521
	Proportion d'accouchements multiples (%)	156	151	148	148	136	136	134

Champ • France entière.

Source • Synthèse nationale des rapports d'activité annuels des centres d'AMP 2014 (Agence de la biomédecine).

1. Blondel B., Kaminski M., 2002, « The Increase in Multiple Births and its Consequences on Perinatal Health », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, décembre, 31(8), p. 725-740.

2. Voir également la partie « Cadrage démographique ».

3. www.europeristat.com

4. European Society of Human Reproduction and Embryology: www.eshre.eu.

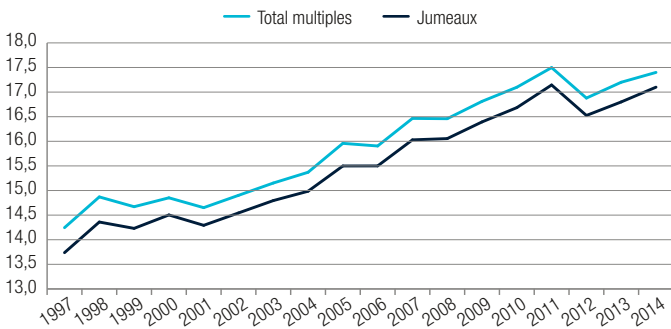
5. Kupka, 2016.

Synthèse

En 2014, la proportion d'accouchements multiples est de 17,4 pour 1 000 femmes ayant accouché et augmente selon l'âge de la mère. Elle varie selon les régions entre 11,1 et 19,7 pour 1 000.

En 2014, les naissances issues d'AMP représentent 3,1 % des naissances en France et 22 % des accouchements multiples. La fréquence des accouchements multiples issus d'AMP est de 134 pour 1 000 accouchements en 2014 et diminue régulièrement. Elle est inférieure à celle observée au niveau européen.

GRAPHIQUE 1
Évolution de la proportion d'accouchements multiples entre 1997 et 2014 (pour 1 000)



Champ • France entière.

Source • PMSI (ATIH) ; exploitation DREES.

TABLEAU 1
Part des naissances gémellaires selon l'âge de la mère à la naissance (années révolues), en 2014

	Âge de la mère						Total
	Moins de 20 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	40 ans ou plus	
Répartition des accouchements selon l'âge de la mère (%)	2,4	13,5	31,7	32,5	15,7	4,2	100
Part des accouchements avec naissance de jumeaux (%)	7,1	10,7	14,9	19,3	22,9	29,6	17,4

Champ • France entière hors Mayotte.

Sources • PMSI (ATIH) ; exploitation DREES.

TABLEAU 2

Proportion d'accouchements avec naissances multiples et âge moyen de la mère à l'accouchement selon la région de résidence de la mère, en 2014

Région	Nombre d'accouchements	Proportion de multiples	Âge moyen à la naissance
Auvergne-Rhône-Alpes	94 924	17,9	30,1
Bourgogne-Franche-Comté	29 940	16,6	29,5
Bretagne	34 649	16,9	30,1
Centre-Val de Loire	28 717	17,8	29,6
Corse	2 985	13,7	30,4
Grand Est	61 722	16,2	29,4
Hauts-de-France	77 735	16,9	29,1
Île-de-France	180 781	19,7	31,0
Normandie	37 264	16,1	29,3
Nouvelle-Aquitaine	57 989	17,0	29,9
Occitanie	61 828	16,4	30,0
Pays de la Loire	43 146	16,6	29,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	58 739	16,4	30,1
France métropolitaine	770 419	17,5	30,0
Guadeloupe	4 826	11,0	29,7
Guyane	6 354	13,5	27,5
La Réunion	14 038	16,1	28,2
Martinique	4 331	16,2	29,3
Mayotte	7 272	17,2	28,2
DROM	36 821	15,2	28,4
France entière	807 240	17,4	29,9

Champ • France entière.

Source • PMSI (ATIH) ; exploitation DREES.

INDICATEUR • Pourcentage de femmes domiciliées ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus pour 1 000 femmes domiciliées ayant accouché

► **Champ** : France entière. ► **Source** : PMSI-MCO (ATIH). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre d'accouchements de naissances multiples rapporté au nombre total d'accouchements (numérateur, dénominateur). Dans la base PMSI, sont pris en compte tous les séjours avec Z37 ou acte d'accouchement. ► **Limites d'interprétation** : Le dénominateur peut être légèrement sous-estimé, du fait de l'absence des accouchements à domicile non transférés vers un établissement. ► **Biais connus** : Variation de la qualité du codage selon les établissements.

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

INDICATEUR • Pourcentage de femmes ayant accouché de jumeaux, triplés ou plus après assistance médicale à la procréation en fonction de la technique d'AMP

► **Champ** : France entière. L'ensemble des accouchements issus d'AMP : les inséminations, les fécondations *in vitro* avec ou sans Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI) avec transferts d'embryons frais ou congelés. ► **Sources** : Synthèses nationales des rapports d'activité annuels de tous les centres d'AMP. Les accouchements multiples ont été distingués en accouchements gémellaires et accouchements de triplés ou plus. ► **Mode de construction de l'indicateur** (numérateur, dénominateur) : La fréquence des accouchements multiples est définie par le nombre d'accouchements multiples parmi les accouchements issus d'AMP.

► **Références** :

– Agence de la biomédecine, « Synthèse nationale des rapports d'activité annuels des centres d'AMP 2014 » [en ligne] : www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2014/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm

– Kupka M.S., D'Hooghe T., Ferraretti A.P., de Mouzon J., Erb K., Castilla J.A., Calhaz-Jorge C., De Geyter Ch., Goossens V., 2016, « European IVF-monitoring Consortium (EIM) ; European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted Reproductive Technology in Europe, 2011: Results Generated from European Registers by ESHRE », *Human Reproduction*, Feb, 31(2), p. 233-248.

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

Tabac et grossesse

Contexte

La consommation de tabac durant la grossesse tend à diminuer depuis plusieurs années en France et en Europe. Cependant, la France reste un des pays européens où la consommation de cigarettes durant la grossesse est la plus élevée (Europeristat, 2010).

Les risques du tabac durant la grossesse restent sous-estimés par le public et les professionnels de santé. Ces risques concernent la femme enceinte, mais également son enfant de la période périnatale à l'âge adulte.

Les données sur la consommation de tabac pendant la grossesse sont issues des enquêtes nationales périnatales (ENP) qui permettent également d'étudier les liens entre cette consommation et certains aspects de l'état de santé des nouveau-nés, comme le poids de naissance. La mesure de la consommation de tabac au troisième trimestre de la grossesse permet de quantifier la proportion de femmes qui fument jusqu'à la fin de la grossesse. De plus, la croissance fœtale est maximum dans le dernier trimestre de la grossesse, alors que la consommation tabagique a un effet négatif sur cette croissance.

Indicateur

► Consommation quotidienne de cigarettes au troisième trimestre de grossesse

En 2010, 17,1 % des femmes ayant accouché déclarent avoir consommé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse, et ce pourcentage

est particulièrement élevé chez les femmes de moins de 25 ans (26 %) et les femmes ayant 3 enfants et plus avant cette grossesse (graphique 1).

La consommation de tabac pendant la grossesse varie selon les caractéristiques socio-économiques des femmes (graphique 2). Les femmes dont le revenu du ménage est inférieur à 1 000 euros mensuels sont 27,8 % à consommer au moins une cigarette par jour au troisième trimestre, tandis que les femmes avec un revenu supérieur à 4 000 euros mensuels sont 6,8 % à en consommer. La consommation est maximale chez les femmes de niveau d'étude « collège-CAP-BEP » qui sont cinq fois plus exposées que celles de niveau supérieur à bac +2, et trois fois plus exposées que les femmes non scolarisées ou de niveau « primaire ». Les femmes sans emploi fument également plus que celles avec un emploi. Les femmes de nationalité étrangère sont moins d'une sur vingt à consommer des cigarettes quotidiennement au troisième trimestre de grossesse, au lieu d'une femme française sur cinq.

Avec le temps, la consommation quotidienne de cigarettes au troisième trimestre de grossesse a diminué, de 25,2 % en 1995, à 20,81 % en 2003 puis 17,2 % en 2010 pour les femmes ayant accouché d'un enfant unique (tableau 1). Cette baisse correspond à une diminution continue depuis 1995 de la proportion de femmes qui fument avant la grossesse, et à une augmentation de la proportion de femmes qui ont arrêté de fumer pendant la grossesse, mais ceci seulement entre 1995 et 2003.

Le risque de petit poids de naissance (poids inférieur à 2 500 grammes) double chez les

femmes consommatrices de 1 à 9 cigarettes au quotidien au troisième trimestre de grossesse comparé aux non fumeuses, et il triple à partir de 10 cigarettes par jour, soit chez une naissance vivante sur cinq pour cette dernière population. ■

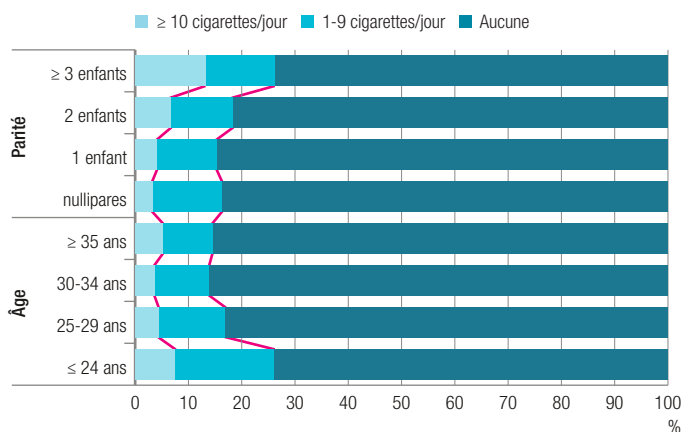
►► Organismes responsables de la production

de la fiche : Institut national de la santé et de la recherche médicale (équipe Epopé) et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

○ Synthèse

En 2010, environ une femme sur six fume quotidiennement des cigarettes au troisième trimestre de grossesse. Ce chiffre a cependant diminué depuis 1998. La consommation quotidienne de cigarettes chez la mère au troisième trimestre de grossesse est associée à un risque deux à trois fois plus élevé de petit poids de naissance chez l'enfant.

GRAPHIQUE 1
Consommation de tabac au troisième trimestre de grossesse selon l'âge et la parité des femmes



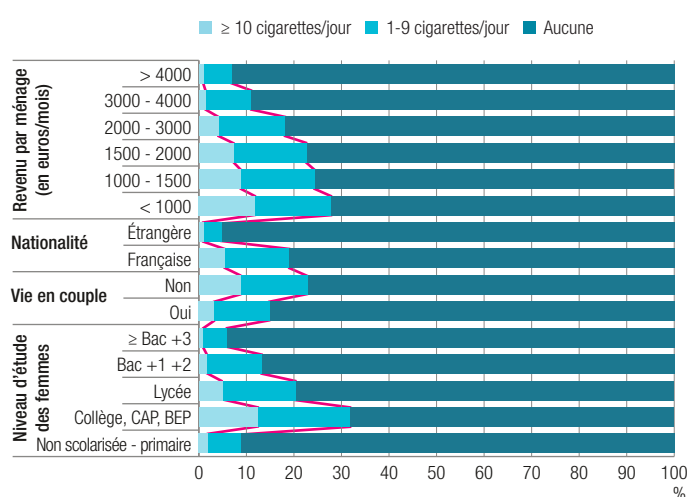
Champ • France métropolitaine, naissances vivantes.
Source • Enquêtes nationales périnatales 2010 (Inserm-DREES).

TABLEAU 1
Évolution de la consommation de tabac avant et pendant la grossesse

	1995	2003	2010
Au moins une cigarette par jour avant la grossesse	39,6 %	35,8 %	30,8 %
Arrêt du tabac pendant la grossesse (parmi les fumeuses avant grossesse)	36,4 %	41,8 %	43,2 %
Au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse	25,2 %	20,8 %	17,2 %

Champ • France métropolitaine, naissances vivantes uniques.
Source • Enquêtes nationales périnatales (Inserm-DREES).

GRAPHIQUE 2
Consommation de tabac au troisième trimestre de grossesse selon les caractéristiques socio-économiques des femmes



Champ • France métropolitaine, naissances vivantes.
Source • Enquêtes nationales périnatales 2010 (Inserm-DREES).

INDICATEUR • Consommation de cigarettes au troisième trimestre de la grossesse

► **Champ** : France métropolitaine (14 022 femmes ayant eu un nouveau-né vivant en 2010 et pour lesquelles l'information sur la consommation de tabac était disponible). ► **Source** : Enquête nationale périnatale (ENP) en 1995, 2003 et 2010. Enquête en maternité pendant une semaine, par questionnaire auprès de toutes les femmes ayant accouché. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Proportion de femmes ayant fumé au troisième trimestre de leur grossesse parmi celles ayant eu un nouveau-né vivant. Dans cette enquête, les femmes ayant eu un mort-né ne sont pas interrogées. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : L'échelle régionale n'est pas accessible. Risque de sous-déclaration.

► **Références** :

– Europeristat Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report, « The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 » [en ligne] : www.europeristat.com.
 – Lelong N., Blondel B., Kaminski M., 2011, « Évolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003 », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 40, p. 42-49.

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

Diagnostic anténatal

Contexte

Les affections d'origine congénitale sont fréquentes : selon les données des registres d'anomalies congénitales, près de 28 000 fœtus ou nouveau-nés ont chaque année un diagnostic anténatal ou postnatal d'anomalie(s) congénitale(s).

Les anomalies congénitales peuvent être morphologiques (malformations) ou chromosomiques. Elles relèvent de mécanismes endogènes (génétique, chromosomique) ou exogènes (infection, ingestion de substances tératogènes, exposition environnementale). Elles sont cependant le plus souvent d'étiologie inconnue. Le dépistage anténatal sert à identifier les fœtus atteints d'une anomalie ou d'une infection congénitale. Ces anomalies et ces infections peuvent être dépistées lors d'examens échographiques ou biologiques. Le diagnostic anténatal est défini comme l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus, une affection d'une particulière gravité. Il vient confirmer une suspicion d'affections congénitales, suite à un examen de dépistage ou une consultation de conseil génétique.

L'identification précoce de ces affections permet, selon la nature de l'affection, d'assurer une prise en charge périnatale optimale de l'enfant à naître ou de proposer aux couples qui le souhaitent la réalisation d'une interruption médicale de grossesse (IMG).

Indicateurs

► Ratio de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalies diagnostiquées en anténatal (sur 100 naissances vivantes)

À partir des données de 2011-2013 des six registres français d'anomalies congénitales, le ratio nombre de fœtus ou nouveau-nés (N-nés) porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) identifiée(s) par un diagnostic anténatal/nombre de naissances est estimé à 2,0 % (1,6 % à 2,3 % selon les registres) alors que pour l'ensemble des anomalies diagnostiquées en anténatal et postnatal il est de 3,4 %. Sur l'ensemble des registres, 58 %

des fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) sur la période 2011-2013 ont eu un diagnostic anténatal d'anomalie.

► Nombre de prélèvements invasifs anténatals pour recherche d'anomalies chromosomiques ou géniques (tableau 1)

Le diagnostic anténatal biologique repose le plus souvent sur un prélèvement invasif (liquide amniotique, villosités choriales ou sang fœtal) traité dans un laboratoire spécialisé dans le diagnostic anténatal. Ces laboratoires transmettent chaque année l'activité et les résultats des diagnostics anténatals à l'Agence de la biomédecine (ABM) qui en fait la synthèse. Les différents types de diagnostics anténatals biologiques donnant lieu à un prélèvement invasif sont : la recherche d'anomalies chromosomiques, géniques, d'infection, de maladies héréditaires du métabolisme ou de maladies endocriniennes. En 2014, 47 455 prélèvements ont été réalisés, dont 87 % pour la recherche d'anomalies chromosomiques. Le nombre de prélèvements invasifs a diminué régulièrement depuis la mise en place du dépistage combiné¹ de la trisomie 21 en 2010. Le ciblage des prélèvements sur les fœtus à risque a permis de diminuer de 24 % en 4 ans le nombre de prélèvements (5,8 pour 100 naissances vivantes en 2014 contre 7,6 en 2010). L'approche par l'analyse de l'ADN fœtal dans le sang maternel devrait permettre de diminuer encore le nombre de gestes invasifs à visée diagnostique.

► Prévalence des anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal (sur 100 naissances vivantes)

Les anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal incluent les anomalies chromosomiques déséquilibrées ou géniques décelées par des analyses de cytogénétique ou de génétique moléculaire. La fréquence des anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal est de 0,6 pour 100 naissances vivantes en 2014 (tableau 2), dont 88 % sont des anomalies chromosomiques. De 2010 à 2013, la prévalence des anomalies détectées en anténatal a augmenté légèrement

de 0,55 % à 0,59 %, avec une stabilisation en 2014. Le développement du séquençage de l'ADN fœtal circulant permet d'envisager une évolution du diagnostic anténatal.

► Nombre d'attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une interruption médicale de grossesse (IMG) (tableau 3)

Les attestations de particulière gravité délivrées par les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) permettent la réalisation d'une IMG pour un motif fœtal ou maternel, quel que soit le terme de la grossesse. En 2014 le nombre d'attestations d'IMG était de 7 422 soit 0,9 pour 100 naissances vivantes en France, dont 96 % étaient des IMG pour motif fœtal. Ce nombre varie peu depuis 2012 et est proche du ratio d'IMG pour anomalie congénitale estimé par les registres d'anomalies congénitales (0,8 pour 100 naissances vivantes), correspondant à 6 600 IMG pour anomalie congénitale.

► Proportion de diagnostics de trisomie 21 en anténatal

Selon les données des six registres français d'anomalies congénitales, la proportion de diagnostics de trisomie 21 réalisés en 2011-2013 en anténatal en France est de 84 %, avec une variation de 74 % à 85 % selon les registres. Ce taux est en constante progression (87 % en 2013 contre 83 % en 2011). Les taux plus faibles de dépistage observés dans certaines régions peuvent être la conséquence d'un dépistage moins efficace mais également d'une volonté des femmes dépistées de refuser la ponction amniotique permettant de poser le diagnostic. ■

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

1. Association de la mesure de la clarté nucale aux marqueurs sériques maternels.

Synthèse

Le ratio de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) identifiée(s) par un diagnostic anténatal pour 100 naissances est estimé à 2,0 % des nouveau-nés. Sur la période 2011-2013, 58 % des fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalie(s) congénitale(s) ont eu un diagnostic anténatal d'anomalie.

Le nombre de prélèvements invasifs anténatals représente 5,8 pour 100 naissances vivantes en 2014 et a diminué de 24 % depuis 2010, année de la mise en place du dépistage combiné de la trisomie 21.

Le nombre de fœtus avec des anomalies génétiques (chromosomiques ou géniques) diagnostiquées en anténatal est de 0,6 pour 100 naissances vivantes en 2014 et a légèrement augmenté depuis 2010.

La prévalence des interruption médicale de grossesse (IMG) est proche de 1 % des naissances. Le taux de diagnostics de trisomie 21 réalisés en anténatal en France est en constante progression (84 % en 2011, 85 % en 2012 et 87 % en 2013).

TABLEAU 1
Nombre de prélèvements invasifs pour diagnostic prénatal déclarés à l'ABM en France, de 2010 à 2014

Indication du prélèvement invasif anténatal	2010	2011	2012	2013	2014
Recherche d'anomalies chromosomiques	55 825	45 612	42 711	44 487	41 212
Recherche d'anomalies géniques	2 737	2 780	2 829	2 801	2 576
Recherche d'infections ou autres	4 792	3 656	4 205	3 712	3 667
TOTAL	63 354	52 048	49 745	51 000	47 455
% prélèvements invasifs/naissances vivantes	7,6 %	6,3 %	6,1 %	6,3 %	5,8 %

Champ • France entière.

Sources • Rapports annuels d'activité des laboratoires de diagnostic prénatal de l'Agence de biomédecine (ABM).

TABLEAU 2
Nombre de fœtus avec anomalies génétiques (chromosomiques ou géniques) diagnostiquées en prénatal déclarés à l'ABM en France, de 2010 à 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Anomalies chromosomiques	4 000	4 087	4 182	4 190	4 193
Anomalies géniques	542	568	513	611	560
Total des anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal	4 542	4 655	4 695	4 801	4 753
Anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal/naissances vivantes	0,55 %	0,57 %	0,57 %	0,59 %	0,58 %

Champ • France entière.

Sources • Rapports annuels d'activité des laboratoires de diagnostic prénatal de l'Agence de biomédecine (ABM).

TABLEAU 3
Évolution du nombre d'attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une interruption médicale de grossesse

	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre d'attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG	7 141	7 211	7 406	7 552	7 422
Nombre d'attestations/naissances vivantes	0,86 %	0,88 %	0,90 %	0,93 %	0,92 %

Champ • France entière.

Sources • Rapports annuels d'activité des laboratoires de diagnostic prénatal de l'Agence de biomédecine (ABM).

INDICATEURS • Ratio de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'anomalies diagnostiquées en anténatal sur 100 naissances vivantes

• Proportion de diagnostics de trisomie 21 en anténatal

► **Champ** : Couverture des registres : Antilles, Auvergne - Rhône-Alpes (départements Rhône, Isère, Ain, Loire), Bretagne, La Réunion, Paris, soit 19 % des naissances en France en 2011-2013. Ces registres adhèrent tous au réseau européen des registres des malformations congénitales EUROCAT et suivent donc une méthodologie commune, notamment sur la définition des anomalies et les critères d'inclusion.

► **Sources** : Registres des malformations congénitales.

► **Mode de construction des indicateurs** :

– Prévalence de fœtus ou nouveau-nés porteurs d'une ou plusieurs anomalies diagnostiquées en anténatal : nombre de cas de fœtus ou nouveau-nés avec un diagnostic d'anomalies congénitales/nombre de naissances vivantes.

– Proportion de diagnostics de trisomie 21 en anténatal : nombre de diagnostics de trisomie 21 en anténatal ayant été suivis d'une IMG, d'un mort-né ou d'un enfant vivant/nombre d'enfants porteurs de trisomie 21.

► **Limites d'interprétation et biais connus** :

– Extrapolation nationale à partir des 6 registres, ce qui sous-tend que la prévalence des malformations et les modalités de dépistage prénatal sont identiques dans ces régions et dans les régions non couvertes par un registre. La fréquence de certaines malformations est corrélée à l'âge maternel.

– Le ratio est rapporté aux naissances vivantes car la fiabilité du nombre total de naissances n'est pas assurée sur la période étudiée. Toutefois, la part des mort-nés est limitée (1,5 % de fœtus/nouveau-nés porteurs d'anomalies).

► **Références** :

– www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Malformations-congenitales-et-anomalies-chromosomiques

– www.eurocat-network.eu/

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France en collaboration avec les registres des malformations congénitales.

INDICATEURS • Nombre de prélèvements invasifs anténatals

• Nombre d'anomalies génétiques diagnostiquées en anténatal

► **Champ** : Tous les examens réalisés (y compris DROM) pour des grossesses suivies en France ► **Sources** : Rapports annuels d'activité des laboratoires de diagnostic prénatal de l'Agence de biomédecine (ABM).

► **Mode de construction des indicateurs** :

– Nombre de prélèvements invasifs (amniocentèses, prélèvements de villosités choriales ou sang fœtal) pour diagnostic prénatal d'anomalies génétiques, de maladies infectieuses, héréditaires, du métabolisme ou endocrinienne, rapporté au nombre de naissances vivantes la même année.

– Nombre d'anomalies chromosomiques déséquilibrées ou géniques diagnostiquées par une analyse de cytogénétique ou de génétique moléculaire rapporté au nombre de naissances vivantes la même année.

► **Biais connus** : Le ratio est rapporté aux naissances vivantes car la fiabilité du nombre total de naissances n'est pas assurée sur la période étudiée. Pour interpréter les évolutions, il faut donc faire l'hypothèse que la part des mort-nés reste stable. ► **Référence** : www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/diag-prenat/01-diag_prenat/synthese.htm

► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Agence de la Biomédecine.

Morbi-mortalité maternelle

Contexte

La mortalité maternelle est un indicateur du niveau de santé des mères mais constitue également un signal d'alarme sur d'éventuels dysfonctionnements du système de soins en obstétrique.

Les données du dernier rapport disponible de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM¹) rapportent 254 décès maternels recensés au cours de la période 2007-2009, soit un ratio de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes (NV), et une proportion de 54 % de décès « évitables » (Saucedo, 2013). Pour la même période, le ratio de mortalité maternelle, issu de la statistique des causes médicales de décès s'établit à 8,5 pour 100 000 naissances vivantes (CépiDc). C'est en raison de cette sous-estimation de la mortalité maternelle, décrite dans tous les pays qui l'ont recherchée, qu'un dispositif national renforcé d'identification et d'étude des morts maternelles existe en France depuis 1996². Le nombre de décès maternels étant peu élevé chaque année, il est recommandé d'analyser les données par période triennale. Les données détaillées issues du dernier rapport de l'ENCMM ne sont pas reprises dans cette fiche, étant antérieures à 2010. Elles sont présentées dans l'édition 2015 de ce rapport.

Si la mortalité reste l'indicateur fondamental de la santé maternelle, la rareté des décès rend nécessaire de disposer d'indicateurs de morbidité maternelle. Le taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral (grossesse et jusqu'à 42 jours après l'accouchement) est estimé, à partir de la base nationale du programme de médicalisation du système d'information hospitalier (PMSI). Il permet de disposer d'un suivi annuel et complémentaire de la santé des femmes en état gravido-puerpéral.

TABLEAU 1

Évolution du ratio de mortalité maternelle* (RMM) par période triennale, entre 2001 et 2012

Années	Naissances vivantes	Statistiques CépiDc		Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles	
		Nombre de décès	RMM	Nombre de décès	RMM
2001-2003	2 391 551	208	8,7	250	10,4
2004-2006	2 438 315	176	7,2	213	8,7
2007-2009	2 472 650	210	8,5	254	10,3
2010-2012	2 477 240	147	5,9	ND	ND

* Pour 100 000 naissances vivantes.

Champ • France entière.

Sources • ENCM (Inserm); certificats de décès (Inserm-CépiDc); état civil (INSEE).

Indicateurs

► Ratio de mortalité maternelle (RMM) pour 100 000 naissances vivantes

Les données récentes des statistiques de mortalité issues des certificats de décès (source CépiDc) donnent un RMM de 5,9/100 000 NV pour la période 2010-2012 (tableau 1). Cependant, la sous-estimation et les imprécisions qui existent pour caractériser les causes de mortalité maternelle ne permettent pas d'utiliser ces chiffres pour surveiller la mortalité maternelle. Le dernier rapport de l'ENCMM (tableau 1) porte sur les décès maternels survenus entre 2007 et 2009. Le ratio de mortalité maternelle de la France entière était de 10,3/100 000 NV, un niveau comparable à celui observé dans les pays européens également dotés d'un système renforcé de mesure (Pays-Bas, Royaume-Uni). La non-diminution de la mortalité maternelle observée depuis 2001 (tableau 1) s'explique en partie par l'élévation continue de l'âge maternel à la naissance, mais possiblement aussi par certains soins encore sous-optimaux (Saucedo, 2013).

► Taux d'admissions en unités de réanimation ou de soins intensifs pendant la période gravido-puerpérale

L'admission des femmes en unités de réanimation ou unité de soins intensifs (REA/SI) pendant la période gravido-puerpérale est plus fréquente que le décès maternel et est considérée comme un marqueur de morbidité maternelle sévère, car elle témoigne d'un état clinique nécessitant une prise en charge intensive. La validité du codage dans la base du PMSI de ces admissions a été testée antérieurement³. Cet indicateur a été mis au point en 2014. Pour la période 2010-2014, le taux des femmes admises

en REA/SI a significativement diminué, - 1,5 % en moyenne par an, passant ainsi de 4,2 femmes admises en REA/SI pour 1 000 NV en 2010 à 3,9 pour 1 000 NV en 2014. En moyenne, l'admission en REA/SI a concerné sur la période près de 3 300 femmes chaque année (tableau 2).

Si les taux d'admission des années 2010, 2011 et 2012 sont ici supérieurs à ceux publiés dans l'édition 2015 du rapport, ceci s'explique par une amélioration de la stratégie d'identification des séjours hospitaliers dans la base de données du PMSI correspondant à la population étudiée⁴.

Les deux principaux motifs d'admission en REA/SI des femmes pendant la période gravido-puerpérale sont pour l'année 2014 : l'hémorragie obstétricale pour 37,4 % des femmes et les complications hypertensives gravidiques qui concernent 23,1 % des femmes admises (tableau 3).

Les taux d'admission des femmes en unités de REA/SI pendant la période gravido-puerpérale ont été calculés par grande région et selon le lieu de résidence (tableau 4). La variation de ces taux est importante avec presque deux fois plus d'admissions pour les femmes résidant en Île-de-France que pour celles résidant en Pays de la Loire (4,8 *versus* 2,5 pour 1 000 NV). Les taux calculés selon le lieu d'admission sont proches de ceux calculés selon le lieu de résidence, ce qui témoigne d'un faible nombre de transferts entre les grandes régions. ■

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Institut national de la santé et de la recherche médicale, équipe Epopé et Santé publique France

1. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles : www.epope-inserm.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles

2. Saucedo M., Bouvier-Colle M.H., Chantray A., Lamarche-Vadel A., Rey G., Deneux-Tharoux C., 2014, « Pitfalls of Death Statistics for Maternal Mortality », *Paediatric Perinatal Epidemiology*, Nov, 28(6), p. 479-488.

3. Chantray A., Deneux-Tharoux C., Cans C., Ego A., Quantin C., Bouvier-Colle M.H., 2011, « Hospital Discharge Data Can be used for Monitoring Procedures and Intensive Care Related to Severe Maternal Morbidity », *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, p. 1014-1022.

4. Cette stratégie permet d'identifier à partir des séjours d'issues de grossesse (quel que soit le trimestre de gestation) et par chaînage, les séjours antérieurs et postérieurs d'admission en REA/SI en utilisant le numéro d'identification anonyme propre à chaque patient.

TABLEAU 2

Taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes pendant la période gravido-puerpérale, pour 1 000 naissances vivantes, de 2010 à 2014

Année	Admissions (réanimation ou soins intensifs)	Naissances vivantes	Taux d'admission en réanimation ou soins intensifs	IC à 95 %
2010	3 453	832 799	4,15	[4,01 ; 4,29]
2011	3 331	823 394	4,05	[3,91 ; 4,19]
2012	3 305	821 047	4,03	[3,89 ; 4,16]
2013	3 199	811 510	3,94	[3,81 ; 4,08]
2014	3 182	818 565	3,89	[3,75 ; 4,02]

IC : intervalle de confiance.

Champ • France entière ; Mayotte uniquement pour 2014.

Sources • PMSI (ATIH) ; exploitation Santé publique France ; état civil (INSEE).

TABLEAU 3

Motifs d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes* pendant la période gravido-puerpérale, pour l'année 2014

Motifs d'admission en REA/SI pendant la période gravido-puerpérale	Effectifs (%)
Complications pendant le 1 ^{er} trimestre	169 (5,3 %)
Hémorragies obstétricales	1 127 (37,4 %) **
Complications hypertensives gravidiques	696 (23,1 %) **
Pathologies cérébro-vasculaires	194 (6,4 %) **
Embolies pulmonaires et pathologies thrombotiques	140 (4,6 %) **
Complications d'anesthésie	28 (0,9 %) **
Embolies amniotiques	22 (0,7 %) **
Pathologies cardiaques et circulatoires	333 (11,1 %) ***
Infections	261 (8,7 %) ***
Dysfonction respiratoire	158 (5,2 %) ***
Dysfonction rénale	29 (1,0 %) ***
Dysfonction neurologique	32 (1,1 %) ***
Dysfonction hépatique	12 (0,4 %) ***
Autres motifs	484 (16,1 %)

* Effectifs et pourcentages selon le diagnostic principal et les 10 premiers diagnostics associés enregistrés pour le séjour de réanimation ou soins intensifs.

** Ces catégories ne sont pas exclusives.

*** Ces catégories ne sont pas exclusives entre elles mais exclusives par rapport au 1^{er} groupe, afin de ne pas inclure comme motif d'admission les complications secondaires survenant au cours du séjour en réanimation ou soins intensifs ; ces motifs d'admission sont retenus lorsque le séjour ne contient pas en DP ou 10 DAS les codes qui caractérisent les pathologies suivantes : hémorragies obstétricales, complications hypertensives gravidiques, pathologies cérébro-vasculaires, embolies pulmonaires et pathologies thrombotiques, complications d'anesthésie, embolies amniotiques.

Champ • France entière.

Source • PMSI (ATIH) ; exploitation Santé publique France.

TABLEAU 4

Répartition géographique des admissions de femmes en unités de REA/SI pendant la période gravido-puerpérale, par région de résidence, pour l'année 2014

Régions	Naissances vivantes	Effectif selon le lieu de résidence	Taux pour 1 000 naissances vivantes selon le lieu de résidence
Auvergne - Rhône-Alpes	96 343	350	3,63
Bourgogne - Franche-Comté	30 214	104	3,44
Bretagne	34 987	100	2,86
Centre - Val de Loire	29 012	116	4
Corse	2 987	14	4,69
Grand Est	62 326	200	3,21
Hauts-de-France	78 508	344	4,38
Île-de-France	182 719	849	4,65
Normandie	37 628	154	4,09
Nouvelle-Aquitaine	58 647	203	3,46
Occitanie	62 580	194	3,1
Pays de la Loire	43 671	113	2,59
Provence - Alpes - Côte d'Azur	59 656	221	3,7
DROM	37 358	196	5,25
Guadeloupe	5 001	23	4,6
Guyane	6 591	26	3,94
La Réunion	14 093	72	5,11
Martinique	4 367	17	3,89
Mayotte	7 306	58	7,94

Champ • France entière.

Sources • PMSI (ATIH) ; exploitation Santé publique France ; état civil (INSEE).

Synthèse

Le ratio de mortalité maternelle s'établit à 10,3/100 000 naissances vivantes en 2007-2009, sans évolution nette depuis le milieu des années 2000. Le ratio de mortalité maternelle est plus élevé en France entière qu'en France métropolitaine et, en Métropole, en Île-de-France que dans les autres régions. Environ la moitié de décès sont jugés évitables.

Le taux d'admission en unité de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral est de 3,9 pour 1 000 naissances vivantes en 2014.

INDICATEUR • Ratio de mortalité maternelle (RMM) pour 100 000 naissances vivantes

► **Champ** : France entière. ► **Sources** : Statistiques nationales des causes de décès (Inserm-CépiDc) ; ENCMM Inserm-U1153, équipe EPOPé. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre des décès maternels sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même période. ► **Limites d'interprétation** : La désagrégation par région n'est pertinente que pour de longues périodes pluriannuelles (quinquennales par exemple) ou pour de larges régions. ► **Biais connus** : Sous-estimation des morts maternelles dans la statistique des causes médicales de décès, mais en baisse régulière depuis 1989, de 50 % à 17 % en 2009. Les données de référence pour la surveillance de la mortalité maternelle sont donc celles de l'ENCMM.

► Références :

- Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle M.H., 2013, « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009 », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 42, p. 613-627.

- Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle M.H., 2013, « Ten Years of Confidential Inquiries into Maternal Deaths in France, 1998-2007 », *Obstetric and Gynecology*, 122(4), p. 752-760.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Inserm-U1153, équipe EPOPé ; CépiDc.

INDICATEUR • Taux d'admission en unités de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral

► **Champ** : France entière. ► **Sources** : Données nationales du PMSI. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre de femmes admises en unités de réanimation ou de soins intensifs pendant la grossesse, l'accouchement ou ses suites (jusqu'à 42 jours du post-partum) rapporté au nombre de naissances vivantes au cours de la même période. ► **Limites d'interprétation** : Indicateur nouveau, recul nécessaire sur son utilisation et sur son interprétation. ► **Biais connus** : Idéalement, le dénominateur devrait être le nombre de femmes enceintes mais ce nombre ne peut être connu. Pour une meilleure concordance avec le numérateur, le dénominateur pourrait être le nombre de femmes hospitalisées pour accouchement ou autre issue précoce de grossesse. Cependant, compte tenu des difficultés actuelles qu'il y a à connaître réellement le nombre des grossesses en fonction de l'âge gestationnel, et le nombre des mort-nés, il semble préférable de garder le nombre de naissances vivantes au dénominateur, ce nombre étant comptabilisé systématiquement par l'INSEE. ► **Référence** : Chanry A., Deneux-Tharaux C., Bonnet M.P., Bouvier-Colle M.H., 2015, « Pregnancy-related ICU Admissions in France : Trends in Rate and Severity, 2006-2009 », *Critical Care Medicine*, 43, p. 78-86.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Santé publique France ; Inserm-U1153, équipe EPOPé.

Mortalité périnatale et mortalité infantile

Contexte

L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales. Il a deux composantes : le taux de mortinatalité (mortinatalité spontanée et interruptions médicales de grossesse) et le taux de mortalité néonatale précoce (enfants décédés dans les 7 premiers jours de vie). En France, l'interruption médicale de grossesse (IMG) peut être pratiquée jusqu'au terme de la grossesse si celle-ci met gravement en danger la santé de la femme enceinte ou si le fœtus est atteint d'une affection particulièrement grave et incurable. Mais les réglementations différentes concernant les IMG rendent difficiles les comparaisons internationales.

La réglementation concernant la déclaration d'un enfant mort-né a évolué, rendant également difficile l'analyse de l'évolution temporelle des taux : avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 28 semaines d'aménorrhée (SA). En 2001, le seuil d'enregistrement a été abaissé, pour une définition commune au niveau international, à une durée de grossesse d'au moins 22 SA ou un poids du fœtus d'au moins 500 grammes (seuils OMS). Une nouvelle modification légale en 2008 a rendu possible l'établissement d'un acte d'enfant sans vie sans le subordonner au poids du fœtus ou à la durée de la grossesse. Ces nouvelles règles de déclaration à l'état civil rendent les comparaisons impossibles pour la période 2008-2011. Depuis 2012, ce taux est calculé à partir des données du PMSI. Par ailleurs, du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à

cette période. Il est donc nécessaire de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets tardifs, la mortalité infantile.

Indicateurs

► Taux de mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est de 10,6 pour 1 000 naissances totales en 2014, stable depuis 2012 (tableau 1). En France métropolitaine, en moyenne sur les trois dernières années, les estimations des taux régionaux varient de 9,2 pour 1 000 pour la région Grand Est à 11,4 pour 1 000 en Île-de-France¹ (carte 1). La situation est beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec des taux entre 13,7 pour 1 000 à La Réunion et 19,1 pour 1 000 en Guyane.

► Taux de mortinatalité

En 2014, le taux de mortinatalité s'élève globalement à 8,9 enfants mort-nés pour 1 000 naissances totales (tableau 1). Il est nettement moins élevé en Métropole (8,6 pour 1 000) que dans les départements d'outre-mer (13,0 pour 1 000). Il est stable depuis trois ans. En 2014 comme en 2013, le taux de mortinatalité spontanée représente 60 % du taux de mortinatalité totale (tableau 1). Les décès fœtaux surviennent principalement avant 37 SA (84,5 % en 2014), dont plus de la moitié à un âge gestationnel de 28 SA ou moins (tableau 2). Les enfants issus de grossesses multiples représentent quant à eux 10,5 % des mort-nés.

► Taux de mortalité néonatale

La mortalité néonatale a peu évolué depuis 2002 (3,0 enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes). Elle est relativement stable depuis 2005 (2,4 pour 1 000 en

2014), le décès de l'enfant survenant à moins de 7 jours dans près de 70 % des cas (graphique 1). En 2014, le taux observé dans les départements et régions d'outre-mer (5,4 pour 1 000) était 2,3 fois supérieur à celui de la France métropolitaine (2,3 pour 1 000). Pour la mortalité néonatale précoce, les taux s'élèvent respectivement à 3,7 pour 1 000 dans les DROM et 1,6 pour 1 000 en Métropole.

Ces décès concernent pour 73,0 % d'entre eux des prématurés, cette proportion atteignant 77,1 % pour les décès néonataux précoces contre 63,7 % pour les autres décès néonataux (tableau 2). Ces décès touchent particulièrement les grands prématurés : 48,5 % étaient nés avant 28 SA et 10,6 % entre 28 et 31 SA. Par ailleurs, 69,0 % des décès néonataux sont précoces.

► Taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile a diminué, passant de 4,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2002 à 3,7 pour 1 000 en 2010. Il est stable depuis 2010 : 3,5 en 2014. Du début des années 1980 au milieu des années 1990, cette baisse était principalement liée au recul de la mortalité néonatale. Mais, depuis, la mortalité néonatale s'est stabilisée et la baisse la plus importante concerne la mortalité post-néonatale (enfants décédés entre le 28^e jour et un an).

Le niveau de la mortalité infantile française est proche de celui de l'Union européenne (3,7 pour 1 000 en 2014). Les taux les plus faibles sont recensés à Chypre, en Slovaquie, en Finlande, en Suède et en République tchèque, avec des taux inférieurs à 2,5 pour 1 000. La situation demeure très défavorable en Bulgarie et en Roumanie (graphique 2). Au sein même de la Métropole française, les disparités sont peu marquées entre les nouvelles régions, de 2,8 pour 1 000 en Corse à 3,7 pour 1 000 en Île-de-France en moyenne sur les trois dernières années. Dans les départements et régions d'outre-mer, les taux demeurent bien plus élevés, de 6,6 pour 1 000 en Martinique à 8,8 pour 1 000 en Guadeloupe. ■

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

TABLEAU 1
Évolution de la mortalité périnatale, néonatale et infantile entre 1995 et 2012

	Taux de :						
	mortalité périnatale (enfants décédés à moins de 7 jours ou nés sans vie)	mortinatalité (enfants nés sans vie)			mortalité néonatale (enfants décédés à moins de 28 jours)	mortalité infantile (enfants décédés à moins d'un an)	
		spontanée	induite par les interruptions médicales de grossesse (IMG)	totale			
	Pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie				Pour 1 000 enfants nés vivants		
2012	10,6	5,3	3,7	9	2,4	3,5	
2013	10,6	5,3	3,6	8,9	2,5	3,6	
2014	10,6	5,3	3,6	8,9	2,4	3,5	

Champ • France entière.

Sources • PMSI-MCO (ATIH), exploitation DREES ; statistiques de l'état civil (INSEE).

1. En Corse, où les effectifs ne permettent pas de calculer un taux annuel, le taux de mortalité périnatale pour la période 2012-2014 est de 13,6 pour 1 000, supérieur à ceux des autres régions de France métropolitaine.

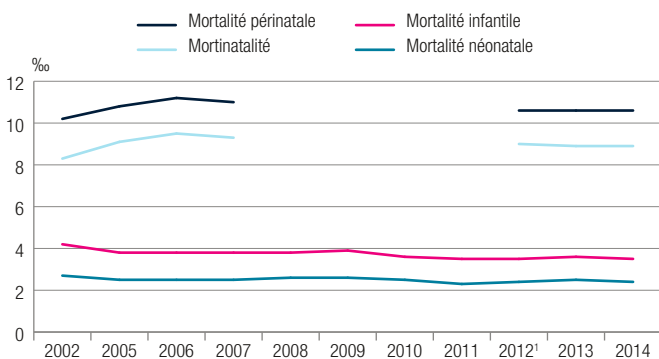
TABEAU 2
Répartition des décès selon le type de naissance et l'âge gestationnel

	Décès fœtaux (mort-nés)	Décès néonataux		
		Précoces (moins de 7 jours)	Autres (7 à 27 jours)	Totaux
	2014	2013	2013	2013
Type de naissance				
Naissances uniques	89,5 %	77,0 %	83,9 %	79,2 %
Naissances multiples	10,5 %	23,0 %	16,1 %	20,8 %
Effectifs renseignés		1 175	539	1 714
Non renseignés		263	106	369
Âge gestationnel				
Moins de 28 SA	51,5 %	55,1 %	34,1 %	48,5 %
De 28 à 31 SA	14,8 %	9,2 %	13,7 %	10,6 %
De 32 à 36 SA	18,3 %	12,8 %	15,9 %	13,8 %
Plus de 36 SA	15,5 %	22,9 %	36,3 %	27,1 %
Effectifs renseignés		1 180	540	1 720
Non renseignés		258	105	363

Champ • France entière pour les décès fœtaux et France métropolitaine pour les décès néonataux.

Sources • Décès fœtaux : PMSI-MCO (ATIH), exploitation DREES; décès néonataux : certificats de décès (Inserm-CépiDc); naissances vivantes : état civil (INSEE).

GRAPHIQUE 1
Évolution de la mortalité périnatale, néonatale et infantile, entre 2002 et 2014



1. Le changement législatif intervenu en 2008 ne permet plus d'utiliser l'enregistrement des mort-nés fait par l'état civil. Le support choisi pour cet enregistrement est dorénavant le PMSI-MCO et 2012 est la première année pour laquelle il est possible de produire une estimation à partir de cette source.

Champ • France entière (hors Mayotte).

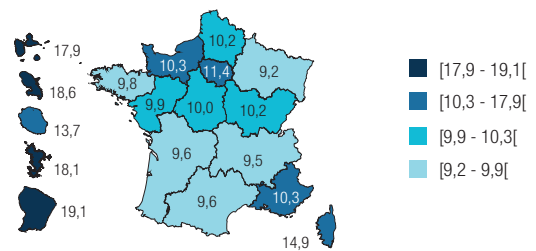
Sources • PMSI-MCO (ATIH), exploitation DREES; statistiques de l'état civil (INSEE).

Synthèse

L'utilisation des bases PMSI permet de calculer à nouveau le taux de mortalité et donc de mortalité périnatale de manière comparable à ceux établis entre 2002 et 2007. Le taux de mortalité périnatale semble être reparti à la baisse depuis, s'établissant, en 2014, à 10,6 pour 1 000 naissances (enfants nés vivants ou sans vie). Le taux de mortalité néonatale atteint 8,9 pour 1 000 naissances en 2014. La mortalité néonatale et la mortalité infantile ont fortement décliné jusqu'au milieu des années 2000, se sont stabilisées entre 2005 et 2009 et ont légèrement diminué depuis, atteignant respectivement 2,4 et 3,5 pour 1 000 naissances vivantes en 2014.

Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la Métropole et les départements et régions d'outre-mer, persistent pour l'ensemble de ces indicateurs.

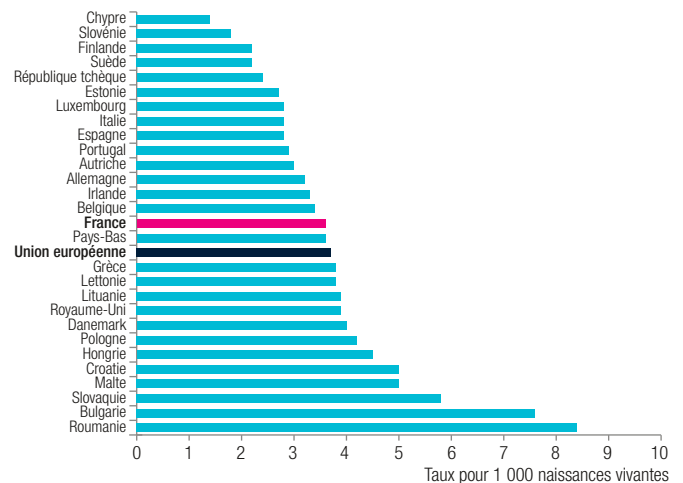
CARTE 1
Taux de mortalité périnatale selon les régions pour 1000 naissances (en quantiles), en 2014*



* Corse : moyenne des taux 2012-2014.

Source • PMSI-MCO (ATIH); exploitation DREES.

GRAPHIQUE 2
Taux de mortalité infantile dans l'Union européenne en 2014



Champ • 28 États membres de l'UE.

Source • Eurostat.

INDICATEUR • Mortinatalité et mortalité périnatale (composante mortinatalité)

► **Champ** : France entière. ► **Source** : Mortinatalité et naissances totales : PMSI-MCO (ATIH). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le nombre de naissances est calculé à partir des RSA d'accouchements (codes Z37 ou acte d'accouchement) pour les femmes domiciliées, en pondérant par le nombre d'enfants (informations issues des codes Z37 corrigées à l'aide des RSA enfants chaînés). Parmi ces naissances, le nombre de mort-nés est également déterminé à partir des mêmes codes diagnostiques (extension des codes Z37 corrigés à l'aide des RSA). ► **Limites d'interprétation** : Depuis fin 2011, des consignes ont été diffusées dans les établissements de santé réalisant des accouchements afin qu'un enregistrement des mort-nés conforme aux seuils définis par l'OMS y soit mis en place.

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

INDICATEUR • Mortalité néonatale

► **Champ** : France entière. ► **Sources** : Numérateur : certificats de décès néonataux (Inserm-CépiDc). Dénominateur : statistiques de l'état civil (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

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

INDICATEUR • Mortalité infantile

► **Champ** : France entière. ► **Sources** : Statistiques de l'état civil (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

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

Prématurité et petit poids de naissance

Contexte

La prématurité, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée, et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme et d'une part importante de la mortalité néonatale, particulièrement la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. Le faible poids de naissance, souvent en relation avec un retard de croissance intra-utérin, est aussi un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Les indicateurs retenus ici sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance, l'incidence de la prématurité et des naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes.

Les données citées ici sont issues principalement du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) qui permet depuis 2010 un suivi annuel et une analyse régionale à partir des données sur les naissances vivantes pour la France entière. Les données complémentaires sont issues des enquêtes nationales périnatales (ENP), données de référence à intervalle régulier au niveau national permettant d'étudier les évolutions.

Indicateurs

► Taux de prématurité

En 2014, concernant la France entière, selon les données du PMSI, 7,3 % des enfants sont nés vivants à moins de 37 semaines d'aménorrhée, proportion stable sur les quatre dernières années (tableau 1A). Parmi les naissances vivantes uniques, le taux de prématurité est de 5,7 %. Les naissances multiples présentent un risque extrêmement élevé de prématurité, avec un taux de prématurité de 51,4 % (tableau 1B). Le taux varie fortement selon les régions, avec une situation beaucoup moins favorable pour les naissances des départements et régions d'outre-mer (graphique 1).

Les enquêtes nationales périnatales montrent que le taux de prématurité globale en France métropolitaine a peu évolué depuis 2003¹, passant de 6,3 % en 2003 à 6,6 % en 2010² pour

les naissances vivantes. Ce taux est de 5,1 % en 2010 parmi les naissances dont le début du travail a été spontané et de 9,4 % parmi celles issues d'un déclenchement ou d'une césarienne avant le début du travail, qui définissent la prématurité induite. Cette dernière représente 48 % de la prématurité totale.

Le taux de prématurité est lié à la situation sociale des femmes. Par exemple, selon les données de l'ENP en 2010, le taux chez les femmes dont les ressources du foyer ne proviennent pas d'une activité salariée (allocations chômage, RSA) est de 8,5 %, alors qu'il est de 6,3 % chez les femmes appartenant à un foyer ayant des ressources provenant d'une activité salariée.

► Distribution de l'âge gestationnel en classes

D'après les données du PMSI, les grands prématurés, de 28 à 31 semaines d'aménorrhée, représentent 0,7 % des naissances vivantes en 2014 et les enfants de moins de 28 semaines d'aménorrhée (en situation de très grande et d'extrême prématurité) représentent 0,3 % des naissances vivantes.

► Incidence des naissances vivantes de poids inférieur à 2 500 grammes

L'incidence des petits poids de naissance est un deuxième indicateur approché du risque périnatal, reflétant la prématurité et/ou le retard de croissance intra-utérin.

En 2014, sur la France entière, 7,5 % des enfants nés vivants pèsent moins de 2 500 grammes d'après le PMSI (6,6 % parmi les naissances uniques et 45,6 % parmi les multiples) (tableaux 2A et 2B). Le taux était de 6,9 % en 2010 selon les données de l'ENP.

L'incidence des naissances vivantes de petit poids, naturellement très élevée pour les naissances prématurées, concerne 3,1 % des naissances à terme (37 SA et plus) pour la France entière en 2014. Cette proportion est plus importante dans les DROM (5,3 %) qu'en Métropole (3,0 %). Dans le cas de grossesses multiples à terme, l'incidence atteint 26,6 % en France entière (36,2 % dans les DROM *versus* 26,2 % en Métropole).

On retrouve pour l'indicateur de petit poids à la naissance les disparités sociales décrites pour la prématurité avec, d'après l'enquête nationale

périnatale 2010, 9,6 % des enfants pesant moins de 2 500 grammes chez les femmes dont les ressources du foyer ne proviennent pas d'une activité salariée (allocations chômage, RSA) au lieu de 5,9 % chez les femmes appartenant à un foyer ayant des ressources provenant d'une activité salariée.

► Distribution des poids de naissance

Si 7,5 % des naissances vivantes concernent des enfants de moins de 2 500 grammes en 2014, les naissances vivantes de moins de 2 000 g représentent 2,5 % des naissances en 2014 (2,3 % en 2011) selon les données du PMSI. ■

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Institut national de la santé et de la recherche médicale

1. Vilain A., Peretti (de) C., Herbert J.B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.
2. Blondel B., Kermarrec M., 2011, « La situation périnatale en France en 2010 », Inserm U953, DREES.

🔄 Synthèse

En 2014, 7,3 % des naissances vivantes survenues en France entière sont prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (51,4 %). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2 500 grammes) concerne 7,5 % des naissances vivantes (45,6 % en cas de naissance multiple).

Les disparités sont particulièrement marquées entre la Métropole et les départements et régions d'outre-mer, puisque les taux de prématurité varient du simple au double entre les extrêmes de Métropole (6,2 % en Pays de la Loire) et la Guyane (13,0 %).

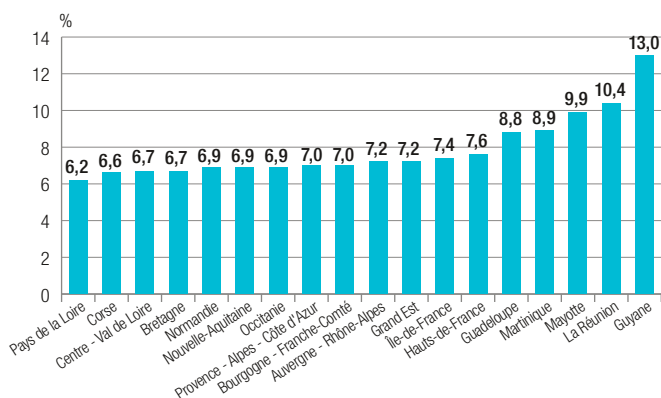
TABLEAU 1A
Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel (en %)

	2011	2012	2013	2014
< 28 SA	0,4	0,3	0,3	0,3
28 à 31 SA	0,7	0,7	0,7	0,7
32 SA	0,4	0,4	0,4	0,4
33 SA	0,5	0,6	0,5	0,5
34 SA	0,9	0,9	0,9	0,9
35 SA	1,5	1,5	1,5	1,5
36 SA	2,8	2,9	2,9	2,9
37 SA	6,4	6,6	6,5	6,5
38 SA	15,5	16,0	15,7	15,6
39 SA	26,6	27,1	26,6	26,8
40 SA	26,6	26,2	26,2	26,2
41 SA	16,9	15,9	16,8	16,8
≥ 42 SA	0,9	1,0	0,9	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ • Naissances vivantes domiciliées, France entière (y compris les naissances au domicile si transfert vers un établissement).

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation DREES.

GRAPHIQUE 1
Répartition des naissances prématurées selon la région de résidence en 2014 (en %)



Champ • Naissances vivantes, France entière.

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation DREES.

TABLEAU 1B
Répartition des nouveau-nés selon l'âge gestationnel et la pluralité, en 2014 (en %)

Type de naissance	Taux de prématurité selon l'âge gestationnel		
	22 à 36 SA	37 SA ou plus	Total
Naissance unique	5,7	94,3	100,0
Naissance multiple	51,4	48,6	100,0
Total	7,3	92,7	100,0

Champ • Naissances vivantes, France entière (y compris les naissances au domicile si transfert vers un établissement).

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation DREES.

TABLEAU 2A
Répartition des nouveau-nés selon leur poids (en %)

	2011	2012	2013	2014
< 1 000 g	0,3	0,4	0,4	0,4
1 000 à 1 499 g	0,6	0,7	0,6	0,7
1 500 à 1 999 g	1,4	1,5	1,4	1,4
2 000 à 2 499 g	4,9	5,0	5,0	5,0
2 500 à 2 999 g	19,9	19,7	20,0	20,1
3 000 à 3 499 g	39,9	39,7	39,9	39,9
3 500 à 3 999 g	26,0	25,9	25,7	25,6
4 000 à 4 499 g	6,3	6,4	6,2	6,1
4 500 g ou plus	0,8	0,8	0,8	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ • Naissances vivantes domiciliées, France entière (y compris les naissances au domicile si transfert vers un établissement).

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation DREES.

TABLEAU 2B
Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance et la pluralité, en 2014 (en %)

Type de naissance	Taux de petits poids selon le poids de naissance		
	Moins de 2 500 g	2 500 g ou plus	Total
Naissance unique	6,6	93,4	100,0
Naissance multiple	45,6	54,4	100,0
Total	7,5	92,5	100,0

Champ • Naissances vivantes domiciliées, France entière (y compris les naissances au domicile si transfert vers un établissement).

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation DREES.

INDICATEUR • Prématurité et poids de naissance

► **Champ** : Les données présentées ici sont issues du PMSI-MCO. Les naissances concernent toutes les naissances vivantes domiciliées (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy). ► **Source** : PMSI-MCO (ATIH).

► **Mode de construction de l'indicateur** : Taux de prématurité : nombre d'enfants nés vivants avec âge gestationnel inférieur à 37 SA/nombre total d'enfants nés vivants. Le nombre d'enfants nés vivants est calculé à partir des RSA d'accouchements (code Z37 ou acte d'accouchement pour les femmes domiciliées) en pondérant les accouchements par le nombre d'enfants issus de l'accouchement (vivants, mort-nés ou IMG), estimé à partir des codes Z37, corrigés à l'aide des Z38 si besoin. Taux d'enfants de petits poids : nombre d'enfants vivants dont le poids est inférieur à 2 500 grammes/nombre total d'enfants nés vivants. Le nombre d'enfants nés vivants est calculé à partir des RSA des bébés (RSA avec âge égal à 0 et mode d'entrée 8 pour les enfants domiciliés). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Dans le PMSI-MCO, il subsiste toutefois un risque de surestimation des enfants prématurés ou de petits poids lié à un mauvais codage possible du mode d'entrée en cas de transfert avec un mode d'entrée codé « domicile » au lieu de « transfert », ce qui introduit des doubles comptes au moment de la sélection, le numéro anonyme de patient n'étant pas toujours de qualité suffisante pour permettre d'éliminer ces doublons.

► **Références** : www.data.drees.sante.gouv.fr

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

INDICATEUR • Prématurité et poids de naissance

► **Champ** : Enquête nationale périnatale (ENP) en 2010. Enquête en maternité pendant une semaine, par questionnaire auprès de toutes les femmes ayant accouché. ► **Champ** : France métropolitaine.

► **Référence** : Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report, « The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 » [en ligne] : www.europeristat.com.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-U1153, équipe EPOPé

Accouchement par césarienne

Contexte

L'accouchement représente un moment très particulier où la prise en charge médicale doit garantir une sécurité optimale pour la mère et l'enfant, tout en évitant des interventions excessives. Le taux de césariennes représente un indicateur des décisions prises en cas de complications ou de risque important ; un taux très élevé peut être préoccupant car les césariennes présentent en elles-mêmes des risques pour les mères et les enfants, à court et moyen terme.

Indicateur

► Taux de césariennes

Le taux de césariennes, connu par le PMSI, est de 20,1 % en 2014. Il varie fortement selon le lieu d'accouchement : il est le plus élevé en Corse (24,5 %), en Île-de-France (22,6 %) et en Guyane (22,3 %) et le plus bas en Bourgogne - Franche-Comté (16,0 %) (carte 1). Au cours des dix dernières années, le taux de césariennes a augmenté de 18,9 % en 2003 à 20,5 % en 2010, puis a diminué pour atteindre 20,1 % en

2014 (graphique 1). Cette augmentation modérée suivie d'une baisse peut être en partie le résultat des politiques et recommandations récentes faites par les professionnels (Collège français des gynécologues et obstétriciens, Haute Autorité de santé) pour contrôler la hausse des taux. Une stabilisation des taux ou un ralentissement de leur augmentation sont observés actuellement dans d'autres pays occidentaux (Declercq, 2011), en particulier dans certains pays scandinaves (Europeristat, 2013).

En 2010, la France était au 11^e rang parmi l'ensemble des pays européens pour son taux global de césariennes (EURO-PERISTAT 2013). Parmi les pays limitrophes de la France et les pays scandinaves, le taux varie de 14,8 % en Islande à 38,0 % en Italie et la France se situe entre la Belgique et le Danemark (graphique 2).

Selon les données de l'Enquête nationale périnatale de 2010, le risque de césarienne augmente avec l'âge maternel ; la tendance des couples à avoir des enfants tardivement peut donc avoir des répercussions sur la fréquence des césariennes (tableau 1). Par ailleurs, les femmes qui accouchent pour la première fois

et les femmes qui ont déjà eu une césarienne pour une grossesse antérieure ont plus souvent une césarienne pour la grossesse actuelle ; ceci montre que la décision de faire une césarienne pour un premier accouchement a un impact fort sur le taux global de césariennes, actuellement et dans les années suivantes. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Inserm-U1153, équipe Epopé

🔄 Synthèse

Le taux de césariennes est de 20,1 % en 2014 et a diminué depuis 2010 ; ceci pourrait être le résultat des recommandations générales pour contrôler la fréquence de cet acte. Il varie fortement selon le lieu d'accouchement.

Selon les données de l'enquête nationale périnatale en 2010, le risque de césarienne augmente avec l'âge maternel.

TABLEAU 1
Variations du taux de césariennes suivant des caractéristiques maternelles (en %)

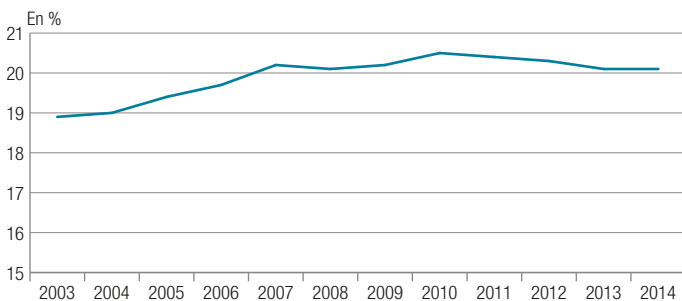
Caractéristiques maternelles	Taux de césariennes (%)	
	ENP 2010 ¹	PMSI 2014
Âge		
< 25 ans	17,0	15,6
25-29	19,1	17,8
30-34	20,5	20,3
35-39	27,5	25,3
40 et plus	33,1	33,2
Accouchements antérieurs		
Aucun		23,2
Au moins une césarienne		64,8
Au moins un accouchement antérieur sans césarienne		8,3

1. Les associations entre césariennes et caractéristiques maternelles sont statistiquement significatives.

Champ • France métropolitaine en 2010, naissances vivantes et enfants mort-nés.

Source • Enquête nationale périnatale 2010 (Inserm-U1153-DREES); PMSI (ATIH); exploitation DREES.

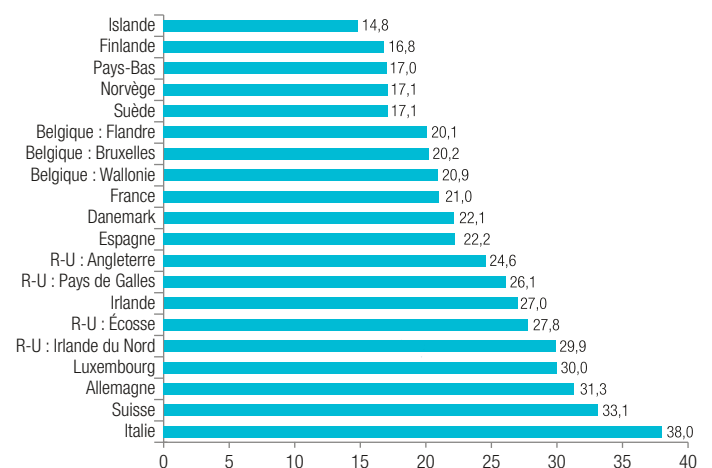
GRAPHIQUE 1
Évolution du taux de césariennes pour 100 femmes ayant accouché



Champ • France entière.

Source • PMSI-MCO (ATIH); exploitation DREES.

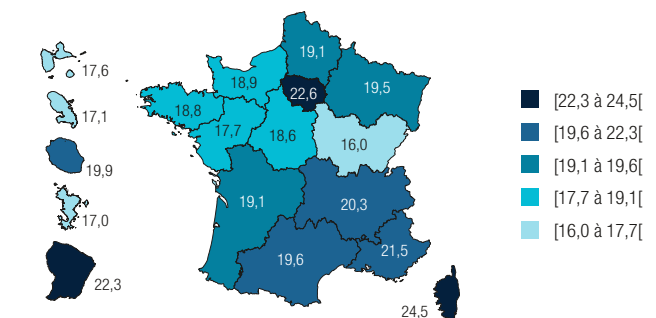
GRAPHIQUE 2
Taux de césariennes en France, dans les pays limitrophes, les Pays-Bas et les pays scandinaves, en 2010 (en %)



R-U : Royaume-Uni.

Source • EURO-PERISTAT, rapport 2013.

CARTE 1
Taux de césariennes selon les régions en France, en 2014, en quintiles (en %)



Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • PMSI-MCO (ATIH).

INDICATEUR • Naissances par césarienne (ENP)

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Sources** : Enquêtes nationales périnatales (environ tous les 5 ans). Enquête une semaine donnée dans les maternités pour toutes les femmes ayant accouché. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés) par césarienne rapporté au nombre total de naissances (numérateur, dénominateur). ► **Limites d'interprétation** : Données représentatives de l'ensemble des naissances; très peu de données manquantes.

► **Références** :

- Blondel B., Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », rapport de l'Inserm [en ligne] : www.sante.gouv.fr.
- EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013, « European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 » [en ligne] : www.europeristat.com.
- Declercq E., Young R., Cabral H., Ecker J., 2011, « Is a Rising Cesarean Delivery Rate Inevitable? Trends in Industrialized Countries, 1987 to 2007 », *Birth*, 38.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Inserm-U1153; DREES.

INDICATEUR • Naissances par césarienne (PMSI)

► **Champ** : Résidentes en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte). ► **Source** : Base PMSI-MCO (ATIH). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de femmes ayant accouché par césarienne rapporté au nombre total d'accouchements. Le nombre d'accouchements est calculé à partir des RSA d'accouchements (code Z37 ou acte d'accouchement) pour les femmes domiciliées. ► **Limites d'interprétation** : Information recueillie en routine, sur l'ensemble des naissances sans risque majeur de sous-déclaration.

► **Références** :

- Quantin C., Cottenet J., Vuagnat A., Prunet C., Mouquet M.C., Fresson J., Blondel B., 2014, « Qualité des données périnatales issues du PMSI : comparaison avec l'état civil et l'enquête nationale périnatale 2010 », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, nov., 43 (9).
- *Le panorama des établissements de santé 2014*, DREES, 2015, coll. « Études et statistiques ».

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

Allaitement maternel

Contexte

L'allaitement maternel est recommandé au niveau international par l'OMS et la promotion de l'allaitement maternel était l'un des objectifs spécifiques à l'enfant du Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015. L'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du bébé, puis sa prolongation avec la diversification alimentaire pendant les deux premières années de vie de l'enfant si possible. En France, le PNNS préconise un allaitement exclusif si possible jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois. L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois et aurait des effets bénéfiques sur la santé de l'enfant. Pour la mère, au-delà des bénéfices à court terme avec une perte de poids favorisée, des risques d'hémorragies diminués par une tétée précoce et le fait que les contractions utérines provoquées par l'allaitement aident l'utérus à reprendre plus vite sa taille, sa forme et sa tonicité, l'allaitement contribuerait à réduire le risque de cancer du sein, et éventuellement celui de l'ovaire.

Indicateurs

► Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité

D'après les données des certificats de santé en 2013, l'allaitement maternel à la naissance, exclusif ou mixte, concerne 66 % des femmes (65% en Métropole et 85% dans les DROM), chiffres quasi stables depuis 2006 (graphique 1). En 2012, les données de l'étude Épipane, dont l'objectif est de décrire l'alimentation de l'enfant au cours de sa première année de vie, indiquent également que près de sept femmes sur dix ont choisi de commencer l'allaitement maternel pour leur enfant dès sa naissance (et 60 % réalisent un allaitement exclusif dans les premiers jours de vie). Les données des enquêtes nationales périnatales montrent qu'en maternité, le taux d'allaitement exclusif est passé de 40 % en 1995, à 45 % en 1998, puis à 56 % en 2003 et 60 % en 2010. La France fait partie des pays dans lesquels l'allaitement est le moins fréquemment initié en Europe où les pourcentages varient fortement, atteignant jusqu'à 98 % dans les pays nordiques.

De fortes disparités départementales des pratiques sont observées d'après les données des certificats de santé. Le taux varie de 45 % dans le Pas-de-Calais ou l'Aisne, à 78 % à Paris, dans les Hauts-de-Seine ou en Haute-Savoie, et jusqu'à 85 % en moyenne pour les départements et régions d'outre-mer (carte 1). Ces disparités recouvrent des variations sociodémographiques et de pratiques en maternité, avec 63 % de femmes débutant un allaitement dans les maternités de type I, contre 65 % dans celles de type II et 71 % dans celles de type III.

Les données des certificats de santé en 2013 montrent, toutes choses égales par ailleurs, que la situation professionnelle de la mère est déterminante, avec une propension beaucoup plus forte à allaiter chez les femmes cadres, agricultrices ou inactives. Le niveau d'études joue fortement, avec 71 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur allaitant leur enfant contre 55 % parmi les femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.

L'allaitement est d'autant plus fréquent que la mère est plus âgée, avec 61 % parmi les moins de 30 ans et 67 % parmi les femmes de 30 ans et plus. Les données de la cohorte Elfe¹ précisent que l'allaitement est plus long lorsqu'au moins un des deux parents est né à l'étranger. Le fait d'être l'aîné (ou le seul) des enfants accentue la probabilité d'un allaitement maternel (65 % parmi les enfants de rang 1 contre 63 % parmi les suivants), alors que le sexe de l'enfant n'apparaît pas comme un critère distinctif.

À l'inverse, d'autres critères (enfant de petit poids, prématuré, césarienne) apparaissent être défavorables à l'initiation de l'allaitement, lorsque les conditions sont plus difficiles pour le favoriser. Les fumeuses allaitent moins leur enfant que les non-fumeuses (39 % parmi les femmes qui fument 10 cigarettes ou plus par jour contre 67 % parmi les non-fumeuses).

► Durée médiane de l'allaitement en semaines

D'après l'étude Épipane, en 2012, 54 % des enfants sont encore allaités à l'âge d'un mois, 35 % de façon exclusive et 19 % de façon mixte. La durée médiane de l'allaitement est de 15 semaines selon la même source, et de 3 semaines et demie pour l'allaitement exclusif

ou prédominant. Enfin, 23 % des enfants sont encore allaités à 6 mois, 21 % de façon mixte (ou associée à une alimentation déjà diversifiée) et 2 % de façon exclusive ou prédominante. D'après les données de la cohorte Elfe, la médiane de la durée de l'allaitement prédominant est inférieure de 10 semaines à celle de l'allaitement total. Le sevrage en France apparaît très précoce, et la part des enfants allaités n'est plus que de 40 % à 11 semaines, période qui correspond à la fin du congé maternité pour les grossesses de rang 1 et 2 (graphique 3).

Les certificats de santé permettent de définir les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui poursuivent l'allaitement au-delà des dix semaines de congé postnatal : sensiblement les mêmes que celles des femmes qui commencent l'allaitement, plus souvent agricultrices ou sans activité, avec plusieurs enfants et âgées de plus de 30 ans. ■

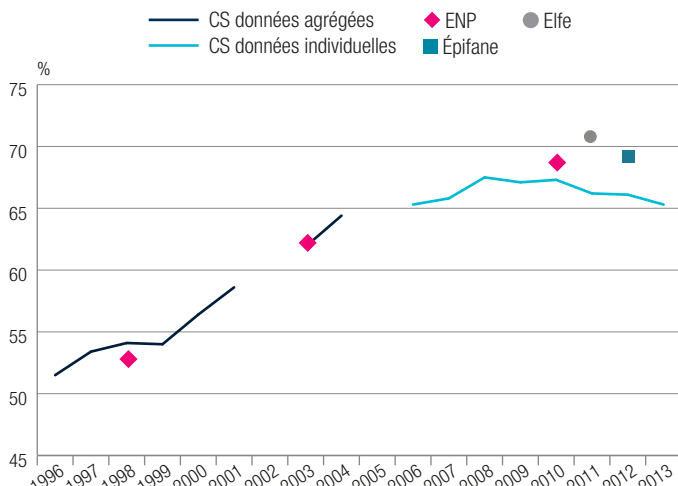
►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

1. Voir encadré méthodologique.

○ Synthèse

Actuellement environ deux femmes sur trois commencent un allaitement maternel à la maternité, alors qu'elles n'étaient qu'un tiers dans les années 1970. L'allaitement exclusif ou mixte à la maternité concerne 66 % des enfants en 2013. La durée médiane est estimée à 15 semaines, avec d'importantes variations départementales, probablement liées en partie aux pratiques en maternité et aux caractéristiques sociodémographiques des femmes.

GRAPHIQUE 1
Pourcentage d'enfants allaités à la maternité selon les sources (allaitement exclusif ou mixte)

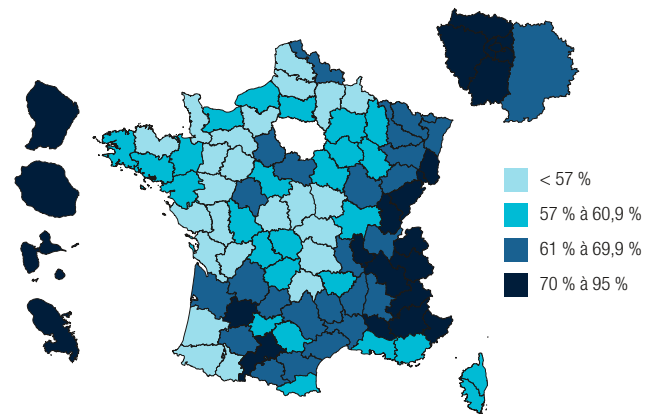


CS : certificats de santé.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Épipane (Santé publique France); Enquêtes nationales périnatales (DREES-Inserm); certificats de santé (DREES).

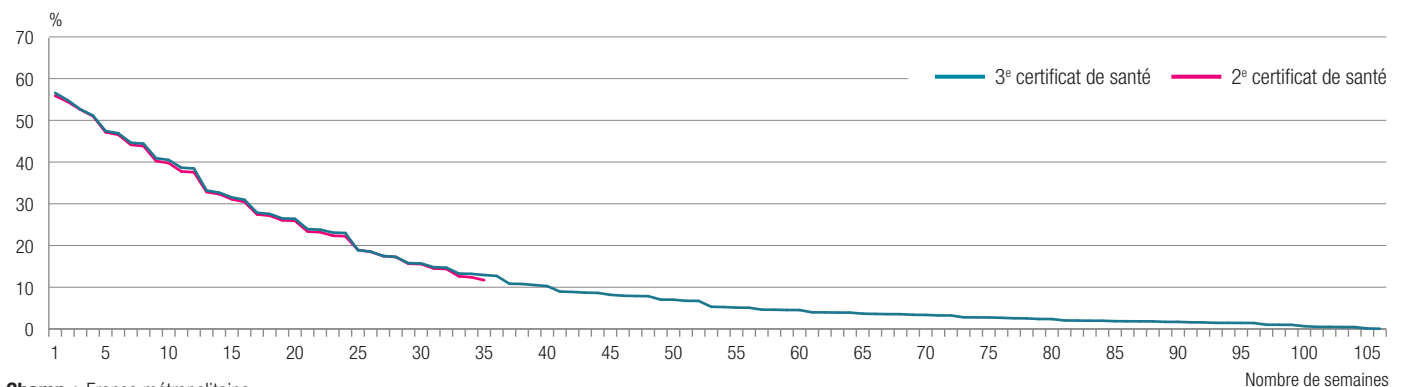
CARTE 1
Enfants allaités à la naissance en 2011 (en %)



Champ • France entière.

Sources • Certificats de santé au 8^e jour (DREES).

GRAPHIQUE 2
Durée de l'allaitement en 2011 d'après les deuxième et troisième certificats (en %)



Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de santé (DREES).

INDICATEURS • Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité (données issues de l'enquête Épipane)
• Durée médiane de l'allaitement en semaines (données issues de l'enquête Épipane)

► **Champ** : Échantillon aléatoire de 3 368 nourrissons nés entre le 16 janvier et le 5 avril 2012 en Métropole, suivi de leur alimentation pendant un an. ► **Source** : Santé publique France. ► **Mode de construction des indicateurs** : Les mères majeures d'enfants nés à 33 semaines d'aménorrhée ou plus sont l'objet d'enquête sur l'alimentation de leur enfant à 1 mois par entretiens téléphoniques et autoquestionnaires.

Limites d'interprétation et biais connus : Le défaut de participation à la maternité et l'abandon au cours du suivi ont été plus fréquemment le fait de femmes les plus jeunes et de niveaux d'études les moins élevés, d'où un redressement des données sur celles de l'ENP pour minimiser ces biais de sélection.

► **Référence** : Salanave B., de Launay C., Boudet-Berquier J., Guerrisi C., Castetbon K., 2016, *Alimentation des nourrissons pendant la première année de vie. Résultats de l'étude Épipane 2012-2013*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

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

INDICATEURS • Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité (données issues des certificats de santé)
• Durée médiane de l'allaitement en semaines (données issues des certificats de santé)

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Sources** : DREES; PMI, 1^{er} et 2^e certificats de santé, renseignés par des professionnels de santé, avant le huitième jour pour le premier et au neuvième mois de l'enfant pour le second. ► **Mode de construction des indicateurs** : Alimentation de l'enfant à sa naissance d'après le CS8, durée de l'allaitement en nombre de semaines depuis 2010, pour les CS9 et CS24. L'indicateur rapporte le nombre d'enfants allaités au sein maternel au nombre de femmes ayant accouché. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données des certificats de santé sont pondérées sur les effectifs domiciliés de l'INSEE selon le sexe et l'âge.

► **Référence** : Vilain A., 2016, « Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance », *Études et Résultats*, DREES, n° 958.

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

INDICATEUR • Fréquence de l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité (données issues des enquêtes nationales périnatales)

► **Champ** : France entière (hors Martinique pour 2010). ► **Sources** : Les enquêtes nationales périnatales (DREES-Inserm), réalisées en 1995, 1998, 2003 et 2010 permettent de faire le point sur l'alimentation de l'enfant dès sa naissance. Elles concernent environ 15 000 enfants pour la France entière (hors Martinique pour 2010). Les données sont exhaustives sur une semaine dans toutes les maternités.

► **Mode de construction de l'indicateur** : L'indicateur rapporte le nombre d'enfants allaités au sein maternel au nombre de femmes ayant accouché.

► **Référence** : Blondel B., Kermarrec M., 2011, « Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », rapport de l'Inserm [en ligne] : www.sante.gouv.fr.

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

Dépistage néonatal

Contexte

La finalité du dépistage néonatal (DNN) systématique est, par le biais d'un diagnostic et d'un traitement précoces, d'apporter à l'enfant un bénéfice direct individuel en évitant les symptômes, souvent graves, de sa maladie et de bénéficier ainsi d'une amélioration de sa qualité de vie et de son espérance de vie. Le DNN par prélèvement de sang sur papier buvard a été introduit progressivement en France à partir de 1968 et est géré depuis 1972 par l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE¹), sauf le dépistage de la surdité permanente néonatale (DSPN). Après la phénylcétonurie (PCU) en 1972, quatre autres maladies ont été introduites dans le DNN : l'hypothyroïdie congénitale (HC) en 1978 ; la drépanocytose ou syndromes drépanocytaires majeurs (SDM) en 1989 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), puis en 1995 en Métropole pour une population ciblée² ; l'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) en 1995 ; la mucoviscidose (CF³) en 2002.

Le DNN est géré par 23 associations infrarégionales, qui réalisent les analyses et adressent les nouveau-nés suspectés d'être porteurs d'une maladie aux équipes référentes infrarégionales pour chaque maladie, puis transmettent leurs résultats à l'AFDPHE.

En 2012, la responsabilité du DSPN a été confiée par le ministère de la Santé aux agences régionales de santé (ARS) qui sont chargées de mettre en place à partir de 2015 un dispositif de dépistage systématique dans leur région. L'analyse des données au niveau national a été confiée à Santé publique France.

Indicateurs

► Taux de nouveau-nés avec une phénylcétonurie dépistée (tableau 1)

Tous les nouveau-nés (NN) atteints de PCU sont nés en Métropole. En 2014, l'incidence du nombre de nouveau-nés atteints de PCU est de 0,6 pour 10 000 naissances, soit 51 enfants. Au total, 2017 enfants atteints de PCU ont bénéficié d'une prise en charge depuis le début du dépistage, permettant à ces enfants d'avoir une vie normale avec la mise en route d'un régime restrictif en phénylalanine.

► Taux de nouveau-nés avec une hypothyroïdie congénitale dépistée

En 2014, 305 nouveau-nés atteints d'HC ont été identifiés par le dépistage, soit une incidence de 3,7 pour 10 000 naissances. Ces HC se répartissent en 169 dysgénésies thyroïdiennes (ectopie et athyréose), et 136 HC avec glandes en place (GEP). Une étude réalisée sur la période 2002-2012 (Barry, 2016) a montré une disparité importante des taux régionaux d'HC avec GEP, avec des incidences plus élevées que le taux national dans les régions Grand Est et Bourgogne - Franche-Comté et plus faibles dans la région Centre - Val de Loire. Il n'y a pas de disparité géographique notable d'HC avec dysgénésie, à l'exception de la Normandie où le taux d'incidence est plus élevé que le taux national en 2014 (graphique 1). Une augmentation annuelle moyenne de 5,1 % des taux d'incidence des HC avec GEP est observée durant la période 1982-2012 (tableau 2) puis une stabilisation en 2013-2014 pour les formes peu sévères (TSH < 50 mui/l) comme pour les formes sévères (TSH > 50 mui/l). Les HC avec dysgénésie sont restées stables.

► Taux de nouveau-nés avec une hyperplasie congénitale des surrénales dépistée

Le DNN de l'HCS par dosage de la 17-hydroxyprogestérone (17OHP) est caractérisé par un nombre important de cas de NN suspects (0,6 %) dû aux faux-positifs engendrés par la grande prématurité. Afin de diminuer leur nombre, des seuils différentiels de 17OHP ont été établis selon le terme de naissance. En 2014, l'incidence est de 0,5 pour 10 000 naissances. Elle est stable dans le temps et varie du simple au triple selon les régions. Depuis l'introduction de ce dépistage, 1 042 enfants porteurs d'HCS ont été dépistés.

► Taux de nouveau-nés avec une mucoviscidose dépistée

L'objectif de ce dépistage est d'avoir une prise en charge spécialisée précoce afin notamment d'éviter de graves conséquences nutritionnelles. L'incidence en 2014 est de 1,9 pour 10 000 naissances avec une baisse observée depuis 2006 et des différences régionales importantes. Ce sont 2 037 enfants atteints de mucoviscidose qui ont été repérés par le

dépistage néonatal depuis l'introduction de ce dépistage, dont 156 en 2014.

► Taux de nouveau-nés avec un syndrome drépanocytaire majeur dépisté

Si le résultat du dépistage est en faveur d'une drépanocytose, celui-ci est contrôlé et complété par une étude de l'hémoglobine des parents pour obtenir le diagnostic. Si les parents se savent porteurs de l'anomalie génétique, un diagnostic prénatal est possible. En 2014, 485 nouveau-nés ont été dépistés comme porteurs de SDM, dont 88 dans les DROM (1/437 nouveau-nés testés) et 397 en France métropolitaine (1/733 nouveau-nés testés). En France métropolitaine, le pourcentage de la population ciblée est passé de 27 % en 2006 à 37 % en 2014, avec un taux de ciblage particulièrement élevé en Île-de-France (69 %), mais un ciblage de moins en moins respecté par rapport aux recommandations initiales. En considérant que tous les enfants non testés n'étaient pas atteints de SDM, on peut extrapoler l'incidence en population générale métropolitaine à 5,8 pour 10 000 naissances en 2014. Dans les DROM, le département avec l'incidence la plus élevée est la Guyane (tableau 3). ■

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

1. www.afdphe.org

2. Critères du dépistage : un des 2 parents, un des 4 grands-parents en provenance de zones à risque ; ces critères ne sont pas toujours respectés en pratique, cf. infra.

3. CF : abréviation cystic fibrosis (appellation anglaise de la mucoviscidose).

○ Synthèse

Cinq maladies sont dépistées sur un prélèvement sanguin à la naissance. Elles sont rares, autour de 50 cas/an pour la phénylcétonurie et l'hyperplasie congénitale des surrénales, et 150 cas/an pour la mucoviscidose. La prévalence de l'hypothyroïdie congénitale est plus importante (environ 300 cas/an) et en augmentation régulière depuis 30 ans, notamment pour les formes « glandes en place ». Bien que la prévalence de la drépanocytose soit plus élevée dans les départements français d'Amérique, la majorité des nouveau-nés atteints de drépanocytose sont identifiés en France métropolitaine où le nombre de cas identifiés est quatre fois plus élevé que dans les DROM.

TABLEAU 1
Dépistage néonatal systématique : résultats 2014

	PCU	HC	HCS	SDM	CF
Nombre de nouveau-nés testés	828 618	828 618	828 618	328 475	812 988
Taux de suspects/10 000 testés	5	16	54	15	39
Nombre de malades	51	305	44	485	156
Incidence de la maladie /10 000 naissances	0,62	3,69	0,45	-	1,9
Fréquence	1/16 247	1/2 717	1/18 832	-	1/5 211

PCU : phénylcétonurie ; HC : hypothyroïdie congénitale ; HCS : hyperplasie congénitale des surrénales ; SDM : syndromes drépanocytaires majeurs ; CF : mucoviscidose.

Champ • France métropolitaine (hors SDM).

Source • Base de données des dépistages néonataux (AFDPHE).

TABLEAU 2
Évolution de l'hypothyroïdie congénitale de 1982 à 2012 en France métropolitaine

Années	Dysgénésies	Glandes en place	Total Hypothyroïdie congénitale (HC)	Taux d'incidence de l'HC pour 10 000 naissances
1982-1986	740	128	868	2,26
1987-1991	747	198	945	2,46
1992-1996	736	255	991	2,58
1997-2001	797	293	1 090	2,84
2002-2006	807	388	1 195	3,11
2007-2012	900	633	1 533	3,22
Total	4 727	1 895	6 622	2,8

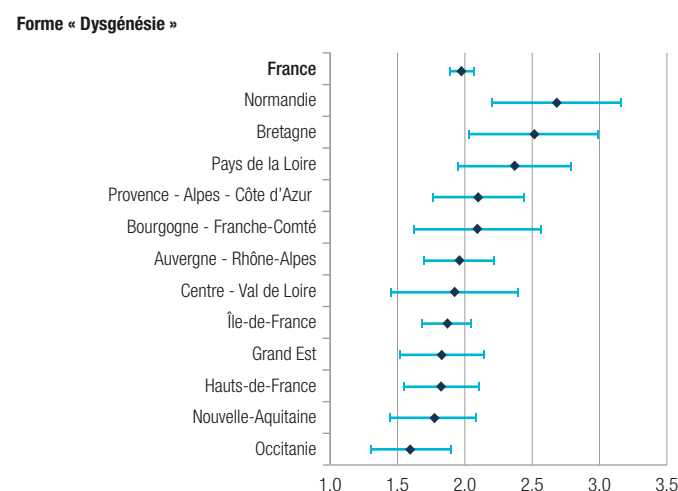
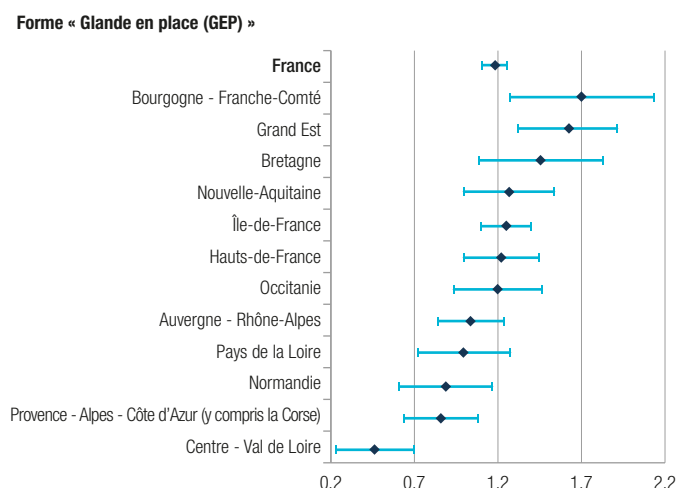
Source • Base de données des dépistages néonataux (AFDPHE).

TABLEAU 3
Incidence des syndromes drépanocytaires majeurs (SDM) dépistés à la naissance pour 10 000 naissances par période, DROM, 2003-2014

Département	2003-2005	2006-2008	2009-2011	2012-2014	Total
Guadeloupe	44	30	44	44	40
Guyane	59	49	54	69	57
Martinique	20	22	18	23	21
La Réunion	0	2	3	4	2
Total	22	19	21	24	22

Source • Base de données des dépistages néonataux (AFDPHE).

GRAPHIQUE 1
Répartition régionale de l'incidence des hypothyroïdies congénitales selon le type d'hypothyroïdie pour 10 000 naissances, 2001-2012



Source • Base de données des dépistages néonataux (AFDPHE).

INDICATEUR • Taux d'enfants porteurs d'une maladie dépistée à la naissance par le dépistage néonatal systématique (PU, HC, HCS, SDM, CF)

► **Champ** : Tous les nouveau-nés vivant à l'exception de la drépanocytose. ► **Source** : AFDPHE. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de nouveau-nés avec une maladie dépistée par le dépistage néonatal systématique/nombre de nouveau-nés testés. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : À l'exception de la drépanocytose, le dépistage est réalisé sur la quasi-totalité des nouveau-nés vivants, le nombre de refus étant marginal (238 en 2014). On peut donc considérer que ce taux est égal à l'incidence de ces maladies. Pour le SDM, ce taux est égal à l'incidence uniquement dans les DROM. En France métropolitaine, on peut calculer un taux d'incidence plancher en considérant que tous les nouveau-nés non testés ne sont pas drépanocytaires ce qui n'est pas réaliste mais que l'on ne peut quantifier.

► **Références** :

- Bilan d'activité 2014 de l'AFDPHE [en ligne] : www.afdphe.org
- Barry Y., Goulet V., Coutant R., Cheillan D., Delmas D., Roussey M., *et al.*, 2015, « Hypothyroïdie congénitale en France : analyse des données recueillies lors du dépistage néonatal de 2002 à 2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 15-16, p. 239-247 [en ligne] : www.invs.sante.fr/beh/2015/15-16/2015_15-16_2.html
- Barry Y., Bonaldi C., Goulet V., Coutant R., Léger J., Paty A.C., Delmas D., Cheillan D., Roussey M., 2016, Increased Incidence of Congenital Hypothyroidism in France from 1982 to 2012 : a Nationwide Multicenter Analysis, *Annals of Epidemiology*, février, 26(2), p. 100-105.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France en collaboration avec l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE).

Santé de l'enfant

S'intéresser à l'état de santé des enfants c'est aussi s'intéresser à l'état de santé des adultes de la prochaine génération. Car la santé des enfants doit se concevoir et s'évaluer avec un regard nouveau prenant en compte les avancées scientifiques récentes. Au cours des décennies passées, les découvertes conjuguées de l'épidémiologie clinique et sociale, de la biologie expérimentale, de la toxicologie et des neurosciences ont largement démontré que les conditions dans lesquelles se déroulent les étapes précoces du développement vont impacter la santé d'une personne tout au long de sa vie.

Le développement, de la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de l'adolescence, construit le capital santé d'un individu. Ce capital va ensuite, après une phase de plateau, s'altérer avec l'âge à un rythme plus ou moins rapide selon les expositions et les événements de l'enfance et de la vie adulte jusqu'à l'apparition possible de maladies. Différents types d'expositions ont le potentiel de modifier le développement précoce. Elles sont de natures nutritionnelles, toxiques, liées à l'activité des micro-organismes, de médicaments mais également à des situations de stress psychosocial. Les réponses de l'organisme en développement à ces différents environnements qui le perturbent peuvent être adaptées sur le court terme mais induire des effets délétères sur le long terme. Certaines pathologies comme l'obésité ou l'asthme peuvent se révéler chez l'enfant et se poursuivre ou non à l'âge adulte. D'autres, comme le diabète de type 2, anciennement considéré comme un diabète de la maturité, émergent maintenant parfois dès l'adolescence. Enfin, de manière beaucoup plus pernicieuse, un certain nombre de conditions du développement précoce n'entraînent pas d'altération de la santé de l'enfant mais sont maintenant des facteurs de risque démontrés de maladies chroniques de l'adulte. Ainsi, naître avec un faible poids pour son âge gestationnel augmente le risque d'hypertension artérielle, de diabète de type 2 et de maladie cardio-vasculaire à l'âge adulte. La prématurité, même sans retard de croissance associé augmente également le risque d'hypertension artérielle et de pathologie cardio-vasculaire. À l'inverse, un poids de naissance excessif pour l'âge gestationnel mais encore une vitesse de croissance pondérale rapide dans les six premiers mois de vie s'accompagnent d'un risque ultérieur d'obésité accru. Il en va de même du diabète maternel pendant la grossesse ou d'une prise de poids gestationnelle excessive quelle que soit la corpulence maternelle pendant la grossesse. Certaines des réponses induites par des expositions précoces au cours du développement et impliquées dans le risque de pathologie à long terme commencent à être bien décrites : perturbations métaboliques et modification de la composition corporelle en réponse à une sous ou surnutrition précoce, hyperactivité durable de l'axe corticotrope en cas d'exposition à une situation de stress psychosocial.

Nos politiques de santé publique et notre système de santé doivent évoluer en fonction de ces nouvelles connaissances. Une réflexion doit en particulier s'engager sur les indicateurs de l'état de santé des enfants pour, au-delà de la prévalence de maladies ou de facteurs de risque connus liés au mode de vie, intégrer des facteurs de risque précoce et surtout des marqueurs de capacité fonctionnelle physique et psychique qui représentent le véritable enjeu de la santé sur le long terme de chaque génération d'enfants.

Accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants	188
Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent	190
Cancers de l'enfant	192
Infection invasive à méningocoque et couverture vaccinale associée	196

Accidents de la vie courante chez les enfants

Contexte

Les accidents de la vie courante (AcVC) entraînent chaque année en France plus de 21 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et près de 5 millions de recours aux urgences. Chez les enfants de moins de 15 ans, ils sont responsables d'environ 200 décès par an. Ces accidents sont évitables par des actions adaptées de prévention, réglementation, formation, information. La collecte des circonstances détaillées des décès traumatiques fait désormais l'objet d'un recueil pérenne : « Analyse détaillée des décès par traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans » (ADT) lancée fin 2015, dont les résultats permettront d'orienter les actions de prévention.

Indicateurs

► Mortalité par traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans

En 2013, on dénombre selon les certificats de décès, 364 décès par traumatismes chez les moins de 15 ans : 44 chez les moins de un an, 138 chez les 1-4 ans, 182 chez les 5-14 ans. La plus grande partie de ces décès est due aux AcVC (190 en 2013), soit plus que les décès par accidents de la circulation (97 en 2013, source : Sécurité routière). On dénombre également 25 suicides, 45 homicides et 15 décès traumatiques d'intention indéterminée. Les 190 enfants de moins de 15 ans décédés d'un AcVC se répartissent en 122 garçons et 68 filles (sexe ratio = 1,8). Ils sont surtout décédés de noyade (57 décès), de suffocations (36, dont 47 % avant l'âge d'un an), de chutes (24), d'incendies (23)

et d'intoxications (4) (tableau 1). Le taux standardisé de mortalité par AcVC des moins de 15 ans a diminué de 5,4 % en moyenne par an entre 2000 et 2013.

► Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès chez les moins de 20 ans

Entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2015, 459 noyades accidentelles sont dénombrées chez les moins de 20 ans, dont 77 suivies de décès. Chez les enfants de moins de 6 ans, il y a eu 226 noyades dont 29 décès ; chez les 6-12 ans, 112 noyades dont 16 suivies de décès ; chez les 13-19 ans, 121 noyades dont 32 suivies de décès. Les lieux de la noyade dépendent de l'âge de l'enfant : 67 % des plus jeunes enfants se sont noyés en piscine (151/226 dont 96 en piscines privées familiales), les 6-12 ans et les adolescents principalement en mer (respectivement 42 % et 51 %) (graphique 1). On note une décroissance depuis 2000 du nombre de noyades suivies de décès en piscines privées chez les moins de 6 ans : 32 décès en 2000 et 13 en 2015, alors que le parc de piscine a plus que doublé, passant de 708 000 à 1 810 000 (graphique 2). La représentation en moyenne mobile sur 3 ans lisse les variations importantes, d'une année à l'autre, de ces petits effectifs (graphique 2). Les enfants de moins de 6 ans se noient surtout à cause d'un manque de surveillance et de leur inaptitude à nager.

► Nombre de défenestrations accidentelles d'enfants de moins de 15 ans

Voir édition 2015 du rapport.

► Taux d'enfants de moins de 15 ans hospitalisés pour brûlures

En 2012, selon le PMSI, en Métropole, 3 029 enfants de moins de 15 ans ont été hospitalisés pour brûlures. Les enfants de 0 à 4 ans représentent les trois quarts de ceux-ci, et plus du quart des personnes hospitalisées pour brûlures, tous âges confondus (2 339/8 365). Parmi les 0-4 ans, la moitié était âgée d'un an révolu. Le taux d'incidence brut est le plus élevé chez les enfants de moins de 5 ans (60,3 pour 100 000 contre 8,8 pour 100 000 entre 5 et 14 ans). L'incidence est 1,4 fois plus élevée chez les garçons que chez les filles. Ces résultats sont proches de ceux des années 2009 à 2011.

► Taux d'incidence trimestriel des enfants accidentés

D'après les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, le taux trimestriel d'accidentés de moins de 15 ans par AcVC est de 5,5 %, sans différence significative entre les garçons et les filles. Ces données concernent 171 enfants accidentés (88 garçons et 83 filles) parmi 3 171 enfants interrogés. Plus de la moitié (55,5 %) des accidentés ont eu recours à l'hôpital (urgences et/ou hospitalisations) sans différence significative entre les garçons et les filles.

Pour les enfants d'âge scolaire, le taux trimestriel d'incidence d'enfants accidentés est, chez les élèves de grande section de maternelle (GSM, 5 à 6 ans) de 3,8 % en 2012-2013, sans différence significative entre garçons et filles ; ces accidents, qui sont à 98 % des AcVC, ont entraîné un recours aux urgences dans 64 % des cas. Les volets précédents de l'enquête montrent une stabilité de ce taux d'incidence dans le temps : 3,6 % en 2005-2006 (GSM, 5 à 6 ans). Les taux d'incidence sont plus élevés en CM2 (10-11 ans) et 3^e (14-15 ans) : respectivement 9,2 % (enquête 2004-2005) et 10,3 % (enquête 2008-2009). En 3^e, le taux d'incidence est plus élevé chez les garçons (11,7 %) que chez les filles (9,0 %) et n'a pas significativement évolué depuis l'enquête 2003-2004 (9,4 %). À ce niveau, les accidents de la circulation représentent 10 % de l'ensemble. ■

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

TABEAU 1

Nombre de décès, taux bruts et standardisés* de mortalité par type d'accidents de la vie courante selon l'âge chez les moins de 15 ans, en 2013

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu, flammes		Autres accidents, précisé		Autres accidents, non précisé		Total	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
< 1 an	2	0,26	17	2,24	5	0,66	0	0	0	0	0	0	7	0,92	31	4,08
1-4 ans	12	0,39	11	0,35	29	0,93	1	0,03	9	0,29	4	0,13	14	0,45	80	2,57
5-14 ans	10	0,13	8	0,10	23	0,29	3	0,04	14	0,18	3	0,04	18	0,23	79	1,00
< 15 ans*	24	0,04	36	0,06	57	1,9	4	0,07	23	0,5	7	0,17	39	1,6	190	7,6

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, recensement général de la population 1999 (INSEE).

Nb : nombre.

Champ • France métropolitaine, population âgée de moins de 15 ans.

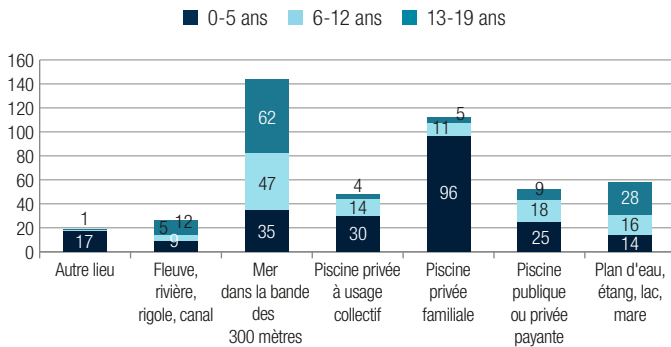
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; données démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Synthèse

Les accidents de la vie courante sont responsables en 2013 de 190 décès d'enfants de moins de 15 ans, plus chez les garçons (122) que chez les filles (68). Les causes principales sont les noyades (57 décès), les suffocations (36), les chutes (24), les incendies (23). En 2015, 26 enfants de moins de 6 ans se sont noyés, dont la moitié en piscine privée familiale. Plus de 2 000 enfants de moins de 5 ans ont été hospitalisés pour brûlures en 2012. Chaque trimestre, un enfant de 10 à 15 ans sur dix est accidenté, deux fois sur trois avec recours à l'hôpital. Ces accidents sont évitables par des actions adaptées de prévention.

GRAPHIQUE 1

Nombre de noyades accidentelles selon l'âge des jeunes de moins de 20 ans et selon le lieu de noyade, en 2015*



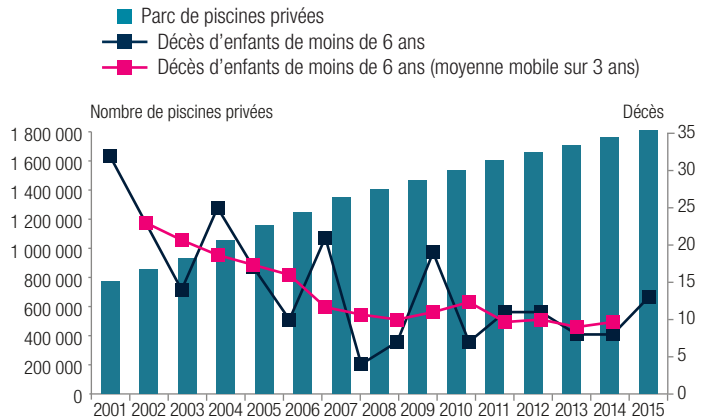
* Période du 1^{er} juin au 30 septembre 2015.

Champ • France entière, population âgée de moins de 20 ans ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés.

Source • Enquête Noyades 2015 (Santé publique France).

GRAPHIQUE 2

Nombre (et moyennes mobiles sur 3 années) de noyades suivies de décès d'enfants de moins de 6 ans en piscine privée, de 2000 à 2015



Champ • France entière, enfants âgés de moins de 6 ans ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés.

Sources • Enquêtes Noyades 2003, 2004, 2006, 2009, 2012, 2015 (Santé publique France) ; Fédération des professionnels des piscines pour le nombre de piscines privées.

INDICATEUR • Nombre de décès, taux bruts et standardisés de mortalité par AcVC chez les moins de 15 ans

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de moins de 15 ans. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Codes de la CIM-10 de la liste de référence des causes de décès par AcVC. Analyse des décès en cause principale, sauf pour les chutes, en « causes multiples ». Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants sur la population moyenne de l'année en cours. Les taux de variation annuels moyens ajustés sur l'année et l'âge ont été estimés par un modèle de régression binomiale négative. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

► **Référence** : Lasbeur L., Thélot B., 2017, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1, p. 2-12 [en ligne] : www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/mortalite_traumatismes

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

INDICATEUR • Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès chez les moins de 20 ans

► **Champ** : France entière, population de moins de 20 ans entre le 1^{er} juin et le 30 septembre. ► **Sources** : Enquêtes Noyades 2003, 2004, 2006, 2009, 2012 et 2015 (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de noyades, suivies ou non de décès, ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Recueil sur la période estivale (4 mois), du 1^{er} juin au 30 septembre.

► **Référence** : Lasbeur L., Szego-Zguem E., Thélot B., 2016, *Surveillance épidémiologique des noyades – Enquête Noyades 2015. 1^{er} juin-30 septembre 2015*, Saint-Maurice, Santé publique France et sa synthèse, juin 2016 [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Accidents/Noyades>

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

INDICATEUR • Taux d'enfants de moins de 15 ans hospitalisés pour brûlures

► **Champ** : France métropolitaine, population de moins de 15 ans. ► **Sources** : PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre d'enfants (< 15 ans) hospitalisés en 2012 avec diagnostic principal codé T20 à T32 en CIM-10 en France métropolitaine, pour 100 000 résidents (< 15 ans) au 1^{er} janvier 2012. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les décès hors hôpital (sur place) ne sont pas enregistrés dans le PMSI.

► **Référence** : Dupont A., Pasquereau A., Rigou A., Thélot B., 2016, « Les victimes de brûlures : patients hospitalisés en France métropolitaine en 2011 et évolution depuis 2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (5-6), p. 71-79 [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Accidents/Brulures-Incendies>

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

INDICATEUR • Taux d'incidence des accidents chez les enfants

► **Champ** : France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans résidant en ménage ordinaire. ► **Source** : ESPS (IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : À partir des réponses des parents de l'enfant à un questionnaire auto-administré comportant une question sur la survenue d'au moins un accident dans les 3 mois précédents. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Enfants dont au moins un des parents est affilié au régime général, à la MSA ou au RSI. Données déclaratives.

► **Référence** : Paget L.M., Thélot B., *Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête santé et protection sociale 2012*, Saint-Maurice, Santé publique France, à paraître [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Enquetes-Systemes-de-surveillance/Enquetes-en-populations/Enquete-Sante-et-Protection-Sociale-ESPS-IRDES-1998-2000-2002-2004>

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

INDICATEUR • Taux d'incidence des accidents chez les enfants

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), enfants scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 et en 3^e. ► **Source** : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES, DGESCO). ► **Mode de construction de l'indicateur** : À partir des réponses des enfants et/ou de leurs parents, estimation du nombre d'enfants déclarant un accident dans les 3 mois précédant l'enquête pour 100 enfants scolarisés. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Estimations trimestrielles à partir de réponses sur un nombre variable de mois.

► **Référence** : Paget L.M., Perrine A.L., Thélot B., 2015, *Les accidents chez les élèves de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2012-2013. Enquête en milieu scolaire*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Enquetes-Systemes-de-surveillance/Enquetes-en-populations/Enquetes-sante-en-milieu-scolaire>

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

Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent

Contexte

Une mauvaise santé bucco-dentaire¹ peut avoir, à plus ou moins long terme, des conséquences sur la santé générale de l'individu liées au risque d'infections, de douleurs chroniques ou de difficultés alimentaires, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce des atteintes dentaires. Si la tendance générale est à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, cette évolution connaît des différences selon les milieux sociaux.

L'enjeu de santé publique est donc d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents en réduisant les inégalités sociales. Les visites de prévention sans avance de frais², proposées par l'assurance maladie³ au cours de l'enfance et de l'adolescence, devraient y contribuer dans les années à venir. Elles offrent en effet à l'ensemble des enfants des classes d'âges concernées, un accès aux soins dentaires, indépendamment de leur milieu social. Les indicateurs actuellement disponibles reposent sur les enquêtes nationales de santé menées en milieu scolaire, ainsi que sur les données issues du système national d'information interrégime de l'assurance maladie (SNIIRAM).

Indicateurs

► Proportion d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3^e

En 2013, le pourcentage d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle, s'élève à 84 %, proportion proche de celle observée en 2006. En revanche, pour les élèves de CM2 et les collégiens des classes de 3^e, la proportion d'enfants indemnes de caries augmente. Ainsi, en 2015, 68 % des enfants scolarisés en CM2 sont indemnes de caries, soit une amélioration de 8 points par rapport au taux de 2008 (tableau 1).

Ces progrès sont liés à de nombreux facteurs, tels qu'une meilleure hygiène bucco-dentaire, l'effet préventif des fluorures (sel, eaux minérales fluorées, dentifrice au fluor...), le scellement prophylactique des sillons sur les première et deuxième molaires aux âges clés d'apparition

des caries (6 ans et 12 ans), les incitations à une consommation modérée d'aliments et boissons sucrés ou encore les visites de prévention sans avance de frais, proposées par l'assurance maladie dans le cadre du programme M'Tdents.

En dépit de cette évolution favorable, les inégalités sociales demeurent importantes. Quel que soit l'âge, les enfants d'ouvriers ont plus fréquemment des atteintes carieuses que ceux de cadres. Dès 5-6 ans, 31 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 8 % des enfants de cadres ; en CM2 les pourcentages s'élèvent respectivement à 40 % et 27 % et ils sont de 58 % et 34 % en 3^e (graphique 1 et tableau 1).

► Proportion d'enfants ayant des dents cariées non soignées en grande section de maternelle, CM2 et 3^e

En présence de carie(s), le recours aux soins varie selon l'âge. Il est plus faible à six ans, âge auquel, en présence de caries, seul un enfant sur trois a ses dents cariées soignées ; il augmente ensuite pour concerner, en CM2, six enfants sur dix, puis en classe de 3^e, huit adolescents sur dix (graphique 1). La faible prise en charge des plus jeunes suggère une méconnaissance de l'intérêt de soigner les dents temporaires. Les différences sociales observées à 5-6 ans perdurent ensuite en CM2 et en 3^e. Ainsi, en grande section de maternelle, parmi les enfants ayant des dents cariées, la moitié des enfants de cadres ont des dents non traitées contre près de huit enfants sur dix chez les ouvriers. En classe de 3^e, les enfants d'ouvriers sont trois fois moins soignés que ceux des cadres. Le traitement des dents cariées a peu progressé au cours des 15 dernières années et ne s'est pas accompagné d'une réduction des inégalités sociales.

► Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire

En 2012, 47 % des enfants ayant droit du régime général de l'assurance maladie ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste dans l'année suivant leur sixième anniversaire.

Ce pourcentage est en nette progression depuis 2006, année de l'instauration de la visite de prévention proposée par l'assurance maladie (tableau 2). Ce programme de prévention qui couvre la prise en charge à 100 % de la consultation et des soins dispensés dans les 6 mois suivant l'examen, hors orthodontie, offre un accès aux soins à tous les enfants des classes d'âges concernées (6, 9, 12, 15, 18 ans). ■

►►► **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 « Santé bucco-dentaire des adultes ».
2. Programme M'Tdents.
3. Régime général (y compris régimes partenaires hébergés par le Système d'information du RG dont fonctions publiques : MFPS, INTERIALE, HFP, MGP, CNMSS).

🔄 Synthèse

D'après les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire, entre 2007 et 2015, l'état de santé bucco-dentaire s'est amélioré, en particulier pour les élèves de CM2. Il ne s'est toutefois pas accompagné d'une réduction des inégalités sociales. Observables dès la grande section de maternelle, elles perdurent en CM2 et en 3^e aussi bien pour la fréquence des dents cariées que pour leur prise en charge. Néanmoins, l'accès au chirurgien-dentiste, facilité par les consultations de prévention proposées par l'assurance maladie, a permis, en 2012, à 47 % des enfants de 6 ans de consulter au moins une fois dans l'année suivant leur sixième anniversaire, contre 15 % en 2007, année de montée en charge.

TABLEAU 1
Évolution de la proportion d'enfants indemnes de caries selon le niveau de scolarité et le groupe socioprofessionnel des parents, entre 2003/2004 et 2014/2015

Groupe socioprofessionnel des parents	GSM		CM2		3 ^e	
	2005-2006	2012-2013	2007-2008	2014-2015	2003-2004	2008-2009
Cadres	91,6	92,2	73,7	73,4	62,4	65,8
Ouvriers	69,1	69,5	46,7	59,8	43,4	42,4
Ensemble	83,1	84,0	60,4	67,9	52,4	55,5

GSM : grande section de maternelle.

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).

TABLEAU 2
Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire

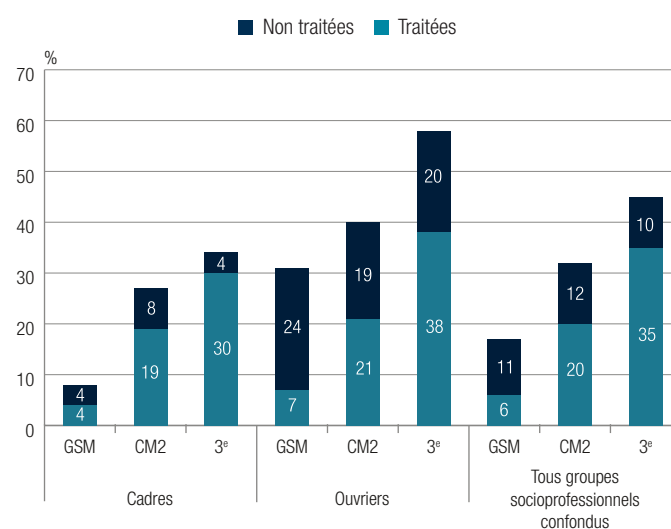
Année	%
2007*	14,9
2008	35,3
2009	41,3
2010	41,0
2011	41,5
2012	47,2
2013	41,9
2014	46,3
2015	44,7

* Année de montée en charge.

Champ • France entière (hors Mayotte), régime général (y compris régimes partenaires hébergés par le système d'information du RG dont fonctions publiques : MFPS, INTERIALE, HFP, MGP, CNMSS), population âgée de 6 ans.

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS).

GRAPHIQUE 1
Proportion d'enfants ayant des dents cariées non traitées selon le niveau de scolarité et le groupe socioprofessionnel des parents¹ (en %)



GSM : grande section de maternelle.

1. Le groupe socioprofessionnel des parents (issu de la nomenclature INSEE en 8 postes) combine le groupe socioprofessionnel du père et de la mère, en privilégiant le plus élevé.

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).

INDICATEURS • Proportion d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3^e

• Proportion d'enfants avec caries non soignées en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3^e

► **Champ** : France entière (hors Mayotte pour les enquêtes antérieures à 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 et en 3^e. ► **Sources** : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES, DGESCO). ► **Mode de construction des indicateurs** : Enquête réalisée tous les 2 ans, alternativement auprès d'élèves de grande section de maternelle (GSM), de cours moyen 2^e année (CM2) et 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.

- Nombre d'enfants indemnes de caries en GSM rapporté au nombre d'enfants enquêtés en GSM. Idem pour CM2 et 3^e.

- Nombre d'enfants avec dents cariées(s) non soignée(s) en GSM rapporté au nombre d'enfants ayant au moins une dent cariée en GSM. Idem pour CM2 et 3^e.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : Examen bucco-dentaire réalisé par les médecins et infirmières de l'Éducation nationale sans matériel spécifique (miroir dentaire, scialytique...), ces conditions d'examen peuvent conduire à une sous-estimation du nombre de dents cariées recensées.

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

INDICATEUR • Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), régime général (y compris régimes partenaires hébergés par le Système d'information du RG dont fonctions publiques [MFPS, INTERIALE, HFP, MGP, CNMSS]), population âgée de 6 ans. ► **Source** : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins un chirurgien-dentiste au cours de l'année suivant leur sixième anniversaire rapporté au nombre d'enfants âgés de 6 ans : les visites prises en compte englobent le mois précédant l'anniversaire et le mois suivant le septième anniversaire compte tenu des petits décalages possibles dans les envois de courrier d'invitation. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Absence de données sur les assurés relevant des sections locales mutualistes (fonctions publiques, étudiants...), de la MSA et du RSI. Les consultations effectuées en milieu hospitalier ne sont pas prises en compte.

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

Cancers de l'enfant

Contexte

Le cancer de l'enfant est une maladie rare, qui frappe près d'un enfant sur 400 avant l'âge de 15 ans dans les pays industrialisés. La moitié de ces cancers apparaissent avant l'âge de 5 ans. Les types de cancers observés sont très spécifiques et différents de ceux rencontrés chez l'adulte. Leurs causes sont encore mal connues. Leur survenue très tôt dans la vie fait suspecter des facteurs génétiques ou des expositions à des facteurs environnementaux *in utero* ou dans les toutes premières années de vie, mais le rôle respectif de ces facteurs doit être précisé. Les cancers de l'enfant se distinguent également de ceux de l'adulte par leur rapidité évolutive et leur sensibilité thérapeutique élevée. Depuis les années 1970, les progrès thérapeutiques réguliers ont transformé leur pronostic avec une survie à 5 ans dépassant désormais les 80 %. Les personnes qui survivent à leur cancer sont néanmoins soumises à un risque élevé de séquelles et d'effets indésirables secondaires à leur cancer ou à son traitement. Il est donc primordial de disposer d'outils permettant un suivi épidémiologique de ces enfants devenus adultes.

En France, la surveillance des cancers de l'enfant est assurée par deux registres pédiatriques nationaux : le Registre national des hémapathies malignes de l'enfant (RNHE) dont l'enregistrement a commencé en 1990 et le Registre

national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE) qui a débuté en 2000. Jusqu'en 2010 inclus, les cas éligibles pour les registres étaient tous les cas de cancers survenus chez des enfants âgés de 0 à 14 ans et résidant en France métropolitaine au moment du diagnostic. Ces critères ont été élargis en 2011, pour inclure les cas de 15 à 17 ans et ceux résidant dans les départements et régions d'outre-mer. Toutefois, ces derniers cas ne sont pas comptabilisés dans les analyses présentées ci-dessous, trop peu de données étant disponibles actuellement.

Indicateurs

► Nombre de cas et taux d'incidence des cancers de l'enfant

Pour la période 2007-2011, l'incidence annuelle des cancers de l'enfant est estimée à 152,8 cas par million d'enfants âgés de 0 à 14 ans, ce qui représente environ 1 750 nouveaux cas par an en moyenne (tableau 1). En d'autres termes, un enfant sur 400 environ sera atteint d'un cancer avant l'âge de 15 ans.

Les cancers de l'enfant diffèrent de ceux de l'adulte, avec une extrême rareté des carcinomes, majoritairement rencontrés chez l'adulte. Ils sont décrits selon une classification spécifique, fondée à la fois sur le type histologique et le site primaire : l'International Classification of Childhood Cancer (ICCC ; Steliarova-Foucher, 2005).

Les principaux types observés chez l'enfant sont les leucémies (28 % des cas, dont 80 % de leucémies aiguës lymphoblastiques), les tumeurs du système nerveux central (SNC : 25 %) et les lymphomes (11 %). Un quart des tumeurs de l'enfant sont des tumeurs embryonnaires (néphroblastomes, neuroblastomes, rétinoblastomes...), quasiment inexistantes chez l'adulte.

Globalement, aucune variation significative de l'incidence des cancers de l'enfant n'est mise en évidence entre 2000 et 2011, la variation moyenne annuelle (VMA) du taux d'incidence étant estimée à 0,1 % (tableau 2). L'incidence reste stable sur la période pour les différents groupes de cancers définis selon l'ICCC, à l'exception du groupe des tumeurs du SNC, pour lequel on note une augmentation significative de l'incidence de 0,9 % par an en moyenne, qui suit les améliorations des diagnostics et de l'enregistrement de certains gliomes.

Sur la période 2000-2011, globalement, aucune hétérogénéité spatiale significative de l'incidence des cancers de l'enfant n'est mise en évidence à l'échelle des régions ou des départements (nombre moyen de cas diagnostiqués par département : 220, médiane : 167).

Pour la représentation cartographique, le risque relatif de cancers de l'enfant dans chaque département est estimé dans un premier temps par le ratio d'incidence standardisé sur l'âge (SIR). Ce ratio est défini comme le rapport entre

TABLEAU 1

Nombre de cas annuels, répartition en fréquence, taux bruts et standardisés* d'incidence des cancers de l'enfant selon la tranche d'âge, en 2007-2011

Groupe diagnostique selon l'ICCC**	Nombre moyen de cas / an	%	Sex-ratio***	Taux d'incidence par million et par an		
				brut	standardisé* (ASR)	cumulé
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	497	28,3	1,3	43,2	45,2	791,2
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	196	11,2	2,0	17,1	16,2	265,4
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	438	24,9	1,1	38,1	37,2	593,2
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	143	8,1	1,1	12,4	14,4	214,5
V. Rétinoblastomes	48	2,8	1,1	4,2	5,1	75,8
VI. Tumeurs rénales	102	5,8	0,9	8,9	9,9	154,0
VII. Tumeurs hépatiques	18	1,0	1,1	1,5	1,7	26,2
VIII. Tumeurs malignes osseuses	81	4,6	1,0	7,1	6,7	110,8
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	113	6,5	1,4	9,9	9,9	157,4
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	63	3,6	0,8	5,5	5,3	82,5
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	53	3,0	0,6	4,6	4,0	66,8
XII. Autres tumeurs malignes	4	0,2	0,3	0,3	0,3	4,5
Tous cancers	1 757	-	1,2	152,8	156,3	2 469,6

* Taux standardisés sur l'âge par million d'enfants de 0 à 14 ans, référence population mondiale.

** ICCC : International Classification of Childhood Cancer.

*** Nombre de cas chez les garçons rapporté au nombre de cas chez les filles.

Champ • France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans.

Sources • Registre national des hémapathies malignes de l'enfant ; Registre national des tumeurs solides de l'enfant ; statistiques démographiques (INSEE).

TABLEAU 2

Variation temporelle de l'incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine, de 2000 à 2011

Groupes diagnostiques selon l'ICCC*	Nombre de cas observés 2000-2011	Variation moyenne annuelle VMA (%)	IC 95 %	P
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	5 895	0,1	[-0,6;0,8]	0,81
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	2 387	-0,6	[-1,8;0,6]	0,31
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	5 031	0,9	[0,1;1,7]	0,03
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	1 704	-0,2	[-1,5;1,2]	0,82
V. Rétinoblastomes	590	-1,2	[-3,5;1,1]	0,3
VI. Tumeurs rénales	1 173	0,3	[-1,4;2]	0,74
VII. Tumeurs hépatiques	203	2,6	[-1,5;6,7]	0,22
VIII. Tumeurs malignes osseuses	975	-0,7	[-2,5;1,1]	0,43
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	1 334	0,7	[-0,8;2,3]	0,38
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	788	-1,8	[-3,8;0,2]	0,07
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	650	-1,1	[-3,3;1,1]	0,34
XII. Autres tumeurs malignes	41	2,8	[-5,9;12,4]	0,54
Tous cancers	20 771	0,1	[-0,3;0,5]	0,71

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % de la VMA.

P : p-value du test bilatéral.

* ICC : International Classification of Childhood Cancer.

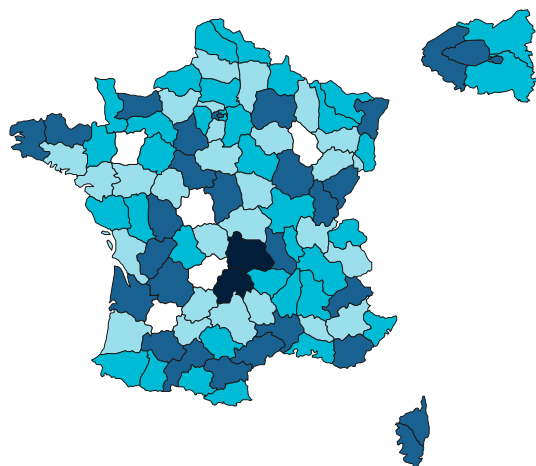
Champ • France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans.

Sources • Registre national des hémopathies malignes de l'enfant ; Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

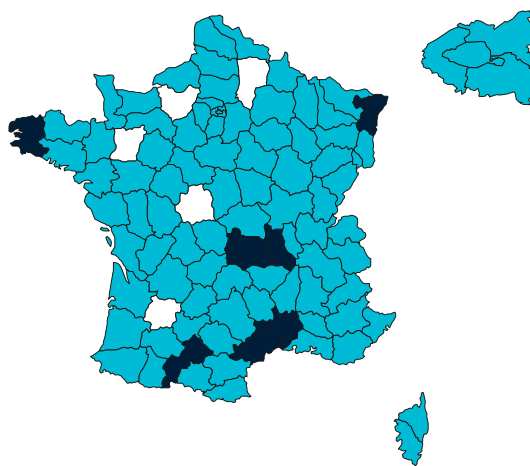
CARTES 1 ET 2

Risque relatif de cancer de l'enfant dans chaque département estimé par le ratio d'incidence standardisé sur l'âge (SIR), 2000-2011

1. Sans lissage géographique



2. Avec lissage géographique*

* Estimations *a posteriori* des risques relatifs par un modèle hiérarchique bayésien BYM (Besag *et al.*, 1991).

Champ • France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans.

Sources • Registre national des hémopathies malignes de l'enfant ; Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

Cancers de l'enfant (suite)

le nombre de cas observés dans un département donné et le nombre de cas qu'on s'attendrait à observer dans ce département si l'incidence était homogène sur toute la France. La précision du SIR dans un département particulier dépend de la taille de la population de ce département. Plus il est peuplé et plus l'estimation du risque de cancer par le SIR sera précise. Afin de réduire l'imprécision statistique des estimations, notamment pour les départements les moins peuplés, les SIRs estimés par un modèle hiérarchique bayésien (Besag *et al.*, 1991) sont également représentés (on parle de « SIRs lissés » par opposition aux « SIRs bruts » obtenus sans modélisation). Ce type de modèle permet de prendre en compte les nombres de cas observés dans chaque département mais également dans les départements voisins, ce qui rend les estimations plus stables.

Pour la période 2000-2011, les SIRs bruts départementaux varient de 0,67 à 1,28 et le risque de cancer de l'enfant semble assez homogène sur l'ensemble du territoire (carte 1). Par ailleurs, la représentation cartographique des SIRs lissés ne montre aucune structure spatiale particulière (carte 2). Il en est de même lorsqu'on considère deux sous-périodes de 6 ans, 2000-2005 et 2006-2011.

► Survie

Les données de survie estimées en population générale en France portent sur les cas incidents

de la période 2000-2011 avec une date de point au 30 juin 2013 (tableau 3).

La survie globale des enfants atteints de cancer sur la période 2000-2011 est estimée à 82 % à 5 ans et à 80 % à 10 ans, tous types de cancers et tous âges confondus. La probabilité de survie à 5 ans varie :

- selon le groupe diagnostique, de 72-73 % pour les tumeurs du SNC et les sarcomes des tissus mous, à 99 % pour les rétinoblastomes ;
- selon le type histologique à l'intérieur même d'un groupe diagnostique. Pour les leucémies, la survie à 5 ans est de 90 % pour les leucémies aiguës lymphoblastiques et de 66 % pour les leucémies aiguës myéloblastiques. Pour les tumeurs du SNC, la survie des astrocytomes, le plus souvent pilocytiques, est de 87 % ; celle des médulloblastomes est de 71 % et celle des gliomes de plus haut grade de 38 % ;
- selon l'âge, mais de manière différente selon le type de cancer : le pronostic des leucémies et des tumeurs du SNC est nettement plus sombre avant l'âge d'un an (58 % et 61 % de survie à 5 ans respectivement), alors que l'inverse est observé pour les neuroblastomes et les tumeurs hépatiques (90 % de survie à 5 ans avant l'âge d'un an).

Depuis 2000, on note une augmentation significative de la survie à 5 ans pour l'ensemble des cancers (de 80 % en début de période à 83 % en fin de période) et en particulier pour les tumeurs du SNC (de 70 % à 75 %). Pour les

autres groupes de cancers, la survie est restée stable sur la période 2000-2011.

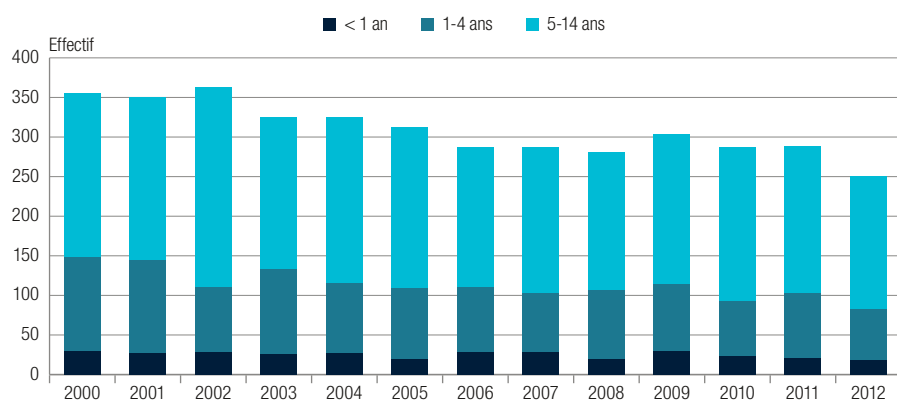
► Mortalité

Le nombre de décès par cancer pédiatrique diminue chaque année, suivant ainsi l'amélioration continue de la survie par cancer dans la tranche d'âge 0-14 ans (graphique 1). Ainsi, de 2000 à 2012, le nombre de décès par cancers est passé de 356 à 250. Néanmoins, dans cette tranche d'âge, le nombre de décès toutes causes a également diminué passant de 5 088 en 2000 à 3 800 en 2012. La part des décès par tumeurs parmi la totalité des décès pédiatriques reste ainsi quasiment stable : 7,0 % en 2000, 6,6 % en 2012. Le cancer représente toujours la quatrième cause de décès entre 0 et 14 ans, après les affections néonatales (36 %), les malformations congénitales (16 %), les causes mal définies incluant la mort subite (15 %) et les accidents (11 %). Cette répartition est très différente entre la première année de vie et la tranche d'âge 1-14 ans. Les cancers représentent moins de 1 % des décès avant l'âge d'un an et 20 % entre 1 et 14 ans, ce qui en fait la deuxième cause de décès après les accidents (30 %) dans cette classe d'âges. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Registre national des cancers de l'enfant

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre de décès par cancer chez les enfants selon la tranche d'âge, de 2000 à 2012



Champ • France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans.

Source • Certificats de décès (CépiDc).

○ Synthèse

Sur la période 2007-2011, environ 1 750 nouveaux cas de cancer surviennent en moyenne par an chez les moins de 15 ans en France métropolitaine (un enfant sur 400 environ sera atteint d'un cancer avant l'âge de 15 ans).

Les principales localisations sont les suivantes : leucémies (28 % des cas, dont 80 % de leucémies aiguës lymphoblastiques), tumeurs du système nerveux central (SNC : 25 %), lymphomes (11 %).

Dans l'ensemble, l'incidence des cancers de l'enfant est stable depuis 2000.

Aucune hétérogénéité spatiale du risque de cancer de l'enfant n'est observée à l'échelle des départements.

Le cancer est la 4^e cause de décès entre 0 et 14 ans (6,6 % des décès pédiatriques en 2012) mais la 2^e cause de décès, après les accidents, pour les plus d'un an.

Le taux de survie globale à 5 ans des enfants atteints de cancer est estimé à 82 % sur la période 2000-2011 et en augmentation sur la période, de 80 % à 83 %.

TABLEAU 3

Taux de survie* à 5 et 10 ans des enfants atteints d'un cancer sur la période 2000-2011

Groupes diagnostiques selon l'ICCC**	Nombre de cas	Survie à 5 ans		Survie à 10 ans	
		%	[IC 95%]	%	[IC 95%]
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	5 408	85	[83.6-85.6]	83	[82.2-84.3]
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	2 188	94	[92.4-94.5]	92	[91.0-93.5]
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	4 560	73	[71.1-73.8]	69	[67.6-70.6]
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	1 574	75	[72.2-76.6]	71	[68.6-73.6]
V. Rétinoblastomes	549	99	[97.5-99.5]	99	[97.5-99.5]
VI. Tumeurs rénales	1 072	92	[90.5-93.7]	91	[89.2-92.9]
VII. Tumeurs hépatiques	187	82	[74.9-86.5]	82	[74.9-86.5]
VIII. Tumeurs malignes osseuses	909	75	[72.2-78.1]	70	[66.5-73.5]
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	1 210	71	[68.5-73.8]	69	[66.1-71.7]
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	725	93	[90.5-94.4]	91	[88.6-93.4]
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	601	93	[90.4-94.7]	92	[88.8-93.7]
XII. Autres tumeurs malignes	35	77	[58.5-87.6]	77	[58.5-87.6]
Tous cancers	19 018	82	[81.4-82.5]	80	[79.2-80.4]

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

* Date de point au 30 juin 2013.

** ICCC : International Classification of Childhood Cancer.

Champ • France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans.

Sources • Registre national des hémopathies malignes de l'enfant ; Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

INDICATEURS • Nombre de cas et taux d'incidence des cancers de l'enfant

• Taux de survie à 5 et 10 ans

► **Champ** : France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans. ► **Sources** : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant ; Registre national des tumeurs solides de l'enfant ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction des indicateurs** :

– Taux d'incidence brut : nombre de cas de cancers diagnostiqués rapporté à l'effectif de la population à risque.

– Taux d'incidence standardisé : taux théorique correspondant aux taux spécifiques par âge appliqués à la population standard mondiale.

– Taux d'incidence cumulé : somme des taux spécifiques par année d'âge.

– Variation moyenne annuelle (VMA) du taux d'incidence : rapport des taux d'incidence entre 2 années consécutives, estimé par modèle de régression de Poisson sous l'hypothèse d'une évolution log-linéaire sur la période.

– Ratio d'incidence standardisé (SIR) : rapport entre le nombre de cas observés et le nombre de cas attendus (estimé par le taux d'incidence moyen français multiplié par la population du département, avec ajustement sur l'âge).

– Probabilité de survie : calculée selon la méthode de Kaplan Meier. La probabilité cumulée de survie est égale au produit des taux de survie conditionnelle calculés à chaque décès.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : La définition des cancers suit les recommandations internationales (ICCC) : toutes les tumeurs malignes, toutes les tumeurs cérébrales quel que soit leur grade de malignité, les myélodysplasies, les histiocytoses langerhansiennes.

► **Références** :

– Besag J., York J., Mollie A., 1991, « Bayesian Restoration, with two Applications in Spatial Statistics », *The Annals of the Institute of Statistical Mathematics*, 43, p. 1-20.

– Steliarova-Foucher E., Stiller C., Lacour B., Kaatsch P., 2005, « International Classification of Childhood Cancer, third edition », *Cancer*, 103, 1457-67.

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant ; Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

INDICATEUR • Mortalité

► **Champ** : France métropolitaine, enfants de 0 à 14 ans. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de décès : décès par tumeurs enregistrés chaque année chez les enfants de 0 à 14 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : La classification utilisée pour les causes de décès est la Classification internationale des maladies (CIM-10) qui repose uniquement sur la topographie. Elle ne permet pas d'identifier des entités comme les tumeurs du système nerveux sympathique, les sarcomes ou les tumeurs germinales, entités bien individualisées dans les données d'incidence (ICCC).

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant ; Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

Infections invasives à méningocoque et couverture vaccinale associée

Contexte

Les infections invasives à méningocoque (IIM) sont des infections transmissibles graves à début brutal. Elles se manifestent sous forme de méningite, de septicémie (la forme la plus sévère étant la *purpura fulminans*) ou d'autres infections localisées. La bactérie *Neisseria meningitidis* est classée en 12 sérogroupes, les sérogroupes B, C, W et Y étant les plus fréquents en France.

Même si en France l'incidence des IIM est basse (entre 0,7 et 1,6 cas pour 100 000 habitants), la maladie reste une préoccupation de santé publique du fait des taux d'incidence élevés chez les jeunes enfants et de la létalité (10 % en moyenne). En France, compte tenu de l'épidémiologie des infections invasives à méningocoque du séro groupe C¹, la vaccination avec un vaccin polysidique conjugué contre les méningocoques C a été introduite dans le calendrier vaccinal en 2010, pour les nourrissons à 12 mois avec un schéma à une dose. Une extension de cette vaccination systématique est recommandée jusqu'à 24 ans.

La surveillance des IIM repose sur la déclaration obligatoire (DO) aux agences régionales de santé (ARS) qui évaluent et mettent en œuvre les mesures de prophylaxie pour les sujets contacts. Au cours des 15 dernières années, la proportion de cas donnant lieu à une DO a progressivement augmenté de 75 % à 91 %. Le génotypage des souches est réalisé au Centre national de

référence des méningocoques. La majorité des cas surviennent de manière sporadique mais les regroupements spatio-temporels peuvent témoigner d'hyperendémies locales ou d'épidémies liées à la circulation active d'un clone spécifique.

Indicateurs

► Nombre de cas et de décès d'infections invasives à méningocoque ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

Après un pic d'incidence des IIM en 2003 suivi d'une stabilisation, une tendance à la baisse est observée depuis 2008. En 2015, le nombre de cas déclarés est de 469 soit un taux d'incidence des cas déclarés de 0,71/100 000. Le taux d'incidence estimé (après correction pour la sous-déclaration) est de 0,79/100 000 (graphique 1). L'âge médian est de 19 ans. Les taux d'incidence les plus élevés des cas déclarés par âge s'observent chez les nourrissons de moins de 1 an (8,60/100 000 avec 67 cas), les enfants de 1 à 4 ans (2,06/100 000 avec 66 cas) et les adolescents et jeunes adultes de 15 à 24 ans (1,35/100 000 avec 105 cas). En 2015, 53 patients (11 %) sont décédés. L'âge médian des décès est de 41 ans, la létalité est proche de 20 % chez les personnes de plus de 60 ans (tableau 1). Le taux d'incidence régional (anciennes régions) est supérieur ou égal à près de 1,5 fois le taux moyen national dans 2 régions (Picardie et Bretagne) (carte 1).

► Distribution des IIM par sérogroupes et groupes d'âges

En 2015, le séro groupe est connu pour 453 cas : 53,5 % sont du séro groupe B, 26,0 % sont du C, 7,1 % du W, 11,9 % du Y et 1,5 % d'autres sérogroupes rares. Le séro groupe B est prédominant dans toutes les classes d'âges, excepté chez les adultes de 60 ans et plus. La part des IIM C va de 22 % chez les moins d'un an à 36 % chez les 5-14 ans. La proportion d'IIM W varie entre 2 et 9 % et celle des IIM Y atteint 26 % chez les plus de 60 ans (graphique 2).

Les taux d'incidence estimés (après correction pour la sous-déclaration) sont de 0,40/100 000 pour les IIM B, 0,19/100 000 pour les IIM C, 0,05/100 000 pour les IIM W et 0,09/100 000 pour les IIM Y (graphique 1). Les taux d'incidence des cas déclarés régionaux (ancien découpage) sont plus élevés dans le quart nord-ouest de la France pour les IIM B et dans l'Ouest et le Centre pour les IIM C (carte 1). L'augmentation des taux d'incidence des IIM C observée entre 2010 et 2014 chez les moins de 1 an, les 1-4 ans et les adultes de 25 à 59 ans ne se poursuit pas en 2015 (graphique 3).

► Couverture vaccinale nationale contre le méningocoque C à 24 mois, chez les 3-9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans et les 20-25 ans

La couverture vaccinale par les vaccins conjugués méningococciques C mesurée à 24 mois est

TABEAU 1

Nombre de cas déclarés, létalité et taux d'incidence des cas déclarés d'infections invasives à méningocoque tous sérogroupes, de séro groupe B et C par groupes d'âges, en 2015

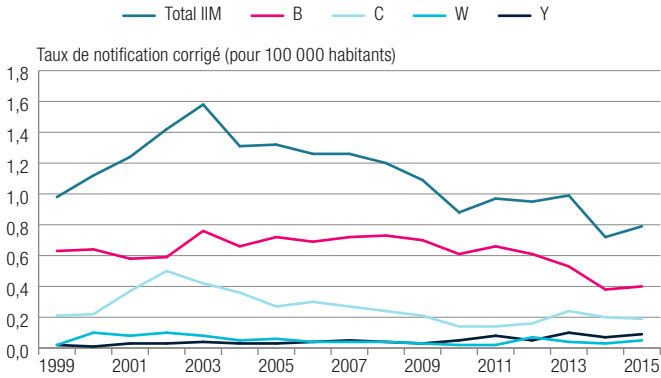
Groupes d'âges	IIM (tous sérogroupes)			IIM B			IIM C		
	Nombre de cas	Létalité (%)	Taux d'incidence (/100 000)	Nombre de cas	Létalité (%)	Taux d'incidence (/100 000)	Nombre de cas	Létalité (%)	Taux d'incidence (/100 000)
<1 an	67	7 %	8,6	41	7 %	5,27	14	7 %	1,8
1-4 ans	66	5 %	2,06	43	5 %	1,34	16	6 %	0,5
5-14 ans	53	6 %	0,64	26	4 %	0,31	18	11 %	0,22
15-24 ans	105	13 %	1,35	53	9 %	0,68	26	19 %	0,33
25-59 ans	100	13 %	0,34	51	4 %	0,17	22	18 %	0,07
60 ans et +	78	19 %	0,48	28	21 %	0,17	22	9 %	0,14
Total	469	11 %	0,71	242	8 %	0,37	118	13 %	0,18

Champ • France entière.

Sources • Déclarations obligatoires (Santé publique France) ; statistiques démographiques (INSEE).

GRAPHIQUE 1

Taux* d'incidence estimés (après correction pour la sous-déclaration) des infections invasives à méningocoque liées aux principaux sérogroupes, 1999-2015



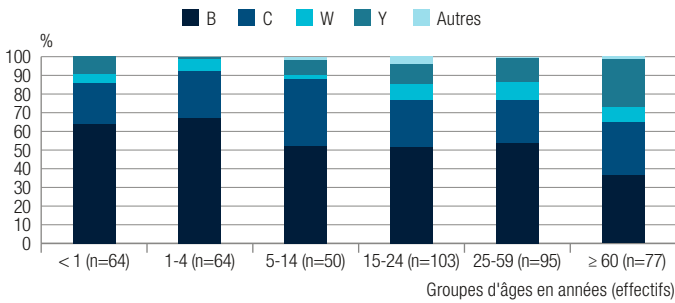
*Taux d'incidence bruts pour 100 000 habitants.

Champ • France entière.

Sources • Déclarations obligatoires (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

GRAPHIQUE 2

Distribution des cas d'infections invasives à méningocoque par sérogroupes (453 cas avec sérogroupes connus) et par groupes d'âges, en 2015

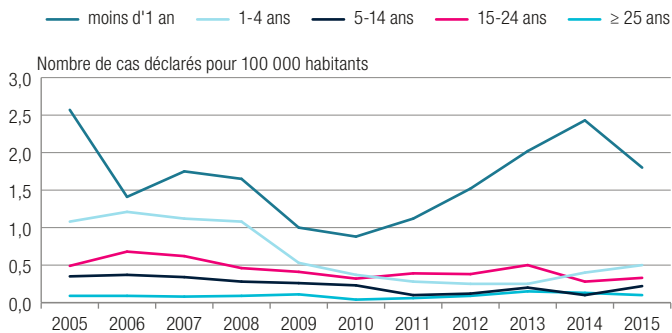


Champ • France entière.

Sources • Déclarations obligatoires (Santé publique France).

GRAPHIQUE 3

Évolution des taux d'incidence* des cas déclarés d'IIM C par groupes d'âges, 2005-2015



*Taux d'incidence bruts pour 100 000 habitants.

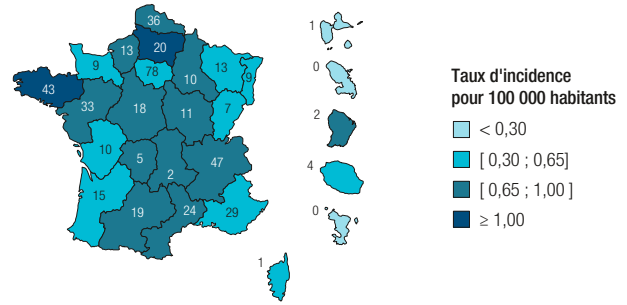
Champ • France entière.

Sources • Déclarations obligatoires (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

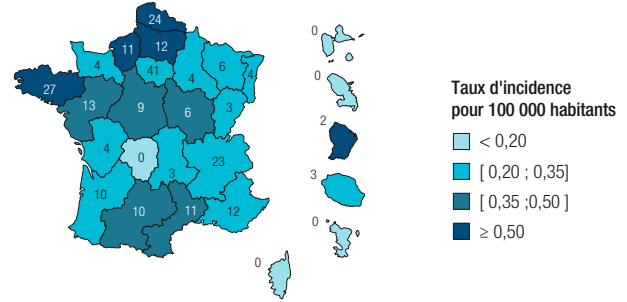
CARTE 1

Nombre et taux standardisés* d'incidence des cas déclarés d'infections invasives à méningocoque (tous sérogroupes, séro groupe B et séro groupe C) par régions de résidence, en 2015

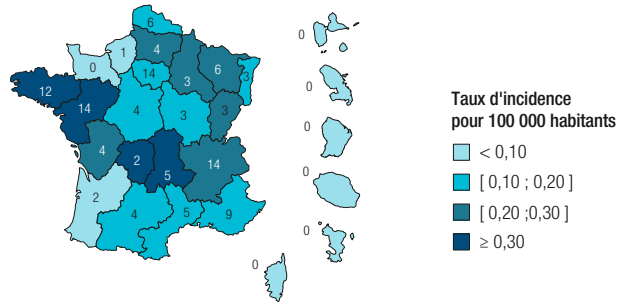
IIM



IIM B



IIM C



*Taux standardisés sur l'âge d'incidence pour 100 000 habitants.

Champ • France entière.

Sources • Déclarations obligatoires (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

Infections invasives à méningocoque et couverture vaccinale associée (suite)

en progression constante depuis l'introduction du vaccin en 2010. Au 31 décembre 2015, 70 % des enfants à l'âge de 24 mois étaient vaccinés contre les infections invasives à méningocoque C (graphique 4).

Une progression de la couverture vaccinale est également observée pour les autres groupes d'âges. Elle reste néanmoins très insuffisante chez les adolescents et adultes jeunes alors que le taux de portage rhino-pharyngé des méningocoques est élevé dans ces populations. Le vaccin réduisant le portage et la transmission des méningocoques C, la stratégie de rattrapage jusqu'à 24 ans vise non

seulement à protéger les vaccinés mais également à protéger indirectement les personnes non vaccinées, essentiellement les nourrissons de moins de 1 an. Cette immunité de groupe nécessite des niveaux élevés de couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes comme cela a été démontré dans d'autres pays. ■

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

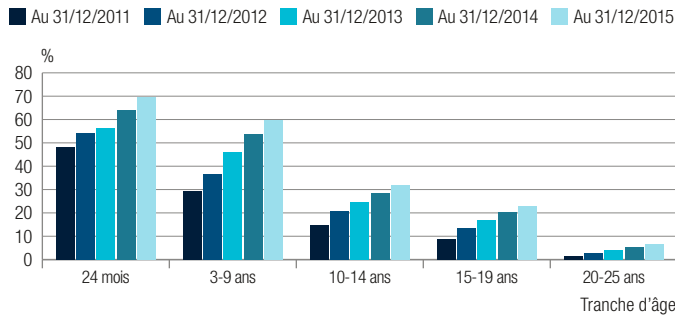
1. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2010/14_15/beh_14_15.pdf

○ Synthèse

Avec moins de 1 nouveau cas d'infection invasive à méningocoque (IIM) déclaré pour 100 000 habitants en 2015, la France se situe dans la moyenne observée en Europe (de 0,11 à 1,76 pour 100 000 habitants selon les pays en 2012). La couverture vaccinale méningocoque C est insuffisante, notamment chez les adolescents, pour pouvoir observer un impact chez les nourrissons de moins d'un an comme cela a été observé dans d'autres pays vaccinant au-delà de l'âge d'un an : aux Pays-Bas, des couvertures vaccinales proches de 95 % ont entraîné la quasi-disparition des IIM C y compris avant un an.

GRAPHIQUE 4

Évolution de la couverture vaccinale pour les vaccins conjugués méningocoque C par groupes d'âges



Champ • France métropolitaine, tous régimes 0-25 ans.

Source • SNIIRAM (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEURS • Nombre de cas et de décès d'infections invasives à méningocoque ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

• Distribution des IIM par sérogroupes et groupes d'âges

► **Champ** : France entière. ► **Sources** : Déclarations obligatoires, (Santé publique France) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction des indicateurs** : Nombre de déclarations obligatoires en 2015. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données de déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives : le taux d'exhaustivité pris en compte pour l'année 2015 est de 91 %.

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

INDICATEUR • Couverture vaccinale nationale contre le méningocoque C à 24 mois, chez les 3-9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans et les 20-25 ans

► **Champ** : France entière, tous régimes, population de 0 à 25 ans. ► **Source** : SNIIRAM (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données de remboursement des principaux régimes de l'assurance maladie couvrent la presque totalité des assurés sociaux (97 %). La base du SNIIRAM inclut partiellement les enfants vaccinés en PMI. ► **Référence** : 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.

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

Vieillesse et pathologies neurodégénératives

Chutes et ostéoporose	202
Maladie d'Alzheimer et autres démences	204
Maladie de Parkinson	206
Polymédication chez les personnes âgées	208

Chutes et ostéoporose

Contexte

Au-delà de 65 ans, une personne sur cinq déclare avoir fait une chute dans l'année (Baromètre santé 2010, INPES). L'ostéoporose, fréquente chez les personnes âgées, aggrave les lésions dues à ces chutes en provoquant des fractures. Ainsi, l'étude de l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) et celle de la mortalité par chute permettent d'apprécier indirectement la diffusion des traitements de l'ostéoporose et l'efficacité des campagnes visant à prévenir les chutes¹.

Indicateurs

► Taux de mortalité par chute chez les personnes de 65 ans et plus

En 2013, en France métropolitaine, 9 334 personnes de 65 ans et plus sont décédées d'une chute accidentelle (11,2/100 000) parmi lesquelles 3 737 hommes (13,1/100 000) et 5 597 femmes (10,1/100 000) (tableau 1). Les femmes décédées d'une chute ont été plus nombreuses que les hommes, du fait de leur plus grand nombre aux âges élevés. Cependant, les différences de taux de mortalité standardisés montrent une surmortalité masculine (sex ratio 1,3). Les taux de mortalité par chute augmentent avec l'âge, atteignant plus de 350 pour 100 000 au-delà de 85 ans. Globalement, chez les personnes âgées de 65 ans et plus entre 2000 et 2013, les taux standardisés de mortalité ont diminué de 3,2 % par an en moyenne. L'écart entre les hommes et les femmes s'accroît à partir de 2003. On note qu'à partir de 2011, les taux sont stables chez les femmes et augmentent à nouveau chez les hommes (graphique 1).

► Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans et plus

L'ostéoporose, qui atteint plus les femmes que les hommes, entraîne une fragilité osseuse et se révèle souvent par une fracture faisant suite à un traumatisme minime. Parmi ces fractures ostéoporotiques, la fracture de l'extrémité supérieure du fémur est la plus grave, avec une mortalité d'un quart des patients dans l'année² et une diminution fréquente des capacités motrices des survivants.

En 2014, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ont enregistré 76 100 séjours motivés par une fracture du col du fémur chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (tableau 2), soit 3 800 de plus qu'en 2000, alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus a augmenté de 2,3 millions durant la même période.

Le taux brut d'incidence, en 2014, chez les personnes de 65 ans et plus, est de 61,3 pour 10 000, deux fois et demie plus élevé chez les

femmes (81,5 pour 10 000) que chez les hommes (33,9 pour 10 000). En 2000, ces taux étaient respectivement de 100,6 et 38,6. Comme les années précédentes, le taux augmente avec l'âge dans les deux sexes.

Les taux standardisés d'incidence ont baissé de 2,6 % par an en moyenne, soit de 25 % en 15 ans (graphique 2). Cette baisse a été plus rapide chez les femmes (- 2,6 % par an) que chez les hommes (- 2,0 %). Les campagnes de prévention des chutes et de promotion de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées, une meilleure prise en charge de l'ostéoporose (détection et traitement), sont des facteurs possibles de cette diminution. ■

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

1. « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée », Haute Autorité de santé, 2005.

2. Oberlin Ph., Mouquet M.-C., 2016, « Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur? », *Études et Résultats*, DREES, n° 948.

TABLEAU 1
Effectifs, taux bruts et standardisés de mortalité par chutes selon l'âge et le sexe chez les personnes âgées de 65 ans et plus, en 2013

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Taux de mortalité	Effectifs	Taux de mortalité	Effectifs	Taux de mortalité
65-74 ans	436	16,6	251	8,43	687	12,3
75-84 ans	1 073	65,3	1 108	46,7	2 181	54,3
85 ans et plus	2 228	399,5	4 238	334,2	6 466	354,1
65 ans et plus	3 737	13,1*	5 597	10,1*	9 334	11,2*

*Taux standardisés (pour 100 000 habitants) sur la population française de 1999.

Champ • France métropolitaine, population âgée de 65 ans et plus.

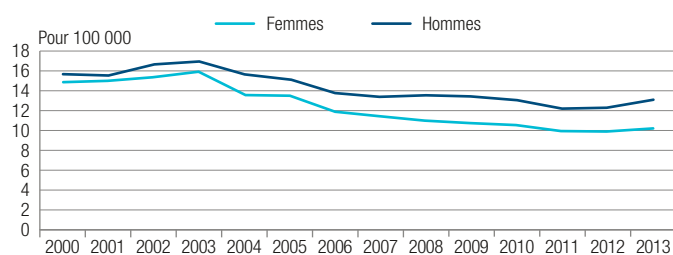
Sources • Certificats de décès 2013 (CépiDc).

🔄 Synthèse

L'ostéoporose entraîne des fractures chez les personnes âgées et aggrave les conséquences des chutes fréquentes après 65 ans. Le taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur a baissé de 25 % en 15 ans.

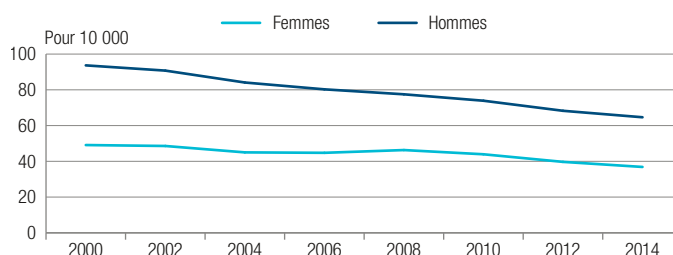
Les campagnes de prévention des chutes et de promotion de l'activité physique adaptée chez les personnes âgées, une meilleure prise en charge de l'ostéoporose (détection et traitement), sont des facteurs possibles de cette diminution. Si la mortalité due aux chutes a diminué de 3,2 % par an en moyenne depuis 2000, depuis 2011 elle est stable chez les femmes et tend à remonter chez les hommes.

GRAPHIQUE 1
Évolution des taux standardisés de mortalité par chute, entre 2000 et 2013 selon le sexe (taux pour 100 000 habitants)



Champ • France métropolitaine, population âgée de 65 ans et plus.
Sources • Certificats de décès 2000-2013 (CépiDc).

GRAPHIQUE 2
Évolution des taux standardisés d'incidence* des fractures de l'extrémité supérieure du fémur selon le sexe, entre 2000 et 2014



* Taux pour 10 000 résidents. Standardisation sur la population européenne au 1^{er} janvier 2010. Calcul des taux standardisés à partir des séjours jusqu'en 2002, à partir des patients à partir de 2004.

Champ • France entière, population âgée de 65 ans et plus.
Sources • PMSI-MCO (ATIH); exploitation DREES; population INSEE.

TABLEAU 2
Effectifs, taux bruts et standardisés des fractures de l'extrémité supérieure du fémur selon le sexe, de 2000 à 2014 (taux pour 10 000 résidents)

Année	Nombre de séjours MCO			Taux bruts d'incidence			Taux standardisés d'incidence		
	Effectifs hommes	Effectifs femmes	Effectifs 2 sexes	Taux brut hommes	Taux brut femmes	Taux brut 2 sexes	Taux standardisé hommes	Taux standardisé femmes	Taux standardisé 2 sexes
2000*	15 000	57 300	72 300	38,6	100,6	75,5	49,1	93,7	78,5
2001*	15 500	58 400	73 900	39,4	101,2	76,2	49,2	93,6	78,5
2002*	15 500	57 800	73 300	38,9	98,7	74,4	48,6	90,7	76,4
2003*	15 400	56 400	71 800	38,0	95,3	72,0	46,9	87,1	73,5
2004	15 000	55 400	70 400	36,6	92,7	69,9	45,0	84,1	70,7
2005	15 600	56 000	71 600	37,4	92,3	69,9	45,6	83,3	70,4
2006	15 900	55 900	71 800	37,7	91,4	69,5	44,8	80,3	68,0
2007	16 700	57 200	73 900	39,4	93,1	71,2	46,0	79,8	67,9
2008	17 400	57 100	74 500	40,5	92,4	71,1	46,3	77,5	66,6
2009	17 700	58 300	76 000	40,5	93,5	71,7	45,5	77,1	65,9
2010	17 300	56 500	73 800	39,0	89,8	68,8	43,9	73,9	63,4
2011	18 000	58 500	76 500	38,1	87,6	67,1	41,7	70,1	60,0
2012	17 900	58 700	76 600	36,7	86,0	65,4	39,7	68,3	58,0
2013	17 700	57 900	75 600	34,9	83,0	62,8	38,0	65,9	55,8
2014	17 800	58 300	76 100	33,9	81,5	61,3	36,8	64,6	54,5

* Calcul des taux standardisés à partir des séjours jusqu'en 2003, à partir des patients à partir de 2004.

Champ • France entière, population âgée de 65 ans et plus.

Source • PMSI-MCO (ATIH); exploitation DREES.

INDICATEUR • Taux bruts et standardisés de mortalité par chutes accidentelles

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 65 ans et plus. ► **Sources** : Certificats de décès 2000-2013 (CépiDc). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Décès par chutes accidentelles survenues en 2013. Les décès par chute ont été analysés en « causes multiples », en ajoutant aux décès de cause initiale « chute » (codes W00-W19) les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59), et en cause associée « fracture du fémur » (code S72). Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants sur la population moyenne de l'année en cours. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe, recensement général de la population de 1999. Les tendances ont été modélisées, et les taux de variation annuels moyens ajustés sur l'année et l'âge ont été estimés par le modèle de Poisson, corrigé par une régression binomiale négative. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Ceux de la certification et du codage des causes de décès. ► **Référence** : Barry Y., Lasbeur L., Thélot B., 2011, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 29-30 : 328-32.

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

INDICATEUR • Taux bruts et standardisés des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

► **Champ** : France entière, population âgée de 65 ans et plus, de 2000 à 2014. ► **Sources** : PMSI-MCO (ATIH); exploitation DREES; pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM-10 S72.0 à S72.2 en diagnostic principal et les séjours comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur, même en l'absence d'un diagnostic de fracture du col du fémur. Ont été exclus les doubles comptes, les prises en charge spécifiques et les erreurs vraisemblables de codage. La population utilisée pour le calcul des taux standardisés est celle de l'Union européenne au 1^{er} janvier 2010 (Eurostat). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Pour les années antérieures à 2010, il s'agit de données redressées pour pallier le défaut d'exhaustivité du PMSI, évaluées par comparaison avec le nombre de journées de la statistique annuelle des établissements (SAE). ► **Références** : Oberlin Ph., Mouquet M.-C., 2011, « Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 774. Oberlin Ph., Mouquet M.-C., 2016, « Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur? », *Études et Résultats*, DREES, n° 948.

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

Maladie d'Alzheimer et autres démences

Contexte

La démence¹ constitue la forme la plus grave de vieillissement cérébral pathologique. Elle se manifeste par une altération croissante de la mémoire et des fonctions cognitives ainsi que par des troubles du comportement conduisant à une perte progressive d'autonomie. En l'état actuel des connaissances, cette maladie reste un processus irréversible pour lequel aucun traitement curatif n'est disponible. La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance, d'institutionnalisation et d'hospitalisations chez les personnes âgées. Elle a un impact majeur sur la qualité de vie des personnes atteintes ainsi que sur celle de leurs proches et de leurs aidants pour qui elle peut être particulièrement éprouvante. La démence est considérée par l'OMS comme une priorité mondiale de santé publique.

Des processus neurodégénératifs sont majoritairement impliqués dans la maladie d'Alzheimer qui représente près de 70 % des démences. Les atteintes vasculaires sont, quant à elles, à l'origine de 20 à 30 % des démences. Il paraît néanmoins de plus en plus clair que ces deux processus coexistent dans la majorité des cas. Les autres causes de démence sont plus rares.

L'âge représente le principal facteur de risque de maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD). Les facteurs de risque cardio-vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme et l'hypercholestérolémie, jouent également un rôle important. Des facteurs génétiques de susceptibilité ont également été associés à un risque plus élevé. À l'inverse, un niveau de scolarité élevé, un réseau social fourni, des activités de loisirs et la pratique régulière d'une activité physique seraient des facteurs protecteurs.

En France, peu de données sont aujourd'hui disponibles pour apprécier le poids des MAAD, en suivre l'évolution temporelle et la répartition géographique. Les données de la cohorte française PAQUID permettent d'estimer à 1 000 000 le nombre de personnes de plus de 65 ans qui souffriraient en 2010 de démence ; d'après des projections réalisées à incidence constante, le nombre de cas attendu en 2030 serait de 1 750 000². Toutefois, de récentes études dans différents pays ont permis d'observer une diminution de l'incidence de la démence, attribuée au moins partiellement à un meilleur niveau

d'éducation et une meilleure prise en charge du risque vasculaire³. Même si cette tendance à la baisse se confirme, le nombre de personnes âgées et très âgées continuera de croître et, avec lui, celui des personnes touchées par la démence.

Indicateur

► Taux de prévalence de personnes âgées de 40 ans et plus, souffrant de MAAD et prises en charge par le système de soins en 2014

L'indicateur calculé à partir du SNIIRAM parmi les bénéficiaires vivants au 31 décembre 2014 du régime général de la Sécurité sociale (cf. encadré méthodologique) permet d'évaluer à environ 525 000 le nombre de personnes âgées d'au moins 40 ans qui souffriraient de MAAD, ce qui correspond à un taux de prévalence de 22 pour 1 000 habitants. Ce taux augmente fortement avec l'âge (2 ‰ chez les 40-64 ans, 60 ‰ au-delà), il est presque deux fois supérieur chez les femmes (29 ‰) par rapport aux hommes (15 ‰) (graphique 1, tableau 1).

En rapportant ce nombre de cas bénéficiaires du régime général à l'ensemble de la population française de la même tranche d'âge, le nombre de personnes prises en charge par le système de soins avec une MAAD en France en 2014 est estimé à environ 770 000 (68,7 % de femmes), dont près de 35 000 sont âgées de 40 à 64 ans (tableau 1).

Trois-quarts des cas ont été hospitalisés entre 2010 et 2014.

Les études de cohorte en population montrent que les personnes souffrant de MAAD ne sont pas toutes prises en charge par le système de soins : 1) elles ne sont pas toutes diagnostiquées, en particulier aux âges les plus avancés ; 2) compte tenu de l'efficacité très partielle des médicaments et de leur tolérance imparfaite, les patients ne sont pas tous traités. Le nombre de personnes souffrant de MAAD est ainsi sous-estimé à partir des données du SNIIRAM. Une comparaison des estimations obtenues à partir du SNIIRAM aux résultats issus d'études en population française et européenne a récemment été réalisée⁴. Elle montre que, pour les sujets jeunes, les estimations obtenues dans le SNIIRAM sont satisfaisantes. La sous-estimation concerne les sujets plus âgés, les prévalences de cas pris en charge étant en moyenne 1,6 fois inférieures à ce qui serait attendu en population générale selon l'étude de cohorte

française PAQUID, étude qui fait référence du fait de sa représentativité et de la procédure diagnostique mise en œuvre⁵.

En complétant les projections de l'étude PAQUID avec les estimations issues du SNIIRAM pour les 40-64 ans, il est possible d'estimer à environ 1 200 000 le nombre de personnes souffrant de MAAD en 2014 en France.

Les taux standardisés de personnes souffrant de MAAD et prises en charge par le système de soins varient selon les régions de 19,0 ‰ (Corse) à 25,6 ‰ (Hauts-de-France) (carte 1). L'Île-de-France se situe à un niveau intermédiaire (22,0 ‰). ■

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

1. Voir également la fiche « Qualité de vie chez les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer » dans l'édition précédente de ce rapport.

2. Jacqmin-Gadda H., Alperovitch A., Montlahuc C. *et al.*, 2013, « 20-Year Prevalence Projections for Dementia and Impact of Preventive Policy about Risk Factors », *European Journal of Epidemiology*, 28, p. 493-502.

3. Grasset L., Brayne C., Joly P. *et al.*, 2016, « Trends in Dementia Incidence: Evolution over a 10-year Period in France », *Alzheimer's & Dementia*, 12, p. 272-280.

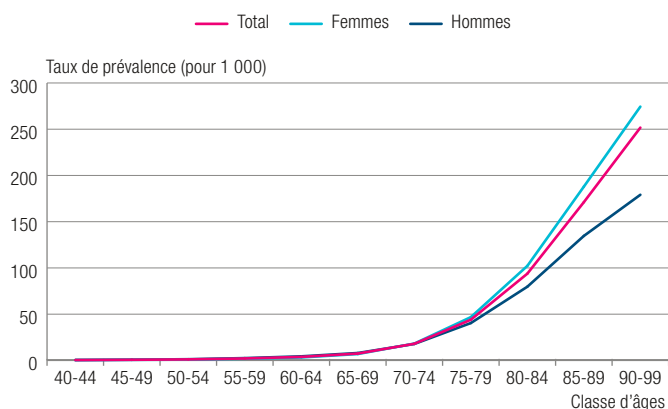
4. Carcaillon-Bentata L., Quintin C., Moutengou E., Bousac-Zarebska M., Moisan F., Ha C., *et al.*, 2016, « Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 28-29, p. 459-467.

5. Dartigues J.F., Gagnon M., Michel P. *et al.*, 1991, « The Paquid Research Program on the Epidemiology of Dementia. Methods and Initial Results », *Revue neurologique (Paris)*, 147, p. 225-230.

🕒 Synthèse

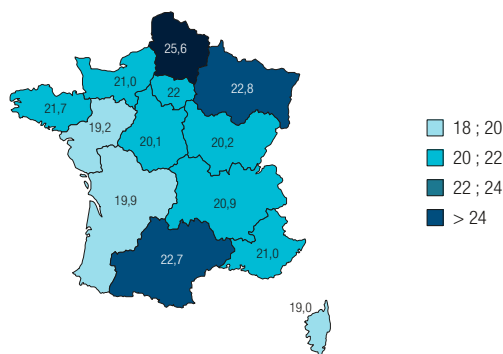
En 2014 en France, on estime à 770 000 le nombre de personnes de 40 ans et plus souffrant de MAAD et prises en charge par le système de soins, soit un taux de prévalence de 22 pour 1 000 habitants de cette tranche d'âge, variant de 2 ‰ chez les patients jeunes (40-64 ans) à 60 ‰ chez les autres. Comparées aux études de cohortes en population, ces estimations de prévalence sont satisfaisantes pour les patients jeunes mais sous-estiment de manière importante la prévalence attendue chez les plus âgés. En complétant les projections de l'étude PAQUID avec les estimations issues du SNIIRAM pour les 40-64 ans, il est possible d'estimer à 1 200 000 le nombre de personnes souffrant de MAAD en 2014 en France.

GRAPHIQUE 1
Taux de prévalence (‰) des MAAD prises en charge, par sexe et classe d'âges, en 2014



Champ • France entière, population âgée de 40 ans et plus.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS); exploitation Santé publique France.

CARTE 1
Taux régionaux* pour 1 000 personnes souffrant de MAAD et prises en charge dans le système de soins, en 2014



* Taux national : 22 pour 1000 habitants. Taux standardisés sur l'âge selon France entière.
Champ • France métropolitaine, population âgée de plus de 40 ans.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS); exploitation Santé publique France.

TABLEAU 1
Taux de prévalence standardisés* (‰) de personnes souffrant de MAAD et prises en charge par le régime général et nombre estimé par sexe et classe d'âges, en 2014

	≥ 40 ans			40-64 ans			≥ 65 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Taux standardisés, régime général (‰)*	15	29	22	2	1	2	43	73	60
Nombre de cas estimés, France entière	241 500	528 500	770 000	19 500	15 000	35 000	222 000	513 500	735 000

* Standardisés sur l'âge et le sexe pour l'ensemble de la population et dans les classes d'âges (40-64 ans et ≥ 65 ans); standardisés sur l'âge chez les femmes et chez les hommes séparément.

Champ • France entière, population âgée de 40 ans et plus.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS); exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Taux de personnes atteintes de MAAD et prises en charge par le système de soins en 2014

► **Champ** : France entière, régime général, population âgée de 40 ans et plus. ► **Source** : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS); exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Taux standardisés sur l'âge (population de référence : France entière) et déclinés selon la classe d'âges, le sexe et la région de résidence. Nombre de patients repérés par un ou plusieurs types de recours aux soins :
– prise en charge au titre de l'ALD « Maladie d'Alzheimer et autres démences » avec un code CIM-10 de démences parmi F00, F01, F02, F03, F05.1, G30, G31.1 ou G31.8 pour les personnes relevant du régime général sur la période 2012-2014 (années n à n-2);
– un remboursement de médicaments anti-démenciels (classe ATC : N06DA02-N06DA04, N06DX01) à au moins deux dates différentes au cours d'une même année sur la période 2012-2014 (années n à n-2);
– au moins une hospitalisation entre 2010 et 2014 (années n à n-4) en établissement MCO / SSR / HAD ou psychiatrie avec un code CIM-10 de démences en diagnostic principal, relié ou associé.
► **Limites d'interprétation** : Ne sont pas identifiées par cet algorithme les personnes qui, à la fois, ne bénéficient pas d'une prise en charge ALD, n'ont pas consommé de médicaments anti-démenciels en 2012-2014 (ex. : vie en institution avec pharmacie à usage intérieur) et n'ont pas eu recours à l'hospitalisation sur la période 2010-2014. Cet indicateur reflète les données de prise en charge de la MAAD et par conséquent sous-estime la prévalence chez les sujets âgés.
► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

Maladie de Parkinson

Contexte

Compte tenu du vieillissement de la population française, le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. La maladie de Parkinson est, après la maladie d'Alzheimer, la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente. Un algorithme, développé à partir des données de remboursement de médicaments de l'assurance maladie et validé par rapport à un examen clinique, permet d'estimer avec une bonne sensibilité et spécificité le nombre de patients parkinsoniens à partir de leur consommation de médicaments. Cette fiche présente, d'une part, les estimations du nombre global de patients et du nombre de nouveaux patients traités en France en 2012 pour la maladie de Parkinson et, d'autre part, le nombre de patients hospitalisés en 2012 avec mention de la maladie de Parkinson.

Indicateurs

► Prévalence de la maladie de Parkinson en France en 2012

160 674 personnes (81 385 hommes, 79 289 femmes) étaient traitées pour une maladie de Parkinson au 31 décembre 2012 en France, ce qui correspond à une prévalence de 2,45 pour 1 000 personnes.

La prévalence était supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à tous les âges (graphique 1) ; après standardisation directe sur l'âge, la prévalence est environ 1,5 fois plus élevée chez les hommes (3,05 pour 1 000) que chez les femmes (2,04 pour 1 000).

La prévalence de la maladie de Parkinson augmente fortement avec l'âge (graphique 1), passant de 0,43 pour 1 000 avant 65 ans à 11,9 pour 1 000 après 65 ans. Parmi l'ensemble des patients parkinsoniens, 23 447 patients (14,6 %) sont âgés de moins de 65 ans : 13 419 hommes (16,5 %) et 10 029 femmes (12,6 %). La prévalence chez les personnes de 40 ans et plus est de 4,79 pour 1 000 (80 828 hommes et 78 787 femmes). Le ralentissement de l'augmentation observé après 80 ans reflète vraisemblablement une sous-identification des patients parkinsoniens après cet âge (cf. encadré méthodologique).

La distribution géographique de la prévalence de la maladie de Parkinson par département est relativement homogène (carte 1), même si certains départements (Bouches-du-Rhône, Rhône, Somme, Loire, Hérault) présentent des prévalences un peu augmentées par rapport à l'ensemble du territoire sans qu'il existe d'explication évidente.

► Incidence de la maladie de Parkinson en France en 2012

Nous estimons que 25 693 personnes (13 485 hommes, 12 208 femmes) ont été nouvellement traitées en 2012 pour une maladie de Parkinson en France, ce qui correspond à une incidence de 0,39 pour 1 000 personnes-années. L'âge médian des cas incidents est de 77 ans (76 ans chez les hommes et 78 ans chez les femmes).

L'incidence est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à tous les âges (graphique 1) et, après standardisation directe sur l'âge, l'incidence est environ 1,6 fois plus élevée chez les hommes (0,56 pour 1 000) que chez les femmes (0,36 pour 1 000).

L'incidence augmente fortement avec l'âge (graphique 1), passant de 0,09 pour 1 000 avant 65 ans à 1,77 pour 1 000 après 65 ans. Parmi l'ensemble des patients parkinsoniens, 4 804 patients (18,8 %) sont âgés de moins de 65 ans au moment du début du traitement : 2 637 hommes (20,0 %) et 2 167 femmes (17,8 %). L'incidence chez les personnes de 40 ans et plus est de 0,75 pour 1 000 (13 274 hommes et 11 977 femmes). Comme pour la prévalence, le ralentissement de l'augmentation observé après 80 ans reflète vraisemblablement une sous-identification des cas chez les patients les plus âgés (cf. encadré méthodologique).

La distribution géographique de l'incidence de la maladie de Parkinson par département est relativement homogène (carte 1) même si certains départements (Somme, Bouches-du-Rhône, Indre, Var, Rhône) présentent des incidences un peu plus élevées que dans d'autres départements sans qu'il existe d'explication évidente.

► Patients hospitalisés pour une maladie de Parkinson en France en 2012

Parmi les personnes âgées de 40 ans et plus, 74 454 patients ont été hospitalisés avec un

motif de maladie de Parkinson en 2012 (38 734 hommes et 35 720 femmes).

La médiane d'âge au moment de l'hospitalisation est de 81 ans (80 ans chez les hommes et 81 ans chez les femmes) et 85 % des hospitalisations concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

Les hospitalisations sont en grande majorité des hospitalisations en court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique (66 119 patients). Seulement 22 465, 1 891 et 812 patients ont été respectivement hospitalisés pour des soins de suite et de réadaptation, des hospitalisations à domicile ou des hospitalisations dans des établissements ayant une activité de psychiatrie. ■

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

🔄 Synthèse

En France, à la fin de l'année 2012, environ 160 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson, soit une prévalence de 2,45 pour 1 000 habitants. Le nombre de patients ayant débuté un traitement pour maladie de Parkinson au cours de l'année 2012 était d'environ 25 000, soit une incidence de 0,39 pour 1 000 personnes-années. Les hommes sont touchés par la maladie environ 1,5 fois plus souvent que les femmes.

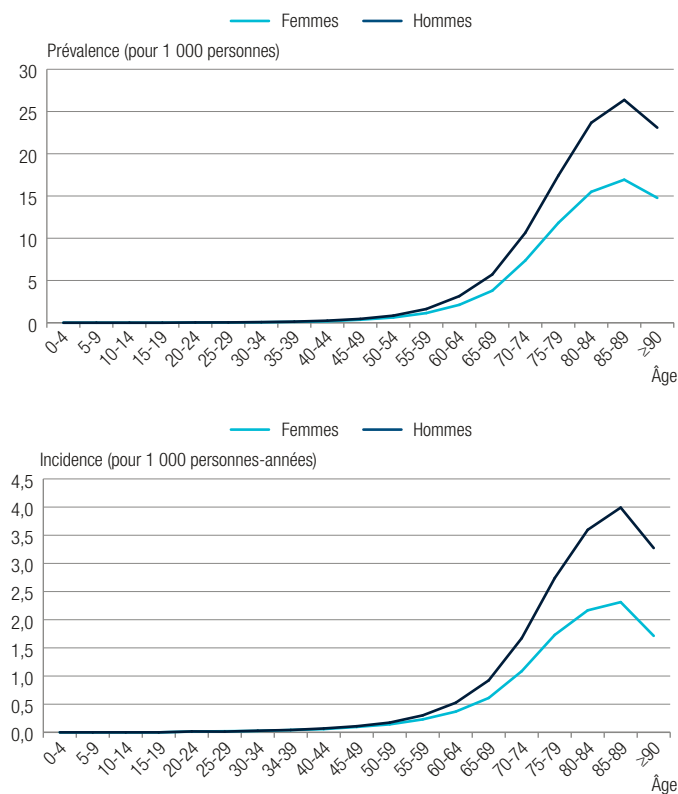
Ces deux indicateurs augmentent progressivement avec l'âge jusqu'à 80 ans, mais il est probable que les patients âgés de plus de 80 ans ont été sous-identifiés à partir des bases de l'assurance maladie. Bien qu'elle soit rare avant 65 ans, la maladie touche près de 20 % des patients avant cet âge.

Les distributions géographiques de la maladie de Parkinson sont relativement homogènes même si certains départements présentent des fréquences plus élevées par rapport aux autres, sans qu'il existe d'explication évidente.

Concernant les hospitalisations avec un motif de maladie de Parkinson, elles concernent en 2012 un peu plus de 74 000 personnes âgées de plus de 40 ans (soit 46,6 % des cas de prévalence).

GRAPHIQUES 1

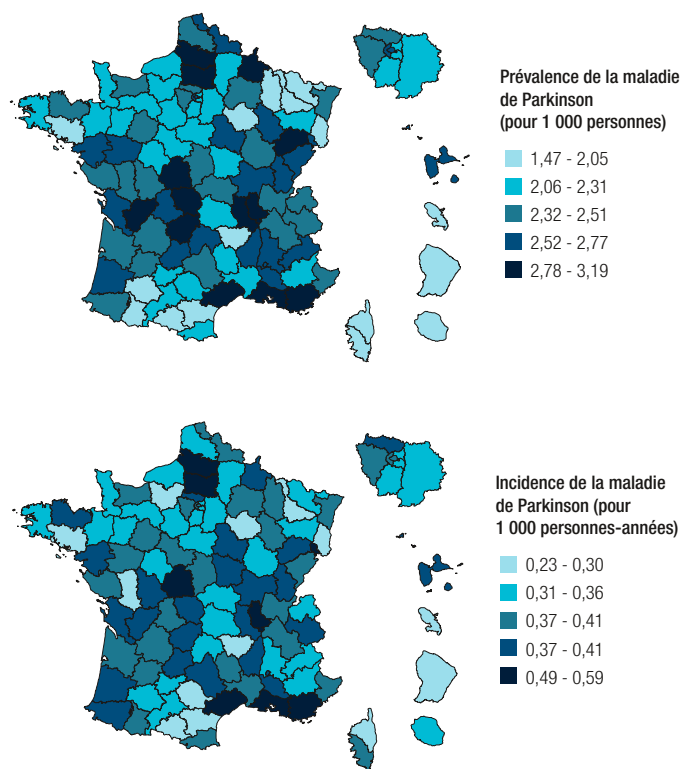
Prévalence et incidence de la maladie de Parkinson en France par sexe et classes d'âges, en 2012



Champ • France entière, tous âges ; régimes d'affiliation renseignés dans le DCIR.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

CARTES 2

Prévalences et incidences standardisées par âge et sexe de la maladie de Parkinson par département en France, en 2012



Champ • France entière tous âges ; régimes d'affiliation renseignés dans le DCIR.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Taux de prévalence et taux d'incidence de la maladie de Parkinson

► **Champ** : France entière ; hommes et femmes, tous âges ; régimes d'affiliation renseignés dans le DCIR (données de consommation interrégimes) ► **Source** : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction des indicateurs** : Le nombre de personnes traitées pour une maladie de Parkinson est estimé en 2012 pour la population française par sexe et classe d'âges de 5 ans à l'aide d'un modèle prédictif appliqué aux données du DCIR.

- **Prévalence** : le numérateur est le nombre de personnes traitées en France au 31 décembre 2012 pour une maladie de Parkinson et vivantes à cette date et le dénominateur est le nombre de personnes vivantes en France à cette date (données d'estimation de population de l'INSEE).

- **Incidence** : le numérateur est le nombre de personnes nouvellement traitées en France au cours de l'année 2012 pour une maladie de Parkinson et le dénominateur est le nombre de personnes-années en 2012 estimées à partir de la population française (données INSEE).

Les deux indicateurs tiennent compte de la spécificité (86,4 %) et de la sensibilité (92,5 %) de la méthode d'identification.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : Ces estimations ne tiennent pas compte, d'une part, des patients non diagnostiqués ou non traités et, d'autre part, des personnes qui ne peuvent pas être identifiées dans les bases de remboursement de médicaments. Il s'agit essentiellement des personnes vivant dans des maisons de retraite avec des pharmacies à usage interne (environ 30 % des maisons de retraite). Ces deux limites, conduisent vraisemblablement à une sous-estimation de la prévalence et de l'incidence aux âges les plus avancés. Le DCIR couvre actuellement environ 97 % de la population française ce qui conduit à une sous-estimation négligeable des indicateurs. Le modèle prédictif utilisé pour identifier les personnes traitées pour une maladie de Parkinson ne tient pas compte de l'âge ni du sexe des consommateurs de médicaments antiparkinsoniens et fait l'hypothèse que les performances du modèle sont similaires en fonction de ces deux caractéristiques.

► **Références** :

- Moisan F., Elbaz A., 2011, « Maladie de Parkinson parmi les affiliés à la Mutualité sociale agricole dans cinq départements : modèles prédictifs à partir des bases de remboursement de médicaments », rapport de l'Institut de veille sanitaire.

- Moisan F., Gourlet V., Mazurie J.-L., Dupupet J.-L., Houssinot J., Goldberg M., Imbernon E., Tzourio C., Elbaz A., 2011, « Prediction Model of Parkinson's Disease Based on Antiparkinsonian Drug Claims », *American Journal of Epidemiology*, 174 (3), p. 354-363.

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

INDICATEUR • Effectif de patients hospitalisés avec un motif de maladie de Parkinson

► **Champ** : France entière ; hommes et femmes âgés de 40 ans et plus ; tous régimes d'affiliation. ► **Sources** : PMSI-MCO, SSR, HAD, PSY (ATIH) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nous avons identifié les personnes ayant eu au moins une hospitalisation en 2012 avec un code de maladie de Parkinson (CIM-10 : G20, F02.3) quel que soit le niveau de diagnostic (principal, relié ou associé). Effectifs : Nombre de patients hospitalisés avec mention de maladie de Parkinson par sexe et classes d'âges de 5 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Des analyses complémentaires non présentées ont montré que la grande majorité des hospitalisations concernant la maladie de Parkinson sont identifiées à partir du diagnostic associé. Cela reflète le fait que les personnes atteintes par cette maladie sont le plus souvent hospitalisées pour une complication liée à la maladie et non pour la maladie elle-même. D'autre part, le codage des diagnostics – notamment le diagnostic associé – dépend de la connaissance par le clinicien de l'existence de la maladie, qu'elle ait été diagnostiquée ou non précédemment. En conséquence, l'effectif de patients hospitalisés avec un motif de maladie de Parkinson est probablement sous-estimé.

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

Polymédication chez les personnes âgées

Contexte

La polymédication est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (Monégat, Sermet, 2014). Habituelle et souvent légitime chez le sujet âgé, elle est dite appropriée quand elle est justifiée par la polypathologie ou une situation médicale complexe et lorsque les traitements prescrits respectent les recommandations. À l'inverse, elle est problématique lorsqu'un ou plusieurs médicaments sont prescrits de manière inappropriée ou que leur bénéfice attendu n'est pas obtenu.

L'excès de médicaments fait peser des risques importants sur la santé, en particulier des personnes âgées. La littérature internationale a démontré qu'il existe en effet une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes, voire augmentation de la mortalité. La polymédication est un facteur prédictif de la durée des séjours hospitaliers, de la mortalité et de la réadmission hospitalière (Monégat, Sermet, 2014). Elle pose des problèmes d'observance et augmente fortement le risque de prescriptions potentiellement inappropriées, c'est-à-dire dont les indications sont discutables, avec un risque d'effets secondaires ou non efficaces.

Le vieillissement de la population et les risques iatrogéniques font de la polymédication un enjeu majeur de qualité des soins et d'efficacité de la prescription. Ces enjeux se couplent à des enjeux économiques. Outre le surcoût occasionné par la polymédication elle-même et ses conséquences en termes de iatrogénie, l'escalade thérapeutique générée par les effets indésirables contribue encore à augmenter les dépenses et diminue l'efficacité des soins. Les indicateurs proposés dans cette fiche permettent d'explorer les divers aspects de la polymédication et leur suivi dans le temps permet de mesurer l'impact des actions mises en place pour la réduire.

Indicateurs

► Prévalence de la polymédication selon les indicateurs de polymédication cumulative ou continue

La prévalence de la polymédication a été calculée en utilisant deux indicateurs différents

– cumulatif et continu¹ – et en prenant en compte différemment les associations et les conditionnements trimestriels (graphique 1 et encadrés méthodologiques).

Sur la base de l'indicateur cumulatif, le taux de personnes de 75 ans ou plus en situation de polymédication (au seuil de 10 médicaments) est de 34,1 %, sans prendre en compte les associations et les conditionnements trimestriels, et de 40,5 % en les prenant en compte.

Concernant l'indicateur continu, la polymédication concerne respectivement 26,8 % et 33 % des personnes de 75 ans ou plus étudiées.

Quel que soit l'indicateur utilisé, la prise en compte des associations (et des conditionnements trimestriels pour l'indicateur continu) entraîne une augmentation de 6 points de la prévalence de la

polymédication au seuil de 10 dans la population de bénéficiaires étudiée.

► Les facteurs associés à la polymédication

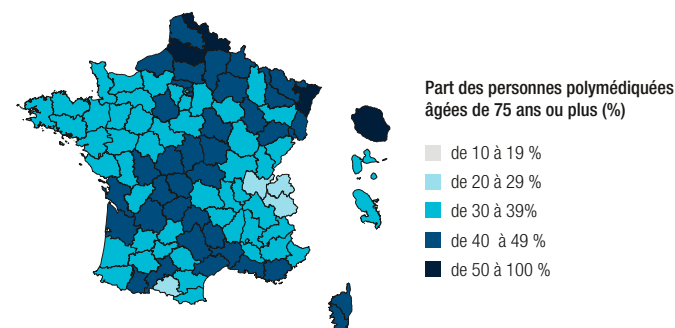
Les facteurs associés à un plus grand risque de polymédication au seuil de 10 sont : être une femme, être âgé de plus de 85 ans, être affilié au régime général et bénéficiaire de la CMU-C.

Le département de résidence est significativement associé à la polymédication, et ce avec les deux indicateurs étudiés. Avec l'indicateur cumulatif, certains départements atteignent plus de 50 % de personnes de 75 ans et plus en situation de polymédication ; il s'agit du Nord, de la Somme et du Bas-Rhin (la moyenne nationale étant à 40 %). On observe en plus du Nord de la France (région

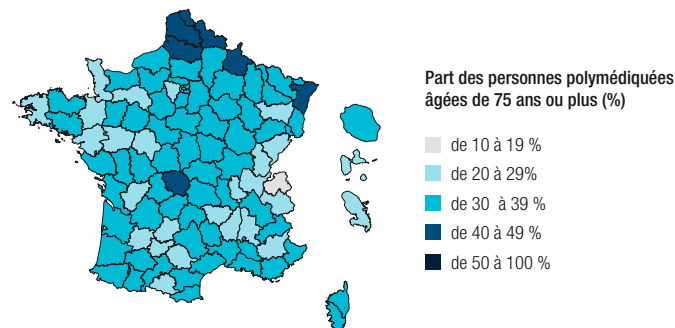
CARTE 1

Prévalences de polymédication au seuil de 10 médicaments avec les indicateurs cumulatif et continu après prise en compte des associations (et conditionnements trimestriels pour l'indicateur continu), en 2013

Indicateur cumulatif avec prise en compte des associations



Indicateur continu avec prise en compte des associations et conditionnements trimestriels



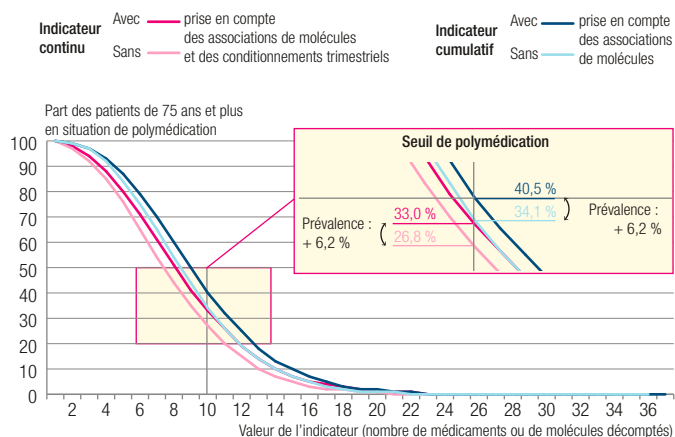
Lecture • Selon l'indicateur continu, le pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus polymédiquées au seuil de 10 médicaments dans le département du Nord est compris entre 40 et 49 %.

Champ • France métropolitaine, bénéficiaires de 75 ans et plus de l'EGB ayant au moins un remboursement de médicament pour chaque trimestre de 2013.

Source • EGB (CNAMTS) ; exploitation IRDES.

GRAPHIQUE 1

Prévalence de la polymédication en fonction du type d'indicateur et de la prise en compte des associations et des conditionnements trimestriels, en 2013



Champ • France métropolitaine, bénéficiaires de 75 ans et plus de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) ayant au moins un remboursement de médicament pour chaque trimestre de 2013.

Source • EGB (CNAMTS) ; exploitation IRDES.

TABLEAU 1

Les 15 classes ATC niveau 3 concernant le plus de bénéficiaires avec l'indicateur cumulatif, avec et sans prise en compte des associations

Indicateur cumulatif AVEC prise en compte des associations		
Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)
N02	Analgésiques	78,5
C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	55,6
A02	Médicaments des troubles de l'acidité	53,4
B01	Antithrombotiques	53,4
J01	Antibactériens à usage systémique	49,8
C03	Diurétiques	48,8
C10	Agents modifiant les lipides	48,8
A11	Vitamines	46,9
N05	Psycholeptiques	43
S01	Médicaments ophtalmologiques	39,9
C07	Bétabloquants	35,7
M01	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	31,8
C08	Inhibiteurs calciques	31,1
M02	Topiques pour douleurs articulaires ou musculaires	30,1
A06	Laxatifs	29,6

Indicateur cumulatif SANS prise en compte des associations		
Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)
N02	Analgésiques	78,5
C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	55,6
A02	Médicaments des troubles de l'acidité	53
B01	Antithrombotiques	52,8
J01	Antibactériens à usage systémique	49,7
C10	Agents modifiant les lipides	48,8
N05	Psycholeptiques	43
S01	Médicaments ophtalmologiques	39,9
A11	Vitamines	38,6
C07	Bétabloquants	35,7
M01	Anti-inflammatoires et antirhumatismaux	31,8
C03	Diurétiques	30,5
M02	Topiques pour douleurs articulaires ou musculaires	30,1
A06	Laxatifs	29,6
C08	Inhibiteurs calciques	26,1

ATC : Anatomique thérapeutique et chimique (classification).

TABLEAU 2

Les 15 classes ATC niveau 3 concernant le plus de bénéficiaires avec l'indicateur continu, avec et sans prise en compte des associations et conditionnements trimestriels

Indicateur continu AVEC prise en compte des associations		
Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)
N02	Analgésiques	56,6
C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	53,8
B01	Antithrombotiques	48,7
C10	Agents modifiant les lipides	46,6
C03	Diurétiques	45,7
A02	Médicaments des troubles de l'acidité	36,7
C07	Bétabloquants	34
N05	Psycholeptiques	33
A11	Vitamines	30,4
C08	Inhibiteurs calciques	28,7
S01	Médicaments ophtalmologiques	22
N06	Psychoanaleptiques	19,2
A12	Suppléments minéraux	17,4
C01	Médicaments en cardiologie	17
A10	Médicaments du diabète	16,9

Indicateur continu SANS prise en compte des associations		
Code ATC	Classe thérapeutique (ATC niveau 3)	% de bénéf. (N: 43619)
N02	Analgésiques	55,4
C09	Médicaments agissant sur le système renine-angiotensine	53
B01	Antithrombotiques	48,2
C10	Agents modifiant les lipides	45,2
A02	Médicaments des troubles de l'acidité	36,5
C07	Bétabloquants	33,7
N05	Psycholeptiques	33
C03	Diurétiques	26,8
C08	Inhibiteurs calciques	23,1
S01	Médicaments ophtalmologiques	22
A11	Vitamines	20,9
N06	Psychoanaleptiques	19,2
A12	Suppléments minéraux	17,3
C01	Médicaments en cardiologie	17
A10	Médicaments du diabète	16,8

Polymédication chez les personnes âgées (suite)

Hauts-de-France) et de La Réunion, un croissant de départements avec une prévalence de polymédication entre 40 et 50 %, englobant le Nord-Est de la France (Alsace, Lorraine), le Centre, le Limousin et le Sud-Est (carte 1). De manière plus globale, l'Ouest de la France et les Alpes ont des prévalences de polymédication plus basses. Pour ce qui est de l'indicateur continu, la barre des 30 % de personnes sous polymédication est dépassée pour une grande majorité des départements.

Assez logiquement, le nombre d'affections de longue durée déclarées (ALD) est positivement associé à la polymédication et ce avec les deux indicateurs. Les ALD accident vasculaire cérébral, artériopathies, insuffisance cardiaque, diabète, hypertension artérielle, maladie coronaire, Insuffisance respiratoire, maladie de Parkinson, néphropathie, polyarthrite rhumatoïde, psychose et cancer sont positivement associées à la polymédication. Concernant l'ALD maladie d'Alzheimer, elle est négativement associée à l'indicateur cumulatif.

Quel que soit l'indicateur utilisé, 11 classes thérapeutiques ATC de niveau 3, similaires en termes de propriétés pharmacologiques, parmi les 15 plus fréquentes sont les mêmes (tableaux 1 et 2). Pour 6 de ces classes, le pourcentage de bénéficiaires concernés augmente peu quand on passe de l'indicateur continu à l'indicateur cumulatif. Il s'agit de classes thérapeutiques plus souvent utilisées dans le traitement de maladies chroniques se rapportant toutes à la sphère cardio-vasculaire. Pour les 5 autres classes, le pourcentage de bénéficiaires concernés augmente d'au moins 10 points quand on passe de

l'indicateur continu à l'indicateur cumulatif. Ces classes thérapeutiques sont utilisées non seulement au long cours mais aussi lors de traitements plus ponctuels.

Les 4 dernières classes ATC niveau 3 parmi les 15 concernant le plus de bénéficiaires différent selon l'indicateur utilisé. Pour l'indicateur cumulatif, on retrouve des classes thérapeutiques généralement utilisées dans le traitement de pathologies aiguës, tels que les antibactériens ou les anti-inflammatoires et antirhumatismaux.

Pour l'indicateur continu, il s'agit également de classes thérapeutiques utilisées dans le traitement de maladies chroniques mais concernant moins de bénéficiaires que les précédentes : il s'agit des psychoanaleptiques, suppléments minéraux, anti-arythmiques, antidiabétiques. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Institut de recherche et documentation en économie de la santé

🕒 Synthèse

En 2013, 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont concernées par la polymédication cumulative, c'est-à-dire qu'elles cumulent en moyenne 10 médicaments ou plus sur 3 mois et 33 % prennent plus de 10 médicaments de manière continue (au moins 3 délivrances dans l'année). La polymédication est plus fréquente chez les femmes, les personnes de plus de 85 ans, les ressortissants du régime général, les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes en ALD. Parmi les 15 classes thérapeutiques le plus souvent utilisées chez les personnes en situation de polymédication, 6 appartiennent à la sphère cardio-vasculaire.

1. – Polymédication « cumulative » : ensemble des médicaments administrés sur une période donnée, le plus souvent un trimestre, ou une moyenne annuelle des trimestres. Dans la fiche, l'indicateur cumulatif est la moyenne sur l'année du nombre de classes ATC5 (anatomiques, thérapeutiques, chimiques) différentes remboursées par trimestre.

– Polymédication « continue » : médicaments pris de façon prolongée et régulière. Plusieurs méthodes de calcul sont proposées dans la littérature, par exemple le nombre de médicaments présents sur deux périodes de temps espacées de six mois, ou les médicaments pris un trimestre donné et qui existaient déjà au trimestre précédent. Dans la fiche, l'indicateur continu est défini comme le nombre de classes ATC5 différentes délivrées au moins 3 fois dans l'année.

INDICATEUR • Polymédication cumulative avec ou sans prise en compte des associations

► **Champ** : France métropolitaine, personnes de 75 ans et plus bénéficiaires du régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires), la MSA et le RSI, ayant eu au moins une prestation de pharmacie dans chaque trimestre de l'année 2013, médicaments distribués en ville uniquement (à l'exclusion des médicaments distribués à l'hôpital ou en EHPAD à pharmacie à usage intérieur). ► **Source** : EGB (CNAMTS) ; exploitation IRDES. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Moyenne annuelle du nombre de molécules différentes (classes ATC de niveau 5) délivrées chaque trimestre. Dans le cas de l'indicateur cumulatif sans prise en compte des associations, une association fixe de molécules compte pour un seul médicament ; dans le cas de l'indicateur cumulatif avec prise en compte des associations, une association fixe de molécules compte pour deux médicaments (ou plus, selon le cas). La prise en compte ou non des conditionnements trimestriels¹ n'a pas d'impact sur le calcul de l'indicateur cumulatif.

INDICATEUR : Polymédication continue avec ou sans prise en compte des associations et des conditionnements trimestriels

► **Champ** : France métropolitaine, personnes de 75 ans et plus bénéficiaires du régime général (à l'exception des étudiants et des fonctionnaires), la MSA et le RSI, ayant eu au moins une prestation de pharmacie dans chaque trimestre de l'année 2013, médicaments distribués en ville uniquement (à l'exclusion des médicaments distribués à l'hôpital ou en EHPAD à pharmacie à usage intérieur). ► **Source** : EGB (CNAMTS) ; exploitation IRDES. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de molécules différentes (classes ATC de niveau 5) délivrées au moins trois fois dans l'année. Dans le cas de l'indicateur continu avec prise en compte des associations et des conditionnements trimestriels, une association fixe compte pour deux médicaments (ou plus, selon le cas) et un conditionnement trimestriel pour trois délivrances.

► **Limites d'interprétation** : Il n'y a pas de limites particulières pour l'interprétation de ces indicateurs. Étant donné les variations importantes de prévalence selon l'indicateur retenu, il convient de s'assurer avant toute comparaison avec d'autres sources que les modes de calcul sont identiques.

► Références :

- Monegat M., Sermet C., 2014, « La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, 204, 1-8.
- Le Cossec C., 2015, « La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés », *Les rapports de l'Irdes*, 562, 72.
- Le Cossec C., Sermet C., 2015, « Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, 213, 1-8.

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

¹ Les médicaments à conditionnement trimestriel : en cas d'insuffisance cardiaque, cholestérol, diabète, hypertension, les médicaments nécessaires au traitement de ces pathologies peuvent être délivrés en boîtes « grand conditionnement » prévues, en général, pour trois mois de traitement.

Santé au travail

Les accidents du travail	214
Les pathologies liées au travail : maladies professionnelles et à caractère professionnel	216

Les accidents du travail

Contexte

Selon le code de la Sécurité sociale « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise¹ ».

L'accident de trajet est défini comme une catégorie particulière d'accident du travail, qui survient sur le trajet habituel entre le lieu de travail et le domicile ou le lieu de repas².

Les accidents sont qualifiés de graves lorsqu'ils entraînent une incapacité permanente partielle (IPP) reconnue par la Sécurité sociale.

Dans la suite de cette fiche, le terme AT désignera les accidents du travail reconnus par la CNAMTS ou la MSA avec au moins un jour d'arrêt. Le terme TR désignera les accidents de trajet avec arrêt de travail.

Les indicateurs présentés concernent l'année 2012, dernière année pour laquelle l'ensemble des données sont validées et consolidées.

Indicateurs

► Nombre et taux de fréquence des accidents du travail et des accidents de trajet avec arrêt de travail

En 2012, 676 700 AT ont été reconnus par le régime général et le régime agricole, contre 707 300 en 2011, soit un recul de 4,3 % (tableau 1) (Garoché, 2016). Cela représentait 22 AT par million d'heures rémunérées, contre 23 en 2011.

Entre 2005 et 2012, le nombre et le taux de fréquence des AT des salariés du régime général (hors régime agricole) ont diminué respectivement de 8,4 % et de 12,6 % (graphique 1). Ces évolutions récentes s'inscrivent dans la continuité d'une tendance de long terme de baisse des AT reconnus (Serres et Jacquetin, 2010). Sur la période 2007-2009, le recul du nombre et de la fréquence des AT est plus marqué que sur l'ensemble de la période considérée.

Il est bien documenté qu'à court terme, le taux de fréquence reste néanmoins influencé par la conjoncture économique³. Le ralentissement de l'activité économique se traduit en général par une baisse du nombre d'AT, du fait de la baisse de l'emploi qu'il induit. Il a également pour conséquence une baisse du taux de fréquence des AT,

soit parce que l'intensité du travail se réduit au début d'une récession avant que n'aient lieu les ajustements de l'emploi, soit parce que les victimes hésitent davantage, par crainte de perdre leur emploi, à signaler un accident en période de chômage plus élevé. L'ampleur de la chute du taux de fréquence observée en France entre 2007 et 2009 est en partie liée à la crise économique et financière.

Le nombre et la fréquence des AT varient fortement d'un secteur d'activité économique à l'autre : dans un rapport de 1 à 1 000 pour le nombre d'AT et de 1 à 20 pour le taux de fréquence des AT (graphique 2). Avec l'intérim, c'est dans les secteurs « construction », « hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement », « arts, spectacles et activités récréatives » et « transports et entreposage » que les taux de fréquence d'AT sont les plus élevés.

Les AT sont plus fréquents chez les hommes, les ouvriers et les salariés jeunes. Ces observations ne sont pas indépendantes, les hommes occupant ainsi plus souvent un emploi d'ouvrier que les femmes. Il est observé qu'au sein d'une même catégorie socioprofessionnelle, les différences de fréquence d'AT entre hommes et femmes sont en revanche peu marquées.

En 2012, 90 100 TR ont été reconnus par le régime général et le régime agricole, contre 99 700 en 2011 (tableau 1). Il a été observé que les conditions climatiques, en particulier la dureté des conditions hivernales et le nombre de jours de neige et de verglas, ont un impact sur les accidents de circulation routière et sur les chutes de plain-pied, qui constituent les principales causes d'accident au cours des trajets domicile-travail. Ainsi, la forte diminution de 9,6 % du nombre de TR observée entre 2011 et 2012 s'explique, pour partie, par un hiver plus clément en 2012.

► Nombre d'accidents du travail et de trajet avec incapacité partielle permanente et nombre de décès

En 2012, les deux régimes de Sécurité sociale ont enregistré 45 185 accidents du travail et 8 522 accidents de trajet avec IPP (tableau 1). Les accidents graves représentent 6,7 % des AT et 9,5 % des TR. Le nombre de ces accidents graves a diminué entre 2011 et 2012.

Le nombre d'AT mortels est en 2012 légèrement supérieur au nombre observé en 2011 (604 contre 589). Au contraire, le nombre de TR

mortels diminue entre 2011 et 2012, passant de 403 décès en 2011 à 343 en 2012 (tableau 1).

En 2012, 90 % des victimes d'accidents du travail mortels et 80 % des victimes d'accidents de trajet mortels sont des hommes.

En 2012, 22 % des accidents du travail mortels et 80 % des accidents de trajet mortels sont des accidents de circulation routière liés au travail, soit 60 % des accidents liés au travail, tous types confondus. Les accidents de la route mortels sont ainsi la première cause d'accident mortel au travail (Brière *et al.*, 2011) (voir fiche « Insécurité routière » du présent rapport pour plus de détails sur les accidents de la route mortels). En 2011 et 2012, 17 % des accidents de la route mortels ayant touché les 20-59 ans se sont produits au cours d'un trajet domicile-travail et 5 % au cours d'un déplacement professionnel⁴. Sur cette période et cette population, 808 personnes ont été tuées lors d'un accident de la route lié au travail, soit plus d'un accident de la route mortel sur cinq. ■

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

1. Article L411-1.

2. Article L411-2.

3. Bouvet M., Yahou N., 2001, « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique », *Premières Synthèses*, n° 31.1, DARES, août.

4. « La sécurité routière en France, bilan de l'accidentalité de l'année 2014 », Observatoire national interministériel de la sécurité routière.

○ Synthèse

Le nombre et le taux de fréquence des AT reconnus par le régime général ont diminué sur la période 2005-2012. Ce recul pourrait pour partie être rapproché de l'évolution de l'activité économique ralentie sur cette période. Les ouvriers et les jeunes sont plus fréquemment victimes d'accidents du travail. Le nombre et la fréquence des AT varient fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Entre 2011 et 2012, on observe une diminution du nombre d'accidents de trajet (TR). Ce recul pourrait pour partie s'expliquer par des conditions climatiques plus favorables en 2012. En 2012, les accidents graves (avec IPP) représentent 6,7 % des AT et 9,5 % des TR des deux régimes. Le nombre d'AT mortels reste légèrement supérieur au nombre observé en 2011, alors que le nombre de TR mortels diminue entre 2011 et 2012.

TABLEAU 1
Indicateurs de suivi des accidents du travail et de trajet,
en 2011 et 2012

Indicateurs	2011		2012	
	Accidents de trajet	Accidents du travail	Accidents de trajet	Accidents du travail
Nombre d'AT	99 700	707 300	90 100	676 700
Taux de fréquence des AT *		23,0		21,9
Nombre d'accidents graves **	8 900	45 900	8 522	45 185
Proportion d'accidents graves (en %)	8,9	6,5	9,5	6,7
Taux de fréquence des accidents graves *		1,5		1,5
Nombre d'accidents mortels	403	589	343	604
Taux de mortalité ***	1,3	1,9	1,1	2,0

* Nombre d'AT par million d'heures rémunérées.

** Le terme accident grave désigne les accidents du travail ou de trajet reconnus par le régime général ou le régime agricole et pour lesquels un taux d'incapacité permanente partiel a été fixé.

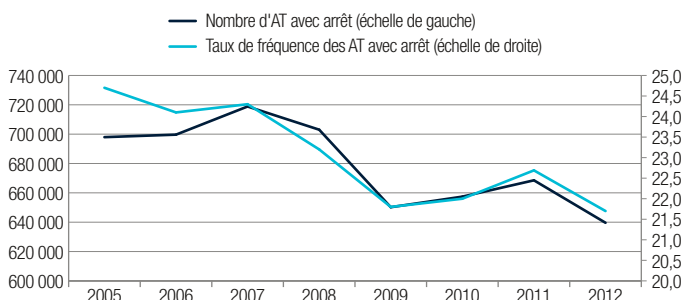
*** Taux de mortalité pour 100 millions d'heures rémunérées.

Lecture • En 2011, 99 700 accidents de trajet et 707 300 accidents du travail ont été reconnus par le régime général et le régime agricole. Les accidents du travail reconnus en 2011 représentent 23,0 AT par million d'heures rémunérées ; 403 accidents de trajet et 589 accidents du travail ont conduit à un décès.

Champ • France entière, salariés du régime général et du régime agricole.

Sources • CNAMTS-MSA-INSEE ; exploitation DARES.

GRAPHIQUE 1
Évolution du nombre et du taux de fréquence des accidents
du travail avec arrêt de travail reconnus par le régime général
de Sécurité sociale, entre 2005 et 2012

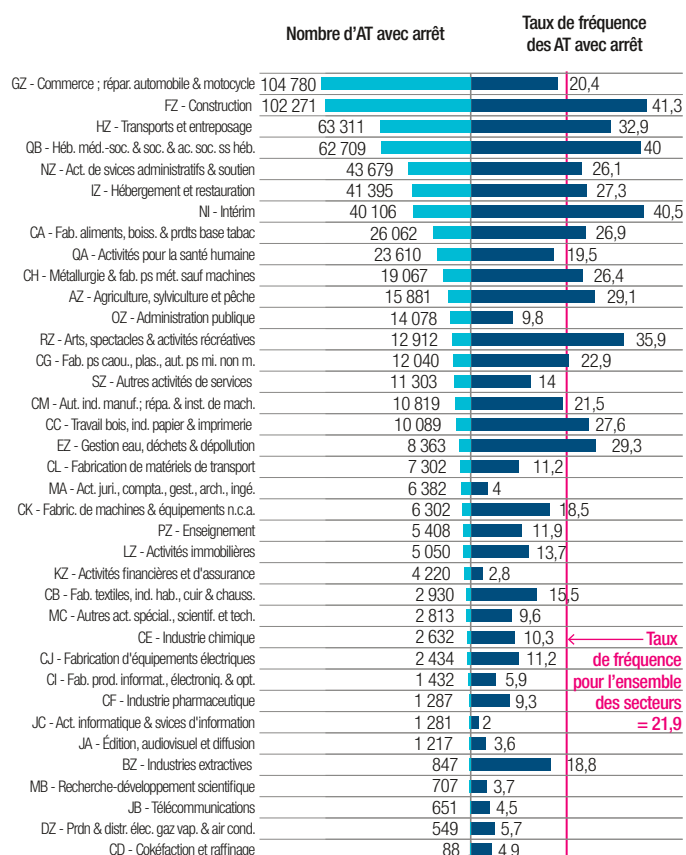


Lecture • En 2005, 697 960 AT ont été reconnus, ce qui représente 24,7 AT par million d'heures travaillées.

Champ • France entière ; salariés du régime général.

Sources • CNAMTS-INSEE ; exploitation DARES.

GRAPHIQUE 2
Nombre et taux de fréquence des accidents du travail
avec arrêt de travail reconnus par le régime général
et le régime agricole selon le secteur d'activité, en 2012



Champ • France entière, salariés du régime général.

Sources • CNAMTS-INSEE ; exploitation DARES.

INDICATEURS • Nombre et taux de fréquence des accidents du travail et des accidents de trajet avec arrêt de travail
• Nombre d'accidents du travail et de trajet avec incapacité partielle permanente
• Nombre de décès

► **Champ** : France entière, salariés affiliés au régime général de Sécurité sociale et au régime agricole. ► **Sources** : CNAMTS ; MSA ; DADS (INSEE) ; exploitation DARES. Les indicateurs sur les AT et les TR présentés dans cette fiche sont issus de données sur les AT et les TR enregistrés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui gère le régime général et par la Mutualité sociale agricole (MSA) gestionnaire du régime agricole, et de données sur la population au travail issues des déclarations annuelles de données sociales (DADS) traitées par L'INSEE. Le recours à ces deux sources permet notamment de présenter des indicateurs de fréquence des accidents par secteur d'activité détaillé (Garoche, 2016). ► **Mode de construction des indicateurs**^{1 et 2} : Le nombre d'AT avec arrêt de travail (AT) : nombre d'accidents du travail (ou de trajet) avec au moins un jour d'arrêt de travail reconnu par le régime général et le régime agricole. Le taux de fréquence : nombre moyen d'accidents du travail avec arrêt de travail par million d'heures rémunérées. Le nombre d'accidents graves : nombre d'accidents du travail (ou de trajet) qui occasionnent une incapacité partielle permanente (IPP) reconnus par le régime général et le régime agricole. La proportion d'accidents graves : nombre d'accidents du travail (ou de trajet) qui occasionnent une IPP reconnus par le régime général et le régime agricole en rapport avec le nombre total d'accidents du travail (ou de trajet) avec arrêt de travail. Le taux de fréquence des accidents graves : nombre moyen d'accidents du travail avec IPP par million d'heures rémunérées. Le nombre d'accidents mortels : nombre de décès par accident du travail (ou de trajet) reconnu par le régime général et le régime agricole. Le taux de mortalité : nombre de décès par accident du travail (ou de trajet) par million d'heures rémunérées. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les accidents du travail déclarés à la Sécurité sociale ne constituent qu'une partie du phénomène des accidents du travail en France. Certains accidents du travail ne sont pas déclarés à la Sécurité sociale. Plusieurs facteurs de sous-déclaration peuvent être évoqués du fait de l'employeur ou du salarié, comme la crainte d'une perte d'emploi pour le salarié ou encore dans certains cas l'absence d'avantage financier.

► **Références** :

– Garoche B., 2016, « Les accidents du travail et les accidents de trajet », *Dares Résultats*, n° 81, juillet.

– Serres N., Jacquetin P., 2010, « Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité », *Points de repère*, n° 32, CNAMTS, décembre.

– Brière J., Chevalier A., Charbotel B., Imbernon E., 2011, *Des indicateurs en santé travail – Les accidents mortels d'origine professionnelle en France*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : DARES ; Santé publique France.

1. Euzenat D., 2009, « Les indicateurs accidents du travail de la DARES – conception, champ et interprétation », Document d'études, n° 150, DARES.

2. Brière J., Smaili S., 2014, Mise au point d'indicateurs nationaux de surveillance des accidents de circulation liés au travail. Étude exploratoire à partir des données de réparation des accidents du travail issues des régimes de Sécurité sociale. Synthèse, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

Les pathologies liées au travail : maladies professionnelles et à caractère professionnel

Contexte

Selon le code de la Sécurité sociale « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau¹ de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ». En outre, peut également être reconnue comme maladie professionnelle (article L461-1) la « maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles [...] essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime » et qui « entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente ».

Dans la suite de cette fiche, le terme MP désignera les maladies professionnelles occasionnant au moins un jour d'arrêt de travail et reconnues par la CNAMTS ou la MSA. Les MP sont qualifiées de graves lorsqu'elles entraînent une incapacité permanente partielle (IPP) reconnue par la Sécurité sociale.

On définit les maladies à caractère professionnel (MCP) comme les maladies susceptibles d'être d'origine professionnelle et non reconnues par la branche AT-MP de la Sécurité sociale ; c'est-à-dire les pathologies liées au travail mais qui ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles (MP), quelle qu'en soit la raison

(absence de lien avec les tableaux de MP, non-déclaration, non-reconnaissance...).

Indicateurs

► Nombre de maladies professionnelles (MP) reconnues

Le régime général et le régime agricole ont reconnu en 2012 plus de 56 100 nouveaux cas de MP (Garoché, 2016). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les affections causées par l'amiante représentent la grande majorité de ces MP (respectivement 86,5 % et 8,1 %) ; les surdités, les rhinites et les dermatoses constituent les autres types de maladies professionnelles fréquemment reconnues depuis 2005 (tableau 1). Il existe de nombreuses autres maladies, moins fréquentes, comme celles liées à l'exposition au benzène, aux amines aromatiques, à la houille ou à l'inhalation de poussières minérales (renfermant de la silice cristalline) ou de poussière de bois. En 2012, 3 % des MP sont des cancers, pour la plupart (84 %) causés par une affection liée à l'amiante.

Le taux d'incapacité des MP, indicateur de la gravité des maladies entraînant une incapacité, est en moyenne de 13,9 % en 2012 mais varie fortement d'un type de maladie à l'autre. Ainsi, les affections liées à l'amiante et les surdités sont

les maladies qui entraînent les séquelles les plus graves (taux moyen respectivement de 36,5 % et 22,1 %), à l'inverse des dermatoses (7,5 %) et des troubles musculo-squelettiques (8,4 %).

Les femmes, qui sont à l'origine de 41 % des heures de travail en 2012 (source DADS), ont pourtant presque autant de maladies professionnelles reconnues que les hommes, et davantage de troubles musculo-squelettiques (tableau 1). Toutefois les hommes représentent 96,4 % des victimes d'affections liées à l'amiante, 97,7 % des cas de surdités et 97,0 % des cancers reconnus. Les ouvriers (72,7 %) et les employés (22,9 %) concentrent la quasi-totalité des MP reconnues en 2012 pour les salariés hors régime agricole (tableau 2). Les maladies les plus graves concernent quasi exclusivement les ouvriers, avec respectivement 92,2 % et 94,7 % des affections liées à l'amiante et des surdités reconnues en 2012.

Les salariés de plus de 50 ans sont victimes de plus de la moitié des MP reconnues en 2012 par le régime général et le régime agricole, contre à peine 20 % pour les moins de 40 ans (tableau 1). Cela s'explique, suivant les maladies, par l'écart entre l'exposition et l'apparition des symptômes (cancers, amiante) ou par l'usure progressive du corps (TMS, surdité).

TABEAU 1

Nombre de maladies professionnelles reconnues par type de maladie, selon le sexe et l'âge, en 2012

Type de maladie	Sexe		Tranche d'âge						Ensemble des salariés du régime général et du régime agricole	Taux moyen d'IPP des MP graves	Part de cancers
	Hommes	Femmes	15 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans et plus			
Troubles musculo-squelettiques	22 312	26 262	41	1 924	7 197	16 769	21 348	1 295	48 574	8,4 %	0,0 %
Affections de l'amiante	4 374	162	0	0	5	95	958	3 478	4 536	36,5 %	34,9 %
Surdités	997	23	0	2	4	78	675	261	1 020	22,1 %	0,0 %
Dermatoses	260	273	53	168	110	111	83	8	533	7,5 %	0,0 %
Rhinites et asthmes	180	119	8	65	81	72	64	9	299	11,1 %	0,0 %
Autres maladies*	870	309	4	76	87	207	386	419	1 179	38,5 %	25,2 %
Ensemble	28 993	27 148	106	2 235	7 484	17 332	23 514	5 470	56 141	13,9 %	3,0 %

* Il s'agit de maladies plus rares mais en moyenne plus graves, comme par exemple celles liées à l'exposition au benzène, aux amines aromatiques, à la houille ou à l'inhalation de poussières minérales (renfermant de la silice cristalline) ou de poussière de bois.

Lecture • 28 993 nouvelles maladies professionnelles affectant des hommes ont été reconnues en 2012.

Champ • France entière, salariés du régime général et du régime agricole.

Sources • CNAMTS-MSA-INSEE ; exploitation DARES.

TABLEAU 2

Nombre de maladies professionnelles reconnues en 2012 par type de maladie et catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socioprofessionnelle des victimes	Type de maladie						
	TMS	Affections de l'amiante	Surdités	Dermatoses	Rhinites et asthmes	Autres maladie	Ensemble
Cadres	813	116	18	1	4	62	1014
Professions intermédiaires	1 052	106	18	11	11	79	1 277
Employés	11 446	122	17	204	72	174	12 035
Ouvriers	31 954	4 044	938	288	199	757	38 180
Ensemble des salariés du régime général	45 265	4 388	991	504	286	1 072	52 506

Lecture • 45 265 nouvelles maladies professionnelles de type TMS ont été reconnues en 2012 pour les salariés du régime général.

Champ • France entière, salariés du régime général.

Sources • CNAMTS-INSEE ; exploitation DARES.

TABLEAU 3

Taux de signalement de maladies à caractère professionnel parmi les salariés vus en visite dans le cadre des Quinzaines MCP par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et type de visite, en 2012 (en %)

Type de visite	Nombre de visites	Sexe		Tranche d'âge					Catégorie socioprofessionnelle				Ensemble
		Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 ans et plus	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	
Visite à la demande de reprise ou de pré-reprise	18 536	12,0 %	16,1 %	9,2 %	10,8 %	15,0 %	15,9 %	14,4 %	19,1 %	13,9 %	14,8 %	13,1 %	14,1 %
Visite d'embauche	20 403	1,2 %	1,6 %	0,6 %	1,0 %	1,9 %	2,7 %	4,0 %	1,0 %	1,0 %	1,3 %	1,6 %	1,4 %
Visite périodique	42 145	4,9 %	6,1 %	2,3 %	3,7 %	5,1 %	7,0 %	6,2 %	3,2 %	4,1 %	5,4 %	6,5 %	5,4 %
Ensemble	81 084	5,3 %	7,7 %	1,8 %	4,1 %	6,8 %	9,1 %	8,7 %	5,5 %	5,4 %	6,8 %	6,7 %	6,4 %

Lecture • 18 536 visites dans le cadre des Quinzaines MCP en 2012 étaient des visites à la demande, de reprise ou de pré-reprise.

Champ • Salariés vus en visite pendant les Quinzaines MCP.

Source • Programme de surveillance des MCP (Santé publique France).

TABLEAU 4

Taux de prévalence des pathologies MCP parmi les salariés vus en visite dans le cadre des Quinzaines MCP par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et type de visite, en 2012 (en %)

Type de pathologie	Sexe		Tranche d'âge					Catégorie socioprofessionnelle				Type de visite			Ensemble
	Hommes	Femmes	Moins de 25 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 ans et plus	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Visite à la demande de reprise ou de pré-reprise	Visite d'embauche	Visite périodique	
Affection liée à l'appareil locomoteur	3,3 %	4,2 %	0,7 %	2,1 %	3,9 %	5,6 %	5,3 %	0,9 %	1,8 %	3,7 %	5,0 %	6,9 %	0,8 %	3,7 %	3,7 %
Souffrance psychique	1,4 %	3,1 %	0,6 %	1,5 %	2,6 %	2,8 %	2,7 %	4,3 %	3,1 %	2,7 %	1,0 %	6,5 %	0,2 %	1,2 %	2,2 %
Irritation	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
Audition	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
Autres	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %

Lecture • Les médecins ont signalé une affection liée à l'appareil locomoteur pour 3,3 % des hommes vus en visites dans le cadre des Quinzaines MCP en 2012.

Champ • Salariés vus en visite pendant les Quinzaines MCP.

Source • Programme de surveillance des MCP (Santé publique France).

Les pathologies liées au travail : maladies professionnelles et à caractère professionnel (suite)

► Taux de signalement de MCP parmi les salariés vus en visite dans le cadre des Quinzaines MCP en 2012

Les médecins du travail signalent une MCP pour 6,4 % des salariés vus en visite pendant les Quinzaines MCP (Lemaître et Valenty, 2014) de l'année 2012 (tableau 3). Le taux de signalement dépend de la nature de la visite : il est logiquement plus important (14,1 %) pour les visites qui sont associées à un problème de santé du salarié (visites à la demande, visites de reprise, visites de pré-reprise) et, à l'inverse, moins important lors des visites d'embauche (1,4 %). Le taux de signalement au cours des visites périodiques (qui représentent environ la moitié des visites au cours des Quinzaines MCP), reflétant *a priori* mieux la situation courante, est de 5,4 % en 2012.

Le taux de signalement des MCP est plus important pour les femmes (6,1 % pour les visites périodiques par exemple) que pour les hommes (4,9 %). Il augmente fortement avec l'âge et atteint son maximum entre 45 ans et 54 ans.

Plus de la moitié des maladies à caractère professionnel signalées par les médecins du travail au cours des Quinzaines MCP 2012 sont des affections de l'appareil locomoteur, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le taux de prévalence de cette affection est ainsi de 3,3 % pour les hommes et de 4,2 % pour les femmes vues en visite au cours des Quinzaines MCP (tableau 4). La deuxième affection la plus fréquemment signalée par les médecins du travail est la souffrance psychique : elle représente plus d'un quart des MCP signalées chez les hommes

(taux de prévalence de 1,4 %) et plus d'un tiers chez les femmes (taux de prévalence de 3,1 %). Ces deux types d'affections prédominent pour les hommes comme pour les femmes depuis 2008, avec des taux de prévalence plus élevés chez les femmes.

Les MCP signalées affectent plus souvent les ouvriers et les employés. Mais cela dépend du type de visite : lors des visites à la demande, de reprise ou de pré-reprise, les MCP sont plus souvent signalées pour les cadres (un sur cinq) que pour les ouvriers (un sur sept). En revanche, c'est l'inverse à l'issue des visites périodiques (6,5 % pour les ouvriers, 3,2 % pour les cadres). Les ouvriers, plus exposés à des contraintes physiques et à un travail répétitif sont en effet plus touchés par les troubles de l'appareil locomoteur qui représentent une part importante des signalements. ■

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

🔄 Synthèse

Les TMS et les affections causées par l'amiante représentent la grande majorité des 56 100 nouvelles MP reconnues en 2012. Les ouvriers et les employés concentrent la grande majorité des MP reconnues. Les femmes ont autant de MP que les hommes et sont davantage concernées par les TMS, alors que les hommes sont plus souvent victimes des MP les plus graves (cancer, amiante, surdité). La reconnaissance des MP augmente fortement avec l'âge. Toutefois, le nombre de maladies causées par le travail et reconnues comme telles est fortement sous-estimé : 5,4 % des salariés reçus par un médecin du travail au cours d'une visite périodique sont victimes d'une MCP. Les MCP signalées affectent plus souvent les ouvriers et les employés. Les affections de l'appareil locomoteur et la souffrance psychique constituent les pathologies de MCP les plus courantes.

1. Le système des tableaux des maladies professionnelles (MP) repose sur la présomption d'imputabilité, qui lève la difficulté d'établir au cas par cas le lien entre exposition à un risque et maladie. Toutefois, les tableaux ne couvrent pas l'ensemble des maladies attribuables au travail ; la procédure hors tableau (articles D. 461-26 et suivants du code de la Sécurité sociale) permet de reconnaître, sous des conditions plus restrictives, des pathologies non incluses dans les tableaux (6 000 cas reconnus en 2010, soit 8 % du total des MP reconnues ; voir www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/obj-res2_1_pqe_at-mp.pdf).

INDICATEUR • Nombre de maladies professionnelles reconnues

► **Champ** : France entière, salariés affiliés au régime général de Sécurité sociale et au régime agricole. ► **Sources** : CNAMTS ; MSA ; DADS (INSEE). Les indicateurs de suivi des MP sont issus d'un rapprochement entre, d'une part, les données sur les maladies professionnelles enregistrées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, régime général) et par la Mutualité sociale agricole (MSA) et, d'autre part, les déclarations annuelles de données sociales (DADS) traitées par l'INSEE. Le recours à ces deux sources permet notamment de présenter des indicateurs de fréquence des accidents par secteurs d'activité détaillés et par catégorie socioprofessionnelle. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le nombre de maladies professionnelles avec arrêt de travail (MP) : nombre de maladies professionnelles avec au moins un jour d'arrêt de travail reconnues par le régime général et le régime agricole. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les maladies professionnelles ne couvrent que les pathologies liées au travail pour lesquelles une demande de reconnaissance a été faite par le salarié. Il s'agit essentiellement des maladies figurant dans un des tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions mentionnées dans ce tableau (les procédures hors tableaux sont très marginales : 0,4 % des MP en 2012). La catégorie socioprofessionnelle n'est pas disponible pour le secteur agricole. Les données de la CNAMTS et de la MSA enrichies avec les DADS ne sont pas encore disponibles pour les années ultérieures à 2012. ► **Référence** : Garoche B., 2016, « L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2012 », *Dares Résultats*, n° 81.

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

INDICATEUR • Taux de signalement de maladies à caractère professionnel

► **Champ** : France métropolitaine, salariés vus en visite par les médecins du travail volontaires pendant les Quinzaines MCP des 15 régions participantes (ancien découpage) : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Île-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes et Provence - Alpes - Côte d'Azur. ► **Source** : Programme de surveillance de maladies à caractère professionnel (Santé Publique France). Le programme de surveillance des MCP, mis en place depuis 2007 par Santé publique France, contribue à décrire les atteintes à la santé liées au travail en complément des statistiques de maladies professionnelles reconnues et indemnisées. Ce dispositif s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires signalant, durant des périodes de deux semaines prédéfinies (Quinzaines MCP), toutes les MCP observées lors de leurs visites, ainsi que le(s) facteur(s) d'exposition professionnelle qu'ils considèrent en lien avec les MCP signalées. Les données issues du programme MCP permettent d'estimer les prévalences des affections jugées par les médecins du travail comme liées au travail et non indemnisées, et de les décrire selon certaines caractéristiques professionnelles. En 2012, 15 régions (ancien découpage) ont participé au programme ; près de 800 médecins du travail ont vu plus de 80 000 salariés en visite médicale au cours des Quinzaines MCP. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le taux de signalement de MCP est le rapport du nombre de salariés signalés avec au moins une MCP sur le nombre total de salariés vus en visite médicale lors des Quinzaines MCP en 2012. Le taux de prévalence d'une MCP est calculé comme le rapport du nombre de salariés présentant la MCP considérée sur le nombre total de salariés vus en visite médicale lors des Quinzaines MCP en 2012. Le champ a été limité aux Quinzaines MCP de l'année 2012 pour assurer une homogénéité de champs avec les indicateurs sur les maladies professionnelles. ► **Limites d'interprétation** : Données uniquement disponibles pour les salariés vus par les médecins volontaires au cours des Quinzaines MCP pour les 15 régions participantes (ancien découpage). Il existe de fait des biais liés à la représentativité des salariés vus par rapport à la population des salariés français. ► **Référence** : Lemaître A. et Valenty M., Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France, 2014, *Résultats des Quinzaines MCP 2008 à 2011*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

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

Cancer

Incidence, mortalité et survie pour tous cancers et par type de cancers	222
Cancer du sein : incidence, mortalité et dépistage	228
Cancer colorectal : incidence, mortalité et dépistage	230
Cancer du col de l'utérus : incidence, mortalité et dépistage	234
Cancers cutanés	236

Incidence, mortalité et survie pour tous cancers et par type de cancers

Contexte

Les cancers constituent un ensemble très hétérogène, tant du point de vue des facteurs de risque que de la prise en charge ou du pronostic. En France, ils représentent la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme en 2013 (CépiDc, 2016). Les principaux facteurs de risque connus sont le tabac et l'alcool, responsables respectivement de 31 % et 10 % des décès par cancer (Ribassin-Majed, 2015; Guérin, 2013). Depuis 2003, les cancers font l'objet de plans nationaux de lutte. Le plan 2014-2019 en cours prévoit d'appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées (objectif 15 du plan), afin de répondre aux objectifs de surveillance épidémiologique. Les principaux acteurs de cette surveillance – le réseau français des registres des cancers/Francim, le service de biostatistique des hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer – élaborent et mettent en œuvre un programme de travail commun afin de fournir régulièrement des informations d'aide à la décision politique, comme l'incidence, la mortalité et la survie. Ces données permettent notamment de mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.

Indicateurs

► Estimations nationales et tendances du nombre de nouveaux cas de cancer (incidence)

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 000 (200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme). Le cancer de la prostate reste le plus fréquent des cancers masculins (28 % des nouveaux cas de cancers masculins) et le cancer du sein le plus fréquent des cancers féminins (31 %). Suivent les cancers du poumon (14 % des cancers masculins et 7 % des cancers féminins) et du côlon-rectum (12 % pour chaque sexe respectivement) (graphique 1). Parmi les hémopathies malignes, qui représentent 10 % des nouveaux cas de cancer (19 400 chez l'homme et 15 600 chez la femme), plus des deux tiers sont des hémopathies lymphoïdes. Les plus fréquentes sont le myélome multiple/plasmocytome, la leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique, le lymphome diffus à grandes cellules B et les syndromes myélo-dysplasiques. Ces quatre entités représentent la moitié des nouveaux cas d'hémopathies malignes

(graphique 2). L'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme pour les tumeurs solides, et s'échelonne de 62 à 78 ans chez l'homme et de 64 à 81 ans chez la femme pour la plupart des hémopathies malignes (Binder-Foucard, 2013; Monnerneau, 2013).

Globalement, les estimations montrent une augmentation de près de 110 % – soit plus du double – du nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine entre 1980 et 2012. Cette hausse reflète pour moitié les évolutions démographiques intervenues sur la période : accroissement de la population et vieillissement. L'autre moitié reflète l'évolution du risque d'avoir un cancer. Celle-ci est détaillée au niveau des tendances du taux standardisé d'incidence (Binder-Foucard, 2013).

► Estimations nationales et tendances du nombre de décès par cancer (mortalité)

En 2012, le nombre de personnes décédées d'un cancer en France métropolitaine est estimé à 148 000 (85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme). Les cancers responsables du plus grand nombre de décès masculins sont, par ordre décroissant, ceux du poumon puis du côlon-rectum et de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein reste la première cause de décès par cancer, suivie du cancer du poumon désormais deuxième juste avant le cancer colorectal (graphique 1). En termes de tendances, les estimations montrent une augmentation de 15 % du nombre de personnes décédées d'un cancer en France métropolitaine entre 1980 et 2012. Cette hausse est principalement due aux évolutions démographiques alors que le risque pour un individu de décéder d'un cancer a globalement diminué (Binder-Foucard, 2013).

Le codage des données de mortalité ne permettant pas de distinguer les hémopathies malignes selon les entités actuellement disponibles, les estimations du nombre de décès n'ont pu être produites pour ces pathologies.

► Tendances des taux standardisés d'incidence et de mortalité

Entre 1980 et 2012 (Binder-Foucard, 2013), le taux d'incidence des cancers, standardisé sur l'âge de la population mondiale, a globalement augmenté en France métropolitaine, de 27,9 % chez l'homme et 42,9 % chez la femme, soit environ + 1 % par an (en moyenne + 0,8 % par an chez l'homme et + 1,1 % chez la femme). Cette hausse résulte,

en partie, d'une meilleure détection des cancers (entraînant une augmentation du nombre de nouveaux cas diagnostiqués) et d'une augmentation du risque de cancer (même si ce dernier a augmenté de façon plus modeste).

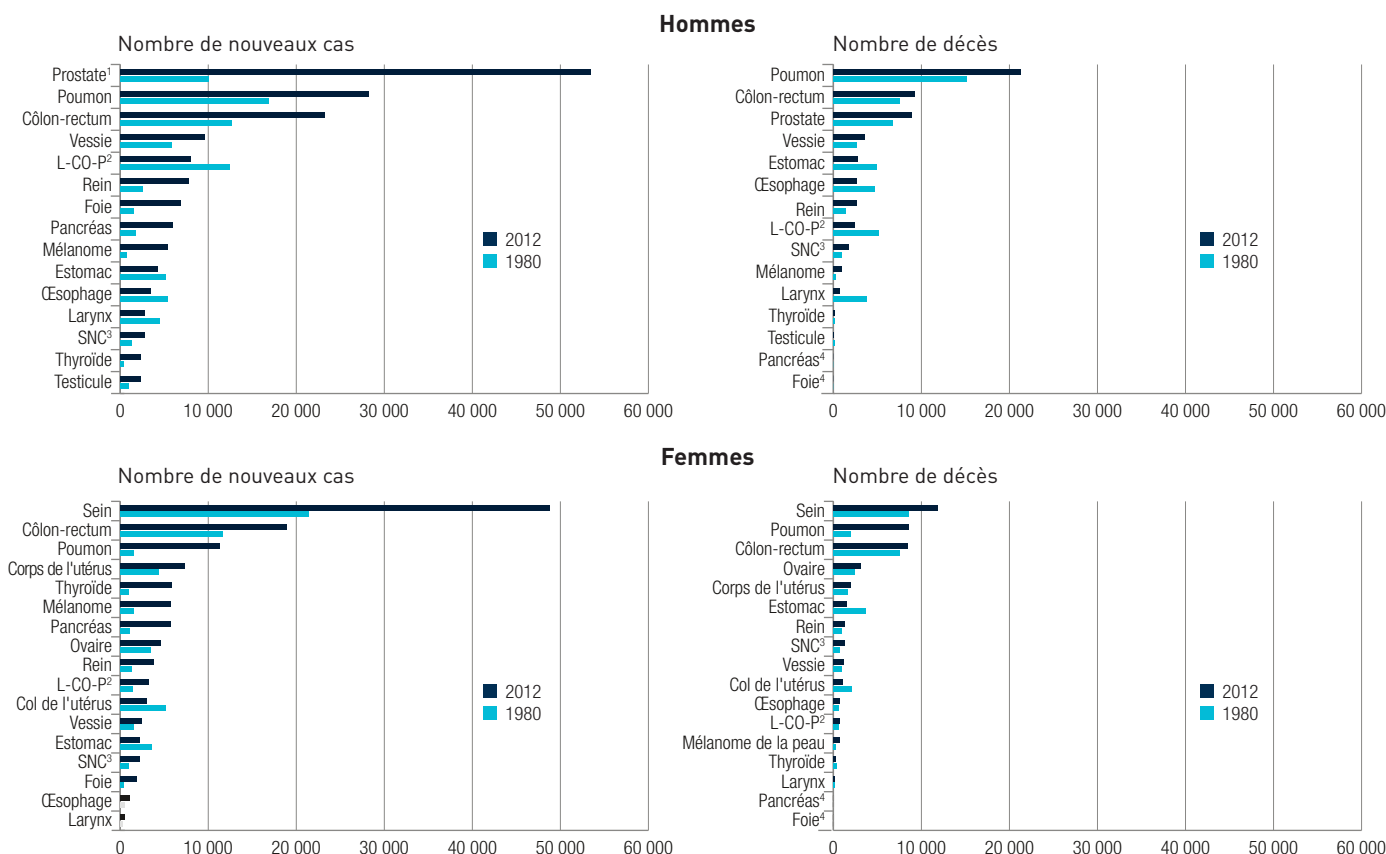
Sur la même période, le taux standardisé de mortalité par cancer, qui reflète le risque de décéder d'un cancer, a globalement diminué en France métropolitaine. Si, pour chaque localisation étudiée, il demeure plus élevé chez l'homme, il a néanmoins diminué plus rapidement au cours de la période chez celui-ci (en moyenne - 1,5 % par an *versus* - 1,0 % chez la femme) (tableau 1), en lien avec la réduction des consommations masculines d'alcool et de tabac sur le long terme.

L'analyse conjointe des tendances 1980-2012 des taux standardisés d'incidence et de mortalité permet de distinguer trois catégories de cancers (tableau 1) :

- une catégorie qui rassemble la plupart des cancers, caractérisés par une augmentation de leur incidence et une baisse de leur mortalité en raison de l'amélioration des traitements et d'une meilleure détection voire d'un surdiagnostic : en effet la détection précoce peut entraîner des traitements dont le ratio bénéfice/risque doit être pris en compte ; pour le cancer de la prostate par exemple, le traitement de cancers peu évolutifs n'apporte pas de bénéfice manifeste dans les 10 années qui suivent le diagnostic mais provoque des effets indésirables et détériore la qualité de vie (Grosclaude *in* Cowppli-Bony, 2016) ;
- trois cancers cumulant une augmentation d'incidence et de mortalité : le cancer du poumon chez la femme, avec une accélération de cette augmentation depuis 2005 et un taux de mortalité standardisé se rapprochant de celui du cancer du sein (respectivement 12,9 et 15,7), le mélanome de la peau et le cancer du système nerveux central pour les deux sexes, avec toutefois un ralentissement de la hausse des taux standardisés d'incidence de ces deux cancers depuis 2005 et une baisse ou une stabilisation de leurs taux standardisés de mortalité depuis 2000 ; pour le mélanome de la peau, les tendances récentes pourraient être en partie liées aux effets des campagnes de détection précoce qui conduit notamment au diagnostic de formes *in situ* ; pour le système nerveux central, une meilleure prise en charge pourrait expliquer la diminution récente de la mortalité ;
- à l'inverse, des cancers cumulant une diminution de ces deux taux, notamment le cancer

GRAPHIQUE 1

Estimation du nombre de nouveaux cas et de décès par tumeur solide chez l'homme et chez la femme, en 1980 et en 2012



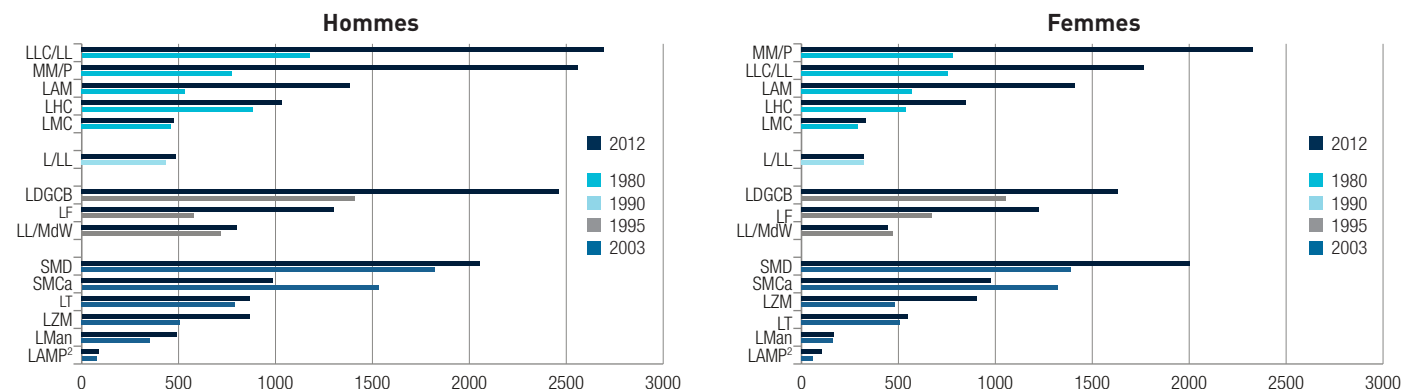
1. Pour le cancer de la prostate, l'estimation de l'incidence la plus récente concerne l'année 2009.
2. L-CO-P : lèvre-cavité orale-pharynx.
3. SNC : système nerveux central.
4. Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Base commune des registres des cancers (Francim) ; certificats de décès (CépiDc) ; exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

GRAPHIQUE 2

Estimation du nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes chez l'homme et chez la femme, en 1980 ou 1990 ou 1995 ou 2003¹, et en 2012



LLC/LL : Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire. MM/P : Myélome multiple et plasmocytome. LAM : Leucémies aiguës myéloïdes. LHC : Lymphome de Hodgkin classique. LMC : Leucémie myéloïde chronique. L/LL : Leucémie/lymphome lymphoblastique à cellules (B, T ou sans autre indication). LDGCB : Lymphome diffus à grandes cellules B. LF : Lymphome folliculaire. LL/MdW : Lymphome lymphoplasmocytaire/macroglobulinémie de Waldenström.

SMD : Syndromes myélodysplasiques. SMCa : Syndromes myéloprolifératifs chroniques autres que la LMC. LT : Lymphome T/NK à cellules matures. LZM : Lymphome de la zone marginale. LMan : Lymphome du manteau. LAMP² : Leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire.

1. En fonction des entités, la date de début peut être une année différente, année à partir de laquelle l'ensemble des registres du réseau Francim a recueilli de façon homogène les données permettant l'estimation de l'incidence.
2. La leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire fait partie des leucémies aiguës myéloïdes.

Champ • France métropolitaine.

Source • Base commune des registres des cancers (Francim) ; exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

Incidence, mortalité et survie pour tous cancers et par type de cancers (suite)

de l'estomac pour les deux sexes, en lien avec des modifications des habitudes alimentaires et la diminution de la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*. Chez l'homme, ces tendances sont également observées pour les cancers de la lèvre-cavité orale-pharynx, de l'œsophage et du larynx, et s'expliquent par la diminution des consommations de tabac et d'alcool, principaux facteurs de risque de ces cancers. Chez la femme, ces tendances sont observées pour le cancer du col de l'utérus et s'expliquent essentiellement par l'identification plus fréquente de lésions pré-invasives et de cancers à un stade précoce grâce à la pratique du dépistage par frotis cervico-utérin.

En termes de tendances récentes en France métropolitaine, on observe depuis 2005 une rupture pour l'incidence, avec une diminution du taux standardisé chez l'homme (en moyenne - 1,3 % par an) et une relative stabilisation chez la femme (en moyenne + 0,2 % par an), alors que la baisse de la mortalité se poursuit (- 2,9 % et - 1,4 % en moyenne par an chez l'homme et la femme respectivement). Ces tendances reflètent celles des cancers les plus fréquents (prostate et sein) (tableau 1).

► Projections d'incidence et de mortalité en 2015

Selon des projections réalisées pour l'année 2015 en France métropolitaine (Leone, 2015), le taux standardisé d'incidence des cancers s'établit autour de 362,4 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 272,6 chez la femme. Concernant la mortalité par cancer, le taux standardisé s'établit autour de 124,0 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 72,9 chez la femme.

► Survie

Il existe une forte hétérogénéité de survie entre les différents cancers (Cowpli-Bony, 2016; Monnereau, 2016). Pour les personnes atteintes d'un cancer diagnostiqué entre 2005 et 2010 en France métropolitaine, la survie nette¹ standardisée à 5 ans varie de 9 % (cancer du pancréas) à 93 % (cancer de la prostate) chez l'homme et de 10 % (cancer du pancréas) à 97 % (cancer de la thyroïde) chez la femme (tableau 2). Les tumeurs solides de mauvais pronostic à 5 ans (survie nette standardisée à 5 ans ≤ 33 %) représentent 31 % des cas de tumeurs solides chez l'homme et 17 % chez la femme. Celles de pronostic favorable à 5 ans (survie nette standardisée ≥ 66 %) concernent plus de la moitié des cas de tumeurs solides chez la femme

(57 %) et 44 % chez l'homme. Ces différences s'expliquent en grande partie par une fréquence plus élevée de cancers de très mauvais pronostic chez les hommes, notamment ceux associés au tabac et à l'alcool (poumon, œsophage, foie, estomac et, dans une moindre mesure, hypopharynx), alors que les femmes sont caractérisées par une fréquence plus élevée de cancers de bon pronostic (sein et thyroïde) (graphique 1). Ces différences de survie selon le sexe ne sont toutefois pas retrouvées pour les hémopathies malignes où celles de mauvais pronostic représentent 10 % des hémopathies malignes et celles de pronostic favorable 45 %, respectivement pour les deux sexes.

Tous sexes confondus, une amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans est observée pour la plupart des cancers (tumeurs solides et hémopathies malignes) entre les périodes de diagnostic 1989-1993 et 2005-2010 (graphique 3), en lien notamment avec le développement de diagnostics plus précoces et les progrès thérapeutiques. Seule la survie nette standardisée à 5 ans des cancers du col de l'utérus et de la vessie diminue. Cependant, certains cancers fréquents restent de très mauvais pronostic comme le cancer du poumon ainsi que d'autres cancers associés au tabac et à l'alcool comme les cancers de l'œsophage, du foie,

TABEAU 2
Survie nette standardisée à 5 ans des personnes atteintes d'un cancer diagnostiqué entre 2005 et 2010, selon le sexe et la localisation cancéreuse

HOMME	FEMME
Cancers de mauvais pronostic : survie nette standardisée à 5 ans inférieure ou égale à 33 %	
<i>Mésothéliome pleural</i> ¹ (4 %), Pancréas (9 %), Œsophage (14 %), Foie (16 %), Poumon (16 %), Voies biliaires (21 %), Leucémies aiguës myéloïdes (21 %), Système nerveux central (25 %), Estomac (26 %), <i>Syndromes myélodysplasiques/myéloprolifératifs</i> ² (26 %), <i>Hypopharynx</i> ³ (28 %)	Pancréas (10 %), <i>Mésothéliome pleural</i> ¹ (11 %), Œsophage (18 %), Foie (18 %), Voies biliaires (20 %), Poumon (20 %), Leucémies aiguës myéloïdes (25 %), <i>Syndromes myélodysplasiques/myéloprolifératifs</i> ² (27 %), Système nerveux central (29 %), Estomac (33 %)
Cancers avec une survie nette standardisée à 5 ans comprise entre 34 % et 65 %	
Oropharynx (35 %), Langue (38 %), Cavité orale (39 %), Syndromes myélodysplasiques (45 %), <i>Leucémie/lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs (B, T ou SAI)</i> ¹ (48 %), <i>Lymphome à cellules du manteau</i> ¹ (50 %), Myélome multiple et plasmocytome (51 %), Intestin grêle (53 %), <i>Cavités nasales</i> ^{1,2} (53 %), <i>Leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire</i> ¹ (53 %), <i>Nasopharynx</i> ³ (54 %), Vessie (55 %), Larynx (56 %), Lymphome diffus à grandes cellules B (58 %), Glandes salivaires (60 %), Sarcomes des tissus mous (60 %), Lymphome T/NK à cellules matures (60 %), Rectum (61 %), Côlon (63 %), <i>Os-articulations-cartilages articulaires</i> ³ (63 %), Pénis (65 %)	<i>Hypopharynx</i> ³ (34 %), Leucémie/lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs (B, T ou SAI) ¹ (38 %), Ovaire (43 %), <i>Lymphome à cellules du manteau</i> ¹ (43 %), <i>Cavités nasales</i> ^{1,2} (46 %), Vessie (49 %), Oropharynx (50 %), Syndromes myélodysplasiques (50 %), Langue (52 %), Cavité orale (53 %), Myélome multiple et plasmocytome (55 %), Intestin grêle (56 %), Vulve et vagin (57 %), Larynx (59 %), Lymphome diffus à grandes cellules B (61 %), <i>Os-articulations-cartilages articulaires</i> ³ (61 %), Rectum (63 %), Sarcomes des tissus mous (63 %), Col de l'utérus (63 %), Lymphome T/NK à cellules matures (63 %), Côlon (64 %), <i>Nasopharynx</i> ³ (64 %)
Cancers de bon pronostic : survie nette standardisée à 5 ans supérieure ou égale à 66 %	
Rein (70 %), <i>Mélanome de l'uvée</i> ¹ (73 %), Syndromes myéloprolifératifs chroniques autres que la leucémie myéloïde chronique (76 %), Lymphome lymphoplasmocytaire/macroglobulinémie de Waldenström (78 %), Leucémie myéloïde chronique (81 %), Lymphome de Hodgkin (83 %), Lymphome folliculaire (83 %), Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire (84 %), Lymphome de la zone marginale (85 %), <i>Lèvre</i> ¹ (86 %), Mélanome de la peau (88 %), Thyroïde (91 %), Testicule (92 %), Prostate (93 %)	Glandes salivaires (68 %), Rein (73 %), <i>Mélanome de l'uvée</i> ¹ (73 %), Corps de l'utérus (75 %), <i>Leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire</i> ¹ (75 %), <i>Lèvre</i> ¹ (76 %), Lymphome lymphoplasmocytaire/macroglobulinémie de Waldenström (85 %), Leucémie myéloïde chronique (85 %), Sein (87 %), Lymphome de Hodgkin (88 %), Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire (88 %), Lymphome folliculaire (89 %), Lymphome de la zone marginale (89 %), Syndromes myéloprolifératifs chroniques autres que la leucémie myéloïde chronique (90 %), Mélanome de la peau (93 %), Thyroïde (97 %)

1. La survie nette standardisée n'est pas présentée pour cette localisation cancéreuse en raison d'effectifs trop faibles par classe d'âges. L'indicateur présenté est la survie nette.

2. Les cavités nasales incluent les fosses nasales, les sinus annexes de la face et les oreilles moyenne et interne.

Lecture • La survie nette standardisée à 5 ans du cancer du pancréas est de 9 % chez l'homme et de 10 % chez la femme.

Champ • France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus.

Sources • Base commune des registres des cancers (Francim); RNIIP (INSEE); exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

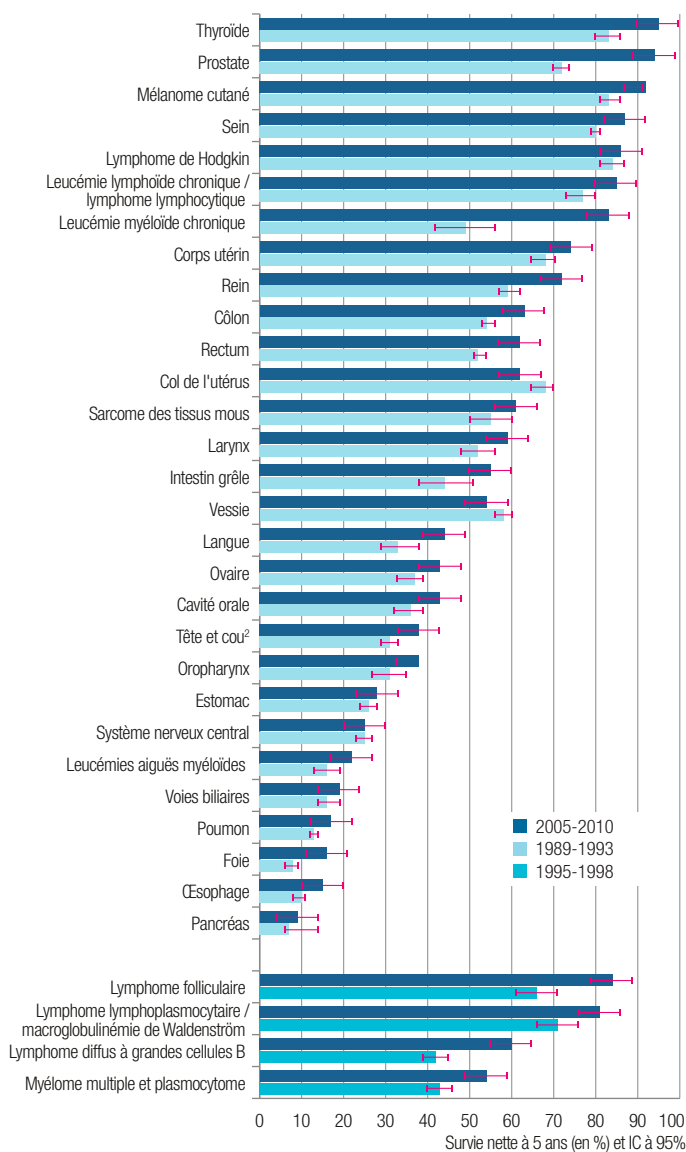
TABLEAU 1
Taux d'incidence/mortalité standardisés¹ en 2012, tendances évolutives de ces taux entre 1980 et 2012 et sur la période récente 2005-2012, par sexe

	Taux d'INCIDENCE standardisé ¹			Taux de MORTALITÉ standardisé ¹		
	Situation en 2012	Taux annuel moyen d'évolution sur :		Situation en 2012	Taux annuel moyen d'évolution sur :	
		l'ensemble de la période d'étude 1980-2012	la période récente 2005-2012		l'ensemble de la période d'étude 1980-2012	la période récente 2005-2012
HOMME						
Lèvre, cavité orale, pharynx	16,1	-2,8	-5,3	4,7	-3,7	-6,5
Œsophage	6,2	-3,0	-4,4	4,6	-3,4	-5,0
Estomac	7,0	-2,2	-2,2	4,4	-3,4	-2,8
Côlon-rectum	38,4	0,3	-0,3	13,3	-1,2	-1,5
Foie ²	12,1	3,2	1,3			
Pancréas ²	10,2	2,3	4,5			
Larynx	5,4	-2,9	-4,7	1,4	-6,4	-9,3
Poumon	51,7	0,1	-0,3	37,0	-0,5	-2,2
Mélanome de la peau	10,8	4,7	2,9	1,7	1,9	0,1
Prostate ³	99,4			10,2	-1,5	-3,7
Testicule	7,2	2,4	1,6	0,2	-3,5	-2,6
Vessie	14,7	-0,4	-1,4	4,9	-1,1	-2,4
Rein	14,5	2,0	1,8	4,0	0,0	-1,2
Système nerveux central	6,3	1,1	0,4	3,6	0,4	-1,1
Thyroïde	5,5	5,2	5,4	0,2	-1,9	-2,7
Tous cancers⁴	362,6	0,8	-1,3	133,6	-1,5	-2,9
FEMME						
Lèvre, cavité orale, pharynx	5,6	1,5	1,1	1,0	-0,5	-2,2
Œsophage	1,5	1,1	1,1	0,9	-0,5	-1,1
Estomac	2,6	-2,6	-2,0	1,7	-3,8	-2,7
Côlon-rectum	23,7	0,1	-0,3	7,9	-1,4	-1,1
Foie ²	2,4	3,5	3,0			
Pancréas ²	6,9	3,9	5,4			
Larynx	0,9	1,1	0,5	0,2	-2,5	-4,5
Poumon	18,6	5,3	5,4	12,9	3,7	4,6
Mélanome de la peau	11,0	3,2	1,7	1,0	0,8	-1,8
Sein	88,0	1,4	-1,5	15,7	-0,6	-1,5
Col de l'utérus	6,7	-2,5	-1,2	1,8	-3,2	-2,0
Corps de l'utérus	10,8	0,1	0,3	2,2	-1,0	-0,6
Ovaire	7,6	-0,6	-1,2	3,8	-1,2	-3,3
Vessie	2,5	-0,4	0,9	1,0	-1,0	-0,9
Rein	5,8	1,7	1,4	1,4	-0,9	-2,1
Système nerveux central	4,2	0,9	0,2	2,2	0,4	-1,9
Thyroïde	13,8	5,1	2,7	0,2	-3,4	-4,2
Tous cancers⁴	252,0	1,1	0,2	73,2	-1,0	-1,4

1. Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale OMS.
2. Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.
3. Pour le cancer de la prostate, l'estimation de l'incidence la plus récente concerne l'année 2009.
4. L'estimation « Tous cancers » est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation (sauf pour le cancer de la prostate pour lequel une estimation 2012 a été calculée sur la base d'une hypothèse de stabilité du taux d'incidence entre 2009 et 2012) à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations « Hémopathies malignes » (définies selon Belot 2008 et non selon la classification la plus récente utilisée pour les estimations d'incidence et de survie) et pour les autres localisations de cancers.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Base commune des registres des cancers (Francim) ; certificats de décès (CépiDc) ; exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

GRAPHIQUE 3
Tendances de la survie nette standardisée à 5 ans des personnes atteintes de cancer¹ : comparaison des périodes de diagnostic 1989-1993 (ou 1995-1998) et 2005-2010 (estimations tous âges et tous sexes confondus)


IC : intervalle de confiance.

1. Les résultats des tendances de la survie nette standardisée à 5 ans des cancers ci-dessous n'ont pu être fournis en raison d'effectifs trop faibles par sexe/âge ou d'un recueil trop récent :

- pour les tumeurs solides suivantes : lèvre, glandes salivaires, nasopharynx, hypopharynx, fosses nasales-sinus annexes de la face-oreilles moyenne et interne, mésothéliome pleural, os-articulations et cartilages articulaires, vulve et vagin, pénis, testicule, mélanome de l'uvée ;
- pour les hémopathies malignes suivantes : lymphome à cellules du manteau, lymphome de la zone marginale, lymphome T/NK à cellules matures, leucémie/lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs (B, T ou sans autre indication), leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire, syndromes myéloprolifératifs chroniques autres que la leucémie myéloïde chronique, syndromes myélodysplasiques, syndromes myélodysplasiques/myéloprolifératifs.

2. Les cancers de la tête et du cou incluent les cancers de la cavité orale, de la langue, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du nasopharynx.

Lecture • La survie nette standardisée à 5 ans du cancer de la thyroïde est de 83 % pour les personnes dont le diagnostic de cancer a été posé entre 1989 et 1993. Pour celles diagnostiquées entre 2005 et 2010, elle est de 95 %.

Champ • France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus.

Sources • Base commune des registres des cancers (Francim) ; RNIPP (INSEE) ; exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

Incidence, mortalité et survie pour tous cancers et par type de cancers (suite)

de l'estomac, de la tête et du cou, ce qui rend indispensable la poursuite d'actions de prévention contre ces cancers.

Enfin, la dernière édition de l'étude *Survie des personnes atteintes d'un cancer en France 1989-2013* a permis d'estimer, pour 36 localisations et pour la première fois en France, la survie nette à 15 ans des personnes âgées de moins de 75 ans au moment du diagnostic de leur cancer, posé entre 1989 et 1998. Celle-ci est également très hétérogène, variant, pour les tumeurs solides, de moins de 15 % (hypopharynx, œsophage, foie, pancréas, poumon) à plus de 60 % (mélanome de la peau, sein, corps de l'utérus, thyroïde) quelle que soit la tranche d'âge.

► Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation multidisciplinaire

Toutes les personnes atteintes de cancer doivent bénéficier du passage de leur dossier au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire

(RCP) qui vise à élaborer une stratégie thérapeutique. Elle réunit des médecins de différentes spécialités, qui proposent avec l'appui des référentiels et recommandations existantes, un traitement adapté à la situation de chaque patient. L'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019 est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, notamment en s'assurant que tous les patients bénéficient d'un passage en RCP. Parmi les nouveaux patients atteints d'un cancer pris en charge en 2014 (hospitalisation, chimiothérapie ou radiothérapie), près de 77 % avaient bénéficié de la revue de leur dossier au cours d'une RCP. En 2015, cette proportion croît de plus de 6 points pour concerner 83,4 % des patients. ■

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Santé publique France et Institut national du cancer

1. La survie nette est la survie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer.

🔄 Synthèse

La période 1980-2012 se caractérise par une augmentation de l'incidence et une diminution de la mortalité des cancers. Cette évolution s'explique par l'amélioration des traitements et par l'effet combiné de la diminution d'incidence des cancers de mauvais pronostic et l'augmentation d'incidence des cancers de meilleur pronostic, cette augmentation étant liée, en partie, à des modifications des pratiques médicales qui entraînent des diagnostics plus précoces voire du surdiagnostic. En termes de tendances récentes, on observe une rupture dans l'évolution de l'incidence depuis 2005, avec une diminution chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers les plus fréquents : prostate et sein. Par ailleurs, pour le cancer du poumon chez la femme, les évolutions, dominées par une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité, restent préoccupantes pour un cancer dont la survie – faible – s'est peu améliorée entre 1989 et 2010.

INDICATEUR • Estimations nationales et tendances du nombre de nouveaux cas et du taux standardisé d'incidence des tumeurs solides

► **Champ** : France métropolitaine, 19 localisations de tumeurs solides invasives (15 pour les hommes et 17 pour les femmes). ► **Sources** : Base commune des registres des cancers (Francim) regroupant les nouveaux cas de cancer enregistrés sur la période 1975-2009 par 19 registres ayant au moins cinq années d'enregistrement (10 registres généraux des cancers et 9 registres spécialisés) soit 925 242 cas incidents ; certificats de décès (CépiDc) ; estimations localisées de population (jusqu'en 2008), projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de nouveaux cas : l'estimation de l'incidence nationale est obtenue en appliquant le rapport incidence/mortalité observé dans la zone registre à la mortalité de la France métropolitaine (Remontet, 2009). Taux standardisé d'incidence : numérateur : estimations nationales du nombre de nouveaux cas de tumeurs solides ; dénominateur : personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'INSEE. Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale. ► **Limites d'interprétation** : Le principe pour obtenir une estimation de l'incidence nationale repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre (ensemble des départements couverts par un registre des cancers participant à l'étude) est représentatif de celui qu'on observerait sur la France métropolitaine. Les cancers de la peau autres que les mélanomes n'apparaissent pas en raison de la non-exhaustivité de leur enregistrement. La localisation « Plèvre » n'a pas été analysée, les données d'incidence pour le mésothéliome pleural relevant du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM). Seules les tumeurs invasives du système nerveux central ont été analysées, l'enregistrement des tumeurs non invasives n'était en effet pas homogène selon les registres sur la période étudiée. Pour le cancer de la prostate, le nombre de nouveaux cas estimés porte sur la période 1980-2009, c'est-à-dire la période pour laquelle les données ont été observées dans les registres des cancers, et non sur la période d'étude (1980-2012). En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est hasardeuse pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures de l'incidence de ce cancer observées sur la période la plus récente (forte baisse de 2005 à 2009, 2009 étant la dernière année disponible dans les registres lors de la réalisation des estimations). Comparaison avec les résultats de l'étude précédente sur la période 1980-2005 : pour certaines localisations, les estimations de l'incidence sur la période 1980-2005 sont sensiblement différentes des estimations obtenues lors de l'étude précédente pour la même période (Belot, 2008). Ces différences sont dues notamment au fait que les dernières estimations reposent sur une plus grande période d'observation des données dans les registres (6 années supplémentaires).

► Références :

- Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », rapport de l'Institut de veille sanitaire.
- Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A.-S., Remontet L. and the French Network of Cancer Registries (Francim), 2014, « Cancer Incidence and Mortality in France Over the 1980-2012 Period : Solid Tumors », *Revue épidémiologique de santé publique* [en ligne] : <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.073>.
- Remontet L., Belot A., Bossard N., 2009, « Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthode d'estimations et rythme de production », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 38, p. 405-408.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEUR • Estimations nationales et tendances du nombre de nouveaux cas et du taux standardisé d'incidence des hémopathies malignes

► **Champ** : France métropolitaine, 15 entités d'hémopathies malignes de morphologie différente, définies selon la CIM-O-3 et regroupées selon les recommandations du consortium Interlymph pour les hémopathies lymphoïdes. ► **Sources** : Base commune des registres des cancers (Francim) regroupant les nouveaux cas de cancer enregistrés par 13 registres ayant au moins cinq années d'enregistrement (10 registres généraux des cancers et 3 registres spécialisés) ; estimations localisées de population (jusqu'en 2008) ; projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de nouveaux cas : modélisation de l'incidence zone registre à la population métropolitaine. Taux standardisés d'incidence : numérateur : estimations nationales du nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes ; dénominateur : personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'INSEE. Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale. ► **Limites d'interprétation** : Le rapport incidence/mortalité de la zone registre, classiquement utilisé pour produire des estimations nationales d'incidence des cancers, n'a pu l'être pour les hémopathies malignes étudiées car le codage des données de mortalité ne permet pas de distinguer aussi finement les hémopathies malignes. Il a alors été fait l'hypothèse que la zone registre était représentative de la France pour l'incidence des hémopathies malignes. La définition des entités d'hémopathies malignes est différente de celle utilisée dans les études précédentes, ce qui rend impossible toute comparaison. Pour chaque entité, une « période d'incidence utilisable » a été préalablement définie, correspondant aux années pour lesquelles l'ensemble des registres du réseau Francim l'a recueillie de façon homogène. En conséquence, en fonction des entités, l'estimation de la tendance porte sur des périodes de longueur différente.

► **Références** : Monneret A., Remontet L., Maynadié M., Binder-Foucard F., Belot A., Troussard X., Bossard N., 2013, « Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 – Hémopathies malignes », rapport de l'Institut de veille sanitaire.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEUR • Estimations nationales et tendances du nombre de décès et du taux standardisé de mortalité pour les tumeurs solides

► **Champ** : France métropolitaine, 19 localisations de tumeurs solides invasives (15 pour les hommes et 17 pour les femmes). ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc) ; estimations localisées de population (jusqu'en 2008) ; projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de décès ; modélisation de la mortalité selon un modèle âge-période-cohorte. Taux standardisé de mortalité : numérateur : estimations nationales du nombre de décès par tumeur solide ; dénominateur : personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'INSEE. Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale. ► **Limites d'interprétation** : Pour le col de l'utérus et le corps de l'utérus, compte tenu du nombre élevé de décès par cancer de l'utérus sans autre indication du site anatomique (col ou corps), les taux de mortalité ont été réestimés selon une méthodologie reposant sur le calcul d'une proportion de décès attribuables au col et au corps de l'utérus parmi l'ensemble des décès dus au cancer de l'utérus, et obtenue à partir de la modélisation de l'incidence et de la survie observées dans les registres (Rogel 2011). Pour les cancers du foie et du pancréas, les données de mortalité ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité des données de mortalité par rapport aux autres localisations.

► Références :

- Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », rapport de l'Institut de veille sanitaire.
- Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A.-S., Remontet L. and the French Network of Cancer Registries (Francim), 2014, « Cancer Incidence and Mortality in France Over the 1980-2012 Period : Solid Tumors », *Revue épidémiologique de santé publique* [en ligne] : <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.073>.
- Rogel A., Belot A., Suzan F., Bossard N., Boussard M., Arveux P., Buémi A., Colonna M., Danzon A., Raverdy N., Guizard A.V., Grosclaude P., Velten M., Esteve J., Remontet L., Chérié-Challine L., 2011 « Mortality from Cervical and Corpus Cancer Mortality in France : Precision of Cancer Death Certification and Estimation from Incidence and Survival », *Cancer Epidemiology*, 35(3), p. 243-249.
- Guérin S., Laplanche A., Dunant A., Hill C., 2013, « Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 16-17-18, p. 163-168.
- Ribassin-Majed L., Hill C., 2015, « Trends in Tobacco-attributable Mortality in France », *European Journal of Public Health*, 25(5), p. 824-828.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEUR • Projections du taux standardisé d'incidence et de mortalité pour les tumeurs solides

► **Champ** : France métropolitaine, 19 localisations de tumeurs solides invasives (15 pour les hommes et 17 pour les femmes). ► **Sources** : Base commune des registres des cancers (Francim) regroupant les nouveaux cas de cancer enregistrés sur la période 1978-2011 par 20 registres (11 registres généraux des cancers et 9 registres spécialisés) ; certificats de décès (CépiDc) ; projections Omphales-scénario central (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Les projections étant par nature incertaines, 3 scénarios d'évolution du risque de cancer ont été étudiés pour chaque localisation par un groupe d'experts afin de déterminer l'évolution la plus probable entre la dernière année pour laquelle on dispose de données observées (2011) et l'année ciblée par la projection (2015). Les scénarios sont : la tendance récente 2005-2011 se prolonge ; le risque 2011 est constant ; la tendance moyenne 1980-2011 se prolonge. Le scénario jugé le plus vraisemblable a été choisi à partir d'arguments épidémiologiques (tendances dans d'autres pays, évolution des facteurs de risque connus, des pratiques médicales...) et de l'analyse des tendances récentes des ALD cancers (Remontet, 2009). Taux standardisé d'incidence : Numérateur : projections nationales du nombre de nouveaux cas de tumeurs solides. Dénominateur : personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'INSEE. Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale. ► **Limites d'interprétation** : Les projections reposent sur des hypothèses fortes concernant l'évolution temporelle probable de l'incidence et de la mortalité entre 2011 (dernière année avec des données observées dans les registres des cancers) et 2015 : elles ne peuvent pas être interprétées comme la réalité observée, mais seulement comme des ordres de grandeur ; elles ne peuvent pas non plus être utilisées pour reconstituer des tendances temporelles. Les auteurs n'ont pas pu produire de projections 2015 d'incidence pour le cancer de la prostate car c'est un cancer pour lequel il n'est pas raisonnable d'émettre une hypothèse d'évolution temporelle de son incidence entre 2011 (dernière année avec des données observées dans les registres des cancers) et 2015, en raison des importantes fluctuations de l'incidence de ce cancer observées sur la période récente (baisse très rapide après 2005-2006, d'une ampleur difficilement prévisible, et ce après plusieurs années de hausse continue ; cette baisse devrait s'atténuer – sans qu'on puisse définir son rythme). Dans ces conditions, toute projection d'incidence est hasardeuse pour cette localisation, même sur une courte période. Les auteurs n'ont pas pu produire de projections de mortalité pour les cancers du foie et du pancréas car les données sources concernant ces cancers ne sont pas d'assez bonne qualité pour pouvoir être exploitées. Par exemple, la confusion sur les notifications des certificats de décès entre cancers primitifs du foie et localisations hépatiques secondaires rend toute projection de la mortalité liée aux cancers primitifs du foie difficilement interprétable. Les auteurs n'ont pas pu produire de projections d'incidence et de mortalité pour les hémopathies malignes en raison de l'absence de codage des données de mortalité selon la classification des hémopathies malignes la plus récente.

► Références :

- Leone N., Voirin N., Roche L., Binder-Foucard F., Woronoff A.S., Delafosse P., Remontet L., Bossard N., Uhry Z., 2015, *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- Remontet L., Belot A., Bossard N., 2009, « Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthode d'estimations et rythme de production », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 38, p. 405-408.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEUR • Survie nette à 5 et 15 ans par localisation cancéreuse

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus, 53 localisations de cancer dont 16 hémopathies malignes. ► **Sources** : Base commune des registres des cancers (Francim) regroupant tous les nouveaux diagnostics de cancer posés entre 1989 et 2010 chez les personnes âgées de plus de 15 ans, enregistrés par 22 registres des cancers (13 registres généraux et 9 registres spécialisés) couvrant 19 départements métropolitains et la zone de proximité de Lille, soit 538 000 cas incidents de cancers dont 36 000 hémopathies malignes ; RNIPP (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Numérateur : nombre de personnes toujours en vie au temps t (statut vital au 30 juin 2013) après le diagnostic de cancer (t0) de la localisation étudiée, sous l'hypothèse qu'elles ne pourraient mourir que de leur cancer. Dénominateur : nombre de personnes diagnostiquées pour le cancer de la localisation étudiée au temps (t0). Les taux obtenus sont standardisés selon le standard ICSS (International Cancer Survival Standards). ► **Limites d'interprétation** : Si la survie nette a un intérêt épidémiologique indéniable en permettant les comparaisons entre différents pays ou différentes périodes, elle ne doit pas, évidemment, être interprétée comme un pronostic individuel. En effet, sa méthode d'estimation fait l'hypothèse que le cancer serait la seule cause de décès possible, ce qui ne correspond pas à la réalité pour un individu. Les résultats sont fournis « tous stades confondus ».

► Références :

- Cowppli-Bony A., Uhry Z., Remontet L., Guizard A.V., Voirin N., Monnerieu A., Bouvier A.M., Colonna M., Bossard N., Woronoff A.S., Grosclaude P., 2016, *Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2013. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 - Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- Monnerieu A., Uhry Z., Bossard N., Cowppli-Bony A., Voirin N., Delafosse P., Remontet L., Troussard X., Maynadié X., 2016, *Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2013. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 2 - Hémopathies malignes*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEUR • Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation multidisciplinaire

► **Champ** : France entière, tous âges, tous cancers. ► **Sources** : Enquête annuelle des « tableaux de bord 3C » conduite auprès de l'ensemble des centres de coordination en cancérologie (3C) (dernière année disponible : 2015) ; enquête conduite fin 2015 auprès des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) pour établir le facteur de pondération décrit ci-après ; PMSI par la méthode de l'algorithme cancer permettant d'estimer le nombre de personnes hospitalisées incidentes. L'« algorithme cancer » a été développé par l'ATIH, l'INCa et les fédérations hospitalières pour identifier les cas de cancer pris en charge (hospitalisation, chimiothérapie ou radiothérapie). Afin d'estimer l'incidence des personnes hospitalisées pour cancer, les personnes ayant eu au moins un séjour pour cancer dans les deux années précédentes sont exclues. Pour la radiothérapie libérale, inclusion des données du SNIIRAM (dernière année disponible : 2014).

► **Mode de construction de l'indicateur** :

$$\left(\frac{\text{Nombre de fiches RCP pour une année donnée}}{\text{Estimation du nombre de fiches RCP attendues pour une année donnée}} \right)$$

Détails du dénominateur : Il s'agit de l'estimation du nombre de personnes hospitalisées incidentes identifiées par l'algorithme cancer (nombre de personnes ayant eu une hospitalisation en lien avec une prise en charge pour cancer, que cela soit le motif ou pas de l'hospitalisation, et n'ayant pas eu d'hospitalisation pour cancer au cours des deux années précédentes), pondérée par le nombre moyen de passages en RCP par patient (en effet, un dossier patient peut être vu en RCP plusieurs fois, et chaque passage donne lieu à la production d'une fiche RCP).

► **Limites d'interprétation** : Les fiches RCP non validées ne sont pas comptabilisées compte tenu de l'objectif de l'indicateur. L'usage des données PMSI permet de calculer un indicateur d'observation approximant l'incidence. L'indicateur n'est pas encore disponible par localisation.

► Références :

- Indicateur n° 17 de suivi du Plan cancer 2014-2019 [en ligne] : www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Cibles-et-indicateurs
- Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour [en ligne] : www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Algorithme-de-selection-des-hospitalisations-liees-a-la-prise-en-charge-du-cancer-dans-les-bases-nationales-d-activite-hospitaliere-de-court-sejour

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Institut national du cancer.

Cancer du sein : incidence, mortalité et dépistage

Contexte

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus diagnostiqué en France. On estime à environ 49 000 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein « invasif » pour l'année 2012. Les estimations départementales montrent des variations géographiques très modérées. L'incidence a beaucoup augmenté entre 1980 et 2005 pour ensuite se stabiliser. Le cancer du sein est un cancer de bon pronostic. Le taux de mortalité baisse depuis 1995 avec 11 886 décès estimés pour l'année 2012. La survie nette¹ à 5 ans s'est améliorée au cours du temps, passant de 80 % pour les femmes diagnostiquées en 1989-1993 à 88 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010. La France se situe parmi les pays avec les taux de survie les plus élevés d'Europe.

L'augmentation de l'incidence du cancer du sein observée depuis des décennies est vraisemblablement liée aux changements dans les modes de vie des femmes. Outre l'âge, ses facteurs de risque connus sont soit d'origine hormonale et reproductive (âge à la puberté, nombre d'enfants, âge à la première grossesse, allaitement), soit liés aux modes de vie (utilisation d'un traitement hormonal, surpoids, consommation d'alcool, travail de nuit, tabagisme) ou à l'environnement (exposition aux rayonnements ionisants), soit encore à une prédisposition génétique ou un antécédent personnel de pathologie mammaire. L'arrêt de l'utilisation massive de traitements hormonaux substitutifs par les femmes âgées de 50 à 70 ans à partir du début des années 2000 est sans doute responsable de la rupture de tendance de l'incidence observée autour de l'année 2005.

La pratique de dépistage a pu également influencer les tendances de l'incidence. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans en proposant tous les deux ans une mammographie : deux incidences par sein, un bilan diagnostique immédiat en cas de résultat positif et une deuxième lecture en cas d'examen normal. Le programme, généralisé à la France entière (hors Mayotte) en 2004, vise à faire bénéficier chaque femme de la même garantie de qualité et de prise en charge et à fournir un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire.

Indicateurs

► Incidence

Le taux d'incidence du cancer du sein invasif standardisé sur la population mondiale est de 88,0 pour 100 000 personnes-années en 2012. Après une augmentation régulière (+ 1,4 % par an entre 1980 et 2005), le taux d'incidence du cancer du sein est stable depuis 2005². Les taux augmentent rapidement avec l'âge et présentent deux pics d'incidence autour de 45 et 65 ans. Parmi l'ensemble des cancers du sein, 78 % sont diagnostiqués chez des femmes de 50 ans et plus et 24 % chez celles de 75 ans et plus (graphique 1). Par ailleurs, le taux standardisé d'incidence des cancers du sein *in situ* a doublé entre 1980 et 2005 (de 7 à 14 pour 100 000 personnes-années soit + 5 % par an en moyenne) sur les départements couverts par un registre des cancers.

► Mortalité

Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale est de 15,7 pour 100 000 personnes-années en 2012. Ce taux diminue depuis 1980 (-1,5 % par an en moyenne), avec une diminution plus forte depuis les années 2000. Parmi les décès pour cancer du sein, 90 % concernent les femmes de 50 ans et plus et 48 % celles de 75 ans et plus (graphique 1).

► Taux de participation au programme de dépistage organisé

Après une progression depuis 2004, le taux de participation au programme de dépistage organisé a atteint un plateau en 2008-2009 autour de 52 %. En 2015, il est de 51,5 %, soit plus de 2,5 millions de femmes dépistées au cours de l'année. Cette stabilisation globale masque une transition de participation d'une classe d'âges à une autre : légère diminution de participation chez les femmes de 50-64 à partir de 2010 et augmentation sur l'ensemble de la période pour les femmes de 70 à 75 ans. La participation varie selon les départements, allant pour 2015 de 27 % à Paris à 64 % en Indre-et-Loire. Une trentaine de départements se situent dans la fourchette 58-64 %. Cette hétérogénéité géographique se retrouve également à l'échelle régionale avec une participation variant de 35 % en Corse à 61 % en Pays de la Loire.

Les variations géographiques du taux de participation au dépistage organisé peuvent être expliquées en partie par une hétérogénéité dans le recours au dépistage individuel.

► Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme organisé selon le stade au dépistage

Le taux de détection de cancers et les pourcentages de cancers de bon pronostic, c'est-à-dire *in situ*, invasifs de moins de 10 mm et invasifs sans envahissement ganglionnaire, sont des indicateurs de performance du programme de dépistage. En 2011-2012, 7,5 cancers pour 1 000 femmes dépistées ont été détectés, soit 36 776 cancers. Parmi eux, 14,9 % sont des cancers canaux *in situ*. Parmi les cancers invasifs, 37 % ont une taille inférieure ou égale à 10 mm et 75,6 % n'ont pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages sont cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage (tableau 1).

► Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes

Voir édition 2015 du rapport.

► Taux de couverture du dépistage (organisé ou spontané) du cancer du sein

Selon les données de remboursement de l'assurance maladie issues de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), 56 % des femmes de 50 à 74 ans ont fait au moins une mammographie de dépistage au cours des deux années 2013-2014 (graphique 3). Ces taux sont en baisse depuis 2008. Ces données sont difficiles à interpréter car elles incluent également certaines mammographies de diagnostic et de suivi et peuvent ne pas prendre en compte les actes réalisés dans les hôpitaux publics ou privés participant au service public hospitalier. ■

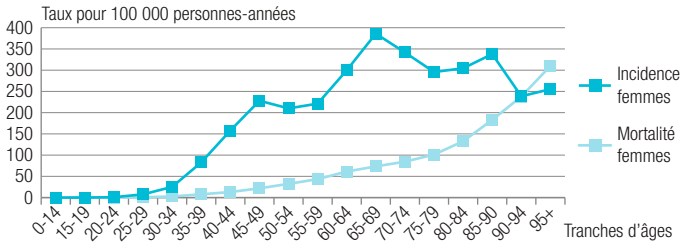
►► Organisme responsable de la production de la fiche : Santé publique France

1. Voir fiche « Incidence, mortalité et survie par type de cancers ».
2. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 35-36-37, septembre 2012.

Synthèse

Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein a beaucoup augmenté depuis les années 1980 en France. L'augmentation s'est arrêtée autour de 2005. La mortalité s'est beaucoup réduite. La généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été effective début 2004. Le taux de participation au programme de dépistage stagne depuis 2008, il est de 51,5 % en 2015. Les données sur les stades des cancers dans le cadre du dépistage montrent des taux de cancers de bon pronostic satisfaisants au regard des références européennes.

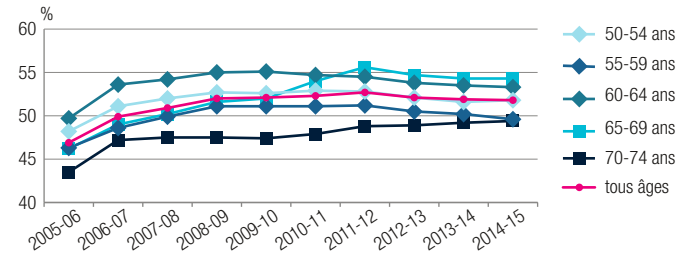
GRAPHIQUE 1
Taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein selon l'âge, estimation pour 2012



Champ • France métropolitaine, femmes tous âges.

Sources • Base commune des registres des cancers (Francim); certificats de décès (CépiDc); estimations localisées de population (jusqu'en 2008) et projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE); exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

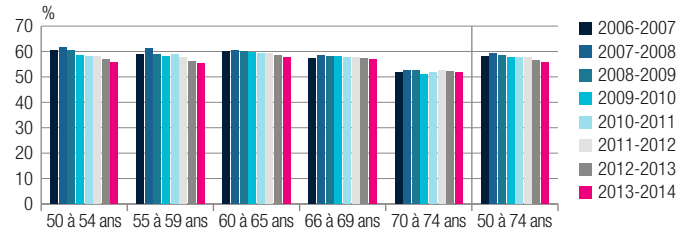
GRAPHIQUE 2
Taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein selon l'âge, période 2005-2015 (en %)



Champ • France entière (hors Mayotte), femmes âgées de 50 à 75 ans.

Source • Base de données nationales du programme de dépistage organisé du cancer du (Santé publique France).

GRAPHIQUE 3
Évolution du taux de couverture* du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein en fonction de l'âge



* Taux de femmes ayant eu au moins une mammographie dans les deux années précédentes.

Champ • France entière (hors Mayotte); régime général (hors sections locales mutualistes); femmes âgées de 50 à 74 ans.

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

TABLEAU 1
Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme national de dépistage organisé du cancer du sein selon le stade au moment du dépistage, en 2011-2012

	2011-2012	Réf. européennes 2006
Nombre de cancers dépistés	36 776	
Taux de cancers pour 1 000 femmes dépistées	7,5	≥ 5 %
Nombre de cancers canaux in situ	5 295	
% de cancers canaux in situ parmi les cancers dépistés	14,9	≥ 10 %
Nombre de cancers invasifs	30 154	
% de cancers invasifs ≤ 10 mm parmi les cancers invasifs de taille connue	37	≥ 25 %
% de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	75,6	> 70 %
% de cancers invasifs ≤ 10 mm sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	32,5	nd

nd : non disponible.

Champ • France entière (hors Mayotte), femmes âgées de 50 à 74 ans.

Source • Base de données nationales du programme de dépistage organisé du cancer du sein (Santé publique France).

INDICATEURS • Nombre de nouveaux cas et de décès par cancer du sein

Taux standardisés d'incidence et de mortalité par cancer du sein

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Sources** : Base commune des registres des cancers (Francim); certificats de décès (CépiDc); estimations localisées de population (jusqu'en 2008) et projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE). ► **Mode de construction des indicateurs** : Les codes cancer retenus sont précisés page 11 de l'ouvrage cité en référence ci-dessous. Nombre de nouveaux cas ou incidence : produit du rapport incidence/mortalité observé dans la zone registre par la mortalité France métropolitaine. Taux standardisés d'incidence et de mortalité : nombre estimé de nouveaux cas/décès de cancers du sein pour 100 000 personnes-années. ► **Limites d'interprétation** : Le principe pour obtenir l'incidence nationale repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport (moyen) incidence/mortalité de la France métropolitaine. ► **Références** : Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEURS • Taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein

Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme de dépistage organisé selon le stade au dépistage

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), femmes âgées de 50 à 75 ans. ► **Source** : Base de données nationales du programme de dépistage organisé du cancer du sein (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de femmes âgées de 50 à 75 ans ayant réalisé un dépistage dans le cadre du programme national de dépistage organisé pour 100 femmes invitées. Nombre de cancers dépistés pour chaque stade rapporté au nombre de cancers dépistés dont le stade est connu. ► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France.

INDICATEUR • Taux de couverture du dépistage (organisé ou spontané) du cancer du sein

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), régime général (hors sections locales mutualistes), femmes âgées de 50 à 74 ans. ► **Source** : SNIIRAM-EGB (CNAMTS). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant une mammographie de dépistage enregistrée dans les deux années précédentes pour 100 femmes de 50 à 74 ans de l'EGB pour la même période. ► **Limites d'interprétation** : L'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie. Il ne permet pas d'étude régionale ou départementale. Certains actes réalisés dans les établissements publics ou privés peuvent ne pas être pris en compte. Surestimation : la codification des mammographies n'est pas optimale pour distinguer le type (dépistage ou contrôle). Les femmes en ALD sont retirées des analyses. ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

Cancer colorectal : incidence, mortalité et dépistage

Contexte

Le cancer colorectal (CCR) occupe le 3^e rang chez l'homme et le 2^e rang chez la femme parmi les tumeurs les plus fréquentes, avec respectivement environ 23 200 et 18 900 nouveaux cas estimés en 2012. Ce cancer est diagnostiqué dans plus de neuf cas sur dix à partir de 50 ans. Après avoir augmenté jusqu'en 2000, l'incidence se stabilise à partir de 2005 et diminue ensuite. Le CCR se situe au 2^e rang des décès par cancer chez l'homme et au 3^e rang chez la femme. La mortalité du cancer colorectal diminue fortement depuis 1980 et la survie s'est fortement améliorée au cours du temps. Le dépistage du CCR permet d'identifier et de traiter ce cancer à un stade précoce de son développement. Il permet également de détecter des lésions précancéreuses et de les traiter avant qu'elles n'évoluent vers un cancer. L'objectif de ce dépistage est de diminuer l'incidence et la mortalité par CCR. En France, le programme de dépistage organisé du CCR, initié en 2002 dans 23 départements pilotes, a été généralisé en 2008-2009 à l'ensemble du territoire (à l'exception de Mayotte). Ce programme est fondé sur la recherche de sang occulte dans les selles, tous les 2 ans, chez les personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de risque particulier en dehors de l'âge. Au cours de l'année 2015, le test de dépistage utilisé a changé, passant du test au gâïac au test immunologique, plus sensible et plus facile d'emploi.

Indicateurs

► Incidence

Le taux d'incidence standardisé sur l'âge (population mondiale) est de 38,4 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 23,7 chez la femme en 2012. Chez l'homme, après avoir augmenté de 0,6 % par an entre 1980 et 2005, l'incidence diminue entre 2005 et 2012 (-0,2 % par an). Par contre, chez la femme, elle augmente de 0,5 % par an entre 1980-1994 et reste relativement stable jusqu'au début des années 2000, puis diminue de 0,3 % par an. Ce cancer est diagnostiqué dans plus de neuf cas sur dix (95 %) à partir de 50 ans (graphique 1).

► Mortalité

En 2012, le taux standardisé sur l'âge (population mondiale) de mortalité pour 100 000 personnes-années est de 13,3 chez les hommes

TABLEAU 1

Indicateurs de la qualité de tests et de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Taux de tests immunologiques positifs pour la période avril à décembre 2015, %			
50-54 ans	3,6	4,2	3,0
55-59 ans	3,9	5,0	3,1
60-64 ans	4,5	5,9	3,4
65-69 ans	5,1	6,6	3,9
70-74 ans	6,1	7,6	4,7
Total tous âges	4,6	5,9	3,6
Taux d'adénomes avancés * détectés pour la période 2012-2013, ‰			
50-54 ans	2,4	3,4	1,5
55-59 ans	2,9	4,4	1,7
60-64 ans	3,5	5,1	2,2
65-69 ans	3,9	5,6	2,6
70-74 ans	4,2	5,8	2,9
Total tous âges	3,3	4,8	2,1
Taux de cancers détectés pour la période 2012-2013, ‰			
50-54 ans	0,6	0,8	0,4
55-59 ans	1,0	1,3	0,7
60-64 ans	1,3	1,8	0,9
65-69 ans	1,7	2,5	1,1
70-74 ans	2,2	3,1	1,5
Total tous âges	1,3	1,8	0,9

* Adénome de taille supérieure ou égale à 10 mm, ou présentant une dysplasie de haut grade, ou un contingent villositéux.

Note • L'activité du dépistage organisé du cancer colorectal fondée sur l'emploi du test immunologique n'a débuté que le 14 avril 2015, avec une montée en charge progressive.

Champ • France entière (hors Mayotte), population âgée de 50 à 74 ans.

Sources • Bases de données nationales du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (Santé publique France) ; statistiques démographiques (INSEE).

et 7,9 chez les femmes. Ce taux diminue entre 1980 et 2012, de -1,2 % par an chez l'homme et de -1,4 % chez la femme. Sur la période récente (2005-2012), la diminution est plus marquée chez l'homme (-1,5 % par an) que chez la femme (-1,1 % par an). Huit décès sur dix (80 %) chez l'homme, et près de neuf décès sur dix (85 %) chez la femme, surviennent chez les personnes de plus de 65 ans (graphique 1).

► Taux de participation au programme national de dépistage organisé

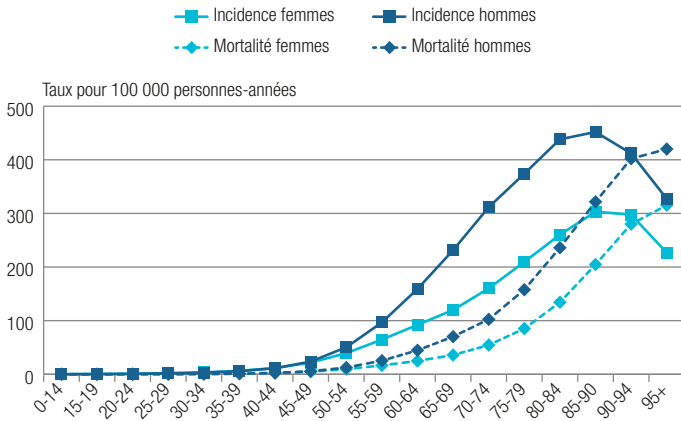
Sur la période 2013-2014, 29,8 % des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans ont réalisé un test au gâïac suite à une invitation au dépistage organisé. Ce taux de participation est très en dessous de l'objectif européen de 65 %. Il est plus élevé chez les femmes (31,5 %) que chez les hommes (27,9 %). Il augmente avec l'âge : de 23,8 % entre 55 et 59 ans à 36,1 % à 70-74 ans chez les hommes et de 27,8 % à

37,1 % pour ces mêmes groupes d'âge chez les femmes. Par rapport à la période précédente (2011-2012), la participation a baissé de 6 %. Cette baisse s'explique en partie par l'arrêt anticipé des invitations au cours du dernier trimestre de l'année 2014, du fait de l'arrivée en avril 2015 du nouveau test de dépistage immunologique.

► Taux de personnes avec un test de dépistage positif

Du 14 avril (date de déploiement du nouveau test de dépistage) au 31 décembre 2015, parmi les 1,4 million de personnes ayant réalisé un test immunologique de dépistage, près de 63 000 ont eu un résultat positif, soit 4,6 %, conformément à ce qui est attendu compte tenu du seuil de positivité sélectionné (tableau 1). Ce taux est plus élevé chez les hommes (5,9 %) que chez les femmes (3,6 %), il augmente avec l'âge et est plus élevé lors d'un premier dépistage que lors d'un dépistage subséquent.

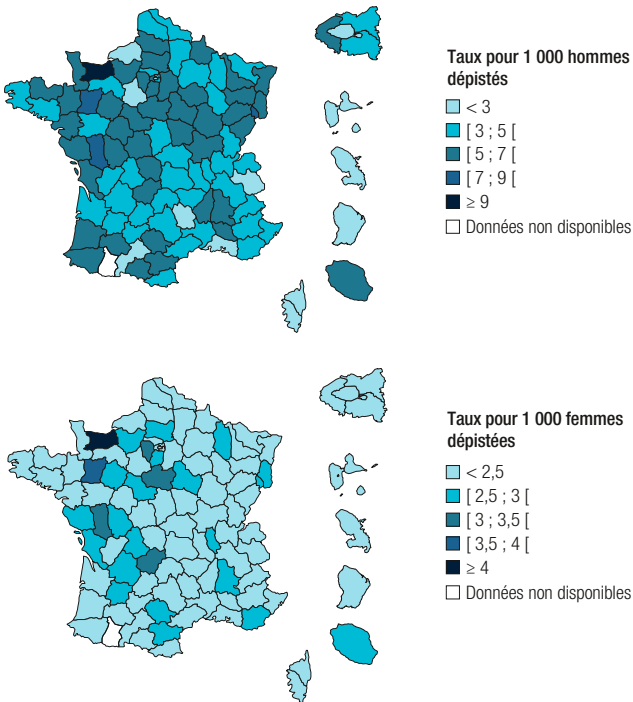
GRAPHIQUE 1
Taux d'incidence et de mortalité par cancer colorectal selon l'âge, en 2012



Champ • France métropolitaine.

Sources • Base commune des registres des cancers (Francim); certificats de décès (CépiDc); estimations localisées de population (jusqu'en 2008) et projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE); exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

CARTES 1 ET 2
Taux départementaux standardisés* de détection des adénomes avancés**, selon le sexe, pour la période 2012-2013



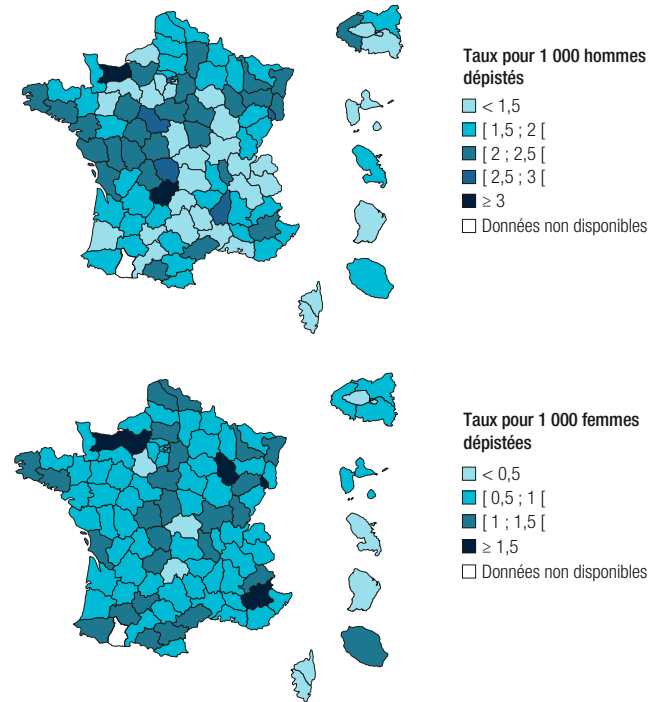
* Taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes dépistées, population française 2009 (projection INSEE – scénario central – 2007-2042).

** Adénome de taille supérieure ou égale à 10 mm, ou présentant une dysplasie de haut grade ou un contingent vilieux.

Champ • France entière (hors Mayotte), population âgée de 50 à 74 ans.

Sources • Bases de données nationales du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

CARTES 3 ET 4
Taux départementaux standardisés* de détection du cancer colorectal selon le sexe, pour la période 2012-2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes dépistées, population française 2009 (projection INSEE – scénario central – 2007-2042).

Champ • France entière (hors Mayotte), population âgée de 50 à 74 ans.

Sources • Base de données nationales du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

Cancer colorectal : incidence, mortalité et dépistage (suite)

► Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test de dépistage positif

Sur la période 2012-2013, le pourcentage de réalisation de la coloscopie suite à un test de dépistage positif est de 87,1 %, un peu inférieur à l'objectif européen souhaitable de 90 %. Ce pourcentage est plus élevé lors d'un dépistage subséquent que lors d'un premier dépistage. Il varie selon les départements : sept départements sur dix présentent des taux supérieurs ou égaux à 85 % et près d'un département sur deux présente des taux supérieurs à 90 %. Les taux sont les plus bas pour les départements de la Corse, de la Guyane, de la Seine-Maritime, de la Lozère et du Gard.

► Taux d'adénomes avancés détectés (lésions précancéreuses)

Le taux de détection des adénomes avancés (adénome de taille supérieure ou égale à 10 mm, ou présentant une dysplasie de haut grade, ou un contingent villositaire) est de 3,3 pour 1 000 personnes dépistées (tableau 1). Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, augmente avec l'âge et est plus élevé lors d'un premier dépistage que lors des dépistages subséquents. Il varie également selon les départements (cartes 1 et 2)

► Taux de cancers détectés

Le taux de détection de cancers est de 1,3 pour 1 000 personnes dépistées (tableau 1). Il varie selon l'âge, le sexe et le rang du dépistage (tableau 1). Le taux standardisé varie par département pour chaque sexe (cartes 3 et 4). Chez la femme, il est de 1,0 ‰ lors d'un premier dépistage et de 0,8 ‰ lors d'un dépistage subséquent alors que chez l'homme, il est respectivement de 2,0 ‰ et 1,7 ‰.

► Stades au diagnostic des cancers dépistés

Sur la période 2012-2013, un total de 3 347 adénocarcinomes de stade connu (*in situ* : 25,7 % ; invasifs : 74,3 %) ont été dépistés. Plus du tiers (35,9 %) des adénocarcinomes invasifs étaient de stade I, 25,4 % de stade II, 26,5 % de stade III et 12,2 % de stade IV.

► Proportion d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé un test Hémocult dans les deux dernières années

Voir édition 2015 du rapport. ■

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

○ Synthèse

Le cancer colorectal est le 3^e cancer le plus fréquent et la 2^e cause de mortalité par cancer en France. Les tendances montrent que l'incidence et la mortalité liées à ce cancer sont en nette diminution. Le dépistage de CCR permet d'en réduire l'incidence et la mortalité. Depuis la généralisation du programme de dépistage organisé à l'ensemble du territoire, la participation demeure largement insuffisante au regard des recommandations européennes. Les autres indicateurs de performance tels que le taux de tests positifs, le pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif, au niveau national et dans la plupart des départements, sont conformes aux taux attendus. Un adénome avancé est détecté chez 3 personnes pour 1 000 dépistées, un cancer est diagnostiqué chez 1 personne pour 1 000 dépistées.

INDICATEURS • Nombre de nouveaux cas et de décès par cancer colorectal Taux standardisés d'incidence et de mortalité par cancer colorectal

- ▶ **Champ** : France métropolitaine. ▶ **Sources** : Base commune des registres des cancers (Francim) ; certificats de décès (CépiDc) ; estimations localisées de population (jusqu'en 2008) et projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE). ▶ **Mode de construction des indicateurs** :
 - Les codes cancer retenus sont précisés page 11 de l'ouvrage cité en référence ci-dessous.
 - Nombre de nouveaux cas ou incidence : produit du rapport incidence/mortalité observé dans la zone registre par la mortalité France métropolitaine.
 - Taux standardisés d'incidence et de mortalité : nombre estimé de nouveaux cas/décès de cancers colorectaux pour 100 000 personnes-années.
- ▶ **Limites d'interprétation** : Le principe pour obtenir l'incidence nationale repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport (moyen) incidence/mortalité de la France métropolitaine. ▶ **Référence** : Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- ▶ **Organismes responsables de la production des indicateurs** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEURS • Taux de participation au programme de dépistage organisé Taux de personnes avec un test de dépistage positif Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif Taux d'adénomes avancés détectés Taux de cancers détectés Stades au diagnostic des adénocarcinomes dépistés

- ▶ **Champ** : France entière (hors Mayotte), personnes âgées de 50 à 74 ans. ▶ **Source** : Bases de données nationales du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (Santé publique France).
- ▶ **Mode de construction des indicateurs** :
 - Nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage dans le cadre du programme national de dépistage organisé, pour 100 personnes invitées. Les invitations excluent les personnes ayant eu dans les 5 dernières années des résultats de coloscopie normaux ou les personnes présentant certaines raisons médicales. Ce taux est calculé sur deux ans (2013-2014), permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2013-2014, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central).
 - Nombre de personnes de 50 à 74 ans dépistées positives pour 1 000 personnes de la même tranche d'âge ayant réalisé un test analysable. Ce taux est calculé sur une année incomplète correspondant à la période de mise en œuvre du test immunologique, c'est-à-dire du 14 avril au 31 décembre 2015, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central).
 - Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif pour 100 personnes de la même tranche d'âge ayant un test positif et ne présentant pas de contre-indication à la réalisation de la coloscopie. Ce taux est calculé sur deux ans (2012-2013) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2012-2013, puis standardisé sur la population française 2009 (projections INSEE 2007-2042, scénario central).
 - Nombre de personnes de 50 à 74 ans dont la lésion la plus péjorative diagnostiquée est un adénome avancé, sur le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant eu un test de dépistage analysable.
 - Nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant un cancer détecté et nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant un ou des adénocarcinomes invasifs du côlon ou du rectum de stade connu.
 - Nombre de personnes de 50 à 74 ans présentant un ou des adénocarcinomes de stade I ou II ou III ou IV et nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant un ou des adénocarcinomes invasifs du côlon ou du rectum de stade connu.
- ▶ **Limites d'interprétation et biais connus** : Le contexte du passage au test immunologique avec la gestion hétérogène selon les départements de l'arrêt des invitations et/ou de la lecture des tests au gaïac au cours du dernier trimestre 2014 limite l'intérêt de présenter le taux de participation par département.
 - Difficultés de récupération, par les structures de gestion des informations anatomocytologiques des lésions prélevées au cours de la coloscopie. De plus, la reproductibilité intra- et interpathologistes pour le diagnostic des deux critères anatomopathologiques définissant l'adénome avancé (dysplasie de haut grade et contingent à 20 %) est moyenne à médiocre. Ceci peut influencer sur la classification de ces lésions détectées d'un département à l'autre.
 - Les taux de détection des cancers colorectaux dépendent fortement de l'incidence départementale des cancers et de la performance des programmes départementaux à détecter ces lésions. Le pourcentage de réalisation de coloscopies parmi les personnes éligibles après un test positif et le pourcentage de personnes pour lesquelles la structure de gestion n'a pas de diagnostic final (perdu de vue ou diagnostics finaux non connus) sont des facteurs qui influencent l'enregistrement de ces lésions et peuvent contribuer à expliquer les disparités départementales.
 - Difficulté à obtenir l'exhaustivité des exclusions et hétérogénéité selon les départements dans l'efficacité du recueil de la participation de la population cible. La répartition des adénocarcinomes dépistés selon leur extension anatomique est fondée sur la classification TNM des tumeurs malignes (septième édition), qui ne s'applique qu'aux carcinomes pour le côlon et rectum. Elle nécessite de connaître le statut métastatique du patient, une information que de nombreuses structures de gestion ont des difficultés à colliger. Seuls les cancers du côlon et du rectum n'ayant pas bénéficié de traitements néo-adjuvants ont été retenus pour cette classification. La description du stade du cancer ne porte que sur 53 des 99 départements contribuant au programme ayant au plus 30 % de données manquantes sur le stade du cancer.
- ▶ **Références** : Dossier thématique « Évaluation du programme de dépistage du cancer colorectal » [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr>
- ▶ **Organisme responsable de la production des indicateurs** : Santé publique France.

Cancer du col de l'utérus : incidence, mortalité et dépistage

Contexte

Le cancer du col de l'utérus touche chaque année environ 3 000 femmes et est responsable de 1 100 décès. Il est attribuable dans près de 100 % des cas à une infection par un papillomavirus humain (HPV), transmise sexuellement. Ce cancer est aujourd'hui largement évitable. Il existe deux moyens de prévention efficaces et complémentaires : la vaccination et le dépistage.

Le cancer du col de l'utérus représente en France, chez la femme, la 11^e cause de cancer et la 12^e cause de décès par cancer. Trois quarts des cas sont diagnostiqués chez des femmes de 25-64 ans et plus de la moitié des décès se produisent dans cette même tranche d'âge. Deux tiers (66 %) des femmes diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus survivent à leur cancer après 5 ans et six femmes sur dix (59 %) après 10 ans (1989-2010)¹.

Entre 1980 et 2012, les taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus n'ont cessé de diminuer. Ces diminutions sont attribuées principalement au dépistage par frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France. Ce dépistage, recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, qu'elles aient ou non été vaccinées, permet de détecter des lésions précancéreuses et de les traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer. Aujourd'hui en France, ce dépistage est avant tout spontané, c'est-à-dire réalisé à l'initiative du médecin ou de la femme. En 2010-2012, une expérimentation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été réalisée dans 13 départements. À l'issue de cette expérimentation, le Plan cancer 2014-2019 a inscrit dans ses actions l'accès pour chaque femme au dépistage du cancer du col de l'utérus via un programme national de dépistage organisé.

La vaccination anti-HPV est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans avec rattrapage pour celles de 15 à 19 ans non encore vaccinées. La couverture vaccinale anti-HPV en France est très insuffisante et en baisse depuis 2010. Le Plan cancer 2014-2019 prévoit des mesures pour améliorer ce taux de couverture vaccinale.

Indicateurs

► Incidence

Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est de 6,7 pour

100 000 personnes-années en 2012. Ce taux diminue depuis 1980 (-2,5 % par an en moyenne) avec un ralentissement de cette diminution depuis les années 2000. Le taux d'incidence par âge montre que le cancer du col de l'utérus survient chez des femmes jeunes (graphique 1) ; 75 % des cas sont diagnostiqués chez des femmes de 25 à 65 ans.

► Mortalité

Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale est de 1,8 pour 100 000 personnes-années en 2012. Ce taux diminue depuis 1980 (-3,2 % par an en moyenne), avec un ralentissement de cette diminution depuis les années 2000. 51 % des décès par cancer du col de l'utérus surviennent chez des femmes de 25 à 65 ans.

► Taux de couverture sur 3 ans du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin, c'est-à-dire de la proportion de femmes ayant réalisé un frottis dans les trois dernières années, est fondée sur les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie. Les taux de couverture glissants sur 3 ans diminuent au cours du temps, passant de 52,0 % pour la période 2007-2009 à 50,8 % pour la période 2012-2014. Ces tendances globales recouvrent des évolutions variables selon les tranches d'âge : les taux diminuent chez les femmes de moins de 45 ans et particulièrement chez celles de moins de 35 ans, restent relativement stables chez celles de 45 à 54 ans et tendent à augmenter chez celles de 55 à 65 ans. Les taux de couverture les plus élevés sont observés chez les femmes de 35 à 44 ans (56-57 % en 2012-2014). Après 50 ans, les taux de couverture chutent avec l'âge pour tomber à 39 % chez les femmes de 60 à 65 ans (graphique 2). À l'avenir,

le taux de couverture du dépistage sera calculé à partir des données exhaustives individuelles (DCIR) de l'assurance maladie.

L'expérimentation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus mise en place en 2010-2012 dans 13 départements incitait les femmes n'ayant pas réalisé spontanément de frottis au cours des 3 dernières années à se faire dépister. En tenant compte de l'ensemble des femmes ayant réalisé un dépistage, que ce soit sur invitation ou spontanément, le taux standardisé (France 2010) de couverture du dépistage sur 3 ans est de 62,3 %, après prise en compte des exclusions définitives au dépistage (hystérectomie totale). D'importantes disparités sont observées selon l'âge (graphique 3) et entre départements, allant de 41,6 % en Martinique à 72,5 % en Alsace. Le taux de couverture du dépistage spontané (c'est-à-dire hors incitation) est estimé à 51,4 %, avec également d'importantes disparités par département.

► Proportion de femmes de 25 à 65 ans déclarant avoir réalisé un frottis du col de l'utérus dans les 3 années précédentes.

Voir édition 2015 du rapport.

► Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 3 doses chez les jeunes filles de 15 ans révolus et les femmes de 19 ans révolus

Voir fiche « Couvertures vaccinales (hors grippe) ». ■

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

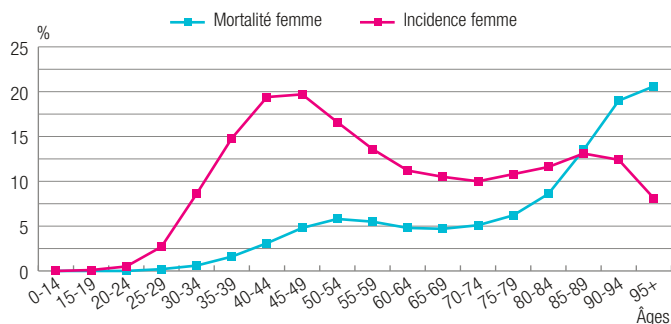
1. Survie nette standardisée : survie théorique où la seule cause de décès serait le cancer étudié ; standardisée sur la population mondiale.

○ Synthèse

Le cancer du col de l'utérus est un cancer évitable. Il existe deux moyens de prévention efficaces et complémentaires : la vaccination et le dépistage. L'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus diminuent depuis plus de 30 ans, avec cependant un ralentissement de ces baisses depuis les années 2000. La couverture du dépistage, estimée à 51 % en 2002-2014, semble diminuer au cours des années récentes et la couverture par le vaccin anti-HPV reste très insuffisante (<20 % pour un schéma complet). L'expérimentation du dépistage organisé a permis d'augmenter la participation au dépistage de 12 points de pourcentage dans les départements concernés. La généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et la mise en place d'actions visant à améliorer la couverture de la vaccination anti-HPV devraient diminuer l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus.

GRAPHIQUE 1

Taux d'incidence et de mortalité par cancer du col de l'utérus selon l'âge, en 2012

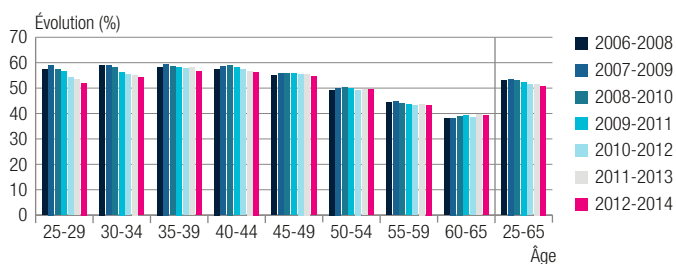


Champ • France métropolitaine, femmes tous âges.

Sources • Base commune des registres de cancer (Francim) ; certificats de décès (CépiDc) ; estimations localisées de population (jusqu'en 2008) et projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE) ; exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans selon l'âge pour les sept périodes glissantes de 3 ans, entre 2006 et 2014

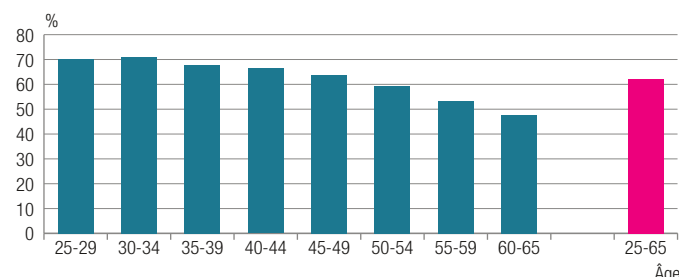


Champ • France entière (hors Mayotte) ; régime général (hors sections locales mutualistes) ; femmes âgées de 25 à 65 ans.

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

GRAPHIQUE 3

Taux* de couverture du dépistage sur 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans dans les 13 départements expérimentant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, sur la période 2010-2012



* Taux spécifiques selon l'âge et standardisés (France 2010) corrigés pour les exclusions définitives au dépistage pour raisons médicales (par exemple hystérectomie totale).

Champ • 13 départements de France métropolitaine, population de femmes âgées de 25 à 65 ans.

Source • Base de données de l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Santé publique France).

INDICATEUR • Taux standardisés d'incidence et taux de mortalité du cancer du col de l'utérus

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Sources** : Base commune des registres des cancers (Francim) ; certificats de décès (CépiDc) ; estimations localisées de population (jusqu'en 2008) et projections Omphales-scénario central (à partir de 2009) (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Les codes cancer retenus sont précisés page 11 dans les références ci-dessous. Nombre de nouveaux cas ou incidence : produit du rapport incidence/mortalité observé dans la zone registre par la mortalité France métropolitaine. Taux standardisés d'incidence et de mortalité : nombre estimé de nouveaux cas/décès de cancers du col de l'utérus pour 100 000 personnes-années. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Le principe pour obtenir l'incidence nationale repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport (moyen) incidence/mortalité de la France métropolitaine. ► **Référence** : Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa.

INDICATEUR • Taux de couverture sur 3 ans du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans (EGB)

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), régime général (hors sections locales mutualistes), femmes âgées de 25 à 65 ans. ► **Source** : SNIIRAM-EGB (CNAMTS). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours de la période (repérées à partir du remboursement des actes codés P55 et bio0013) pour 100 femmes de 25 à 65 ans présente, dans EGB. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Sur la période 2006-2014, les estimations portent sur les femmes assurées sociales à la CNAMTS (hors sections locales mutualistes). Ce régime couvre environ 76 % de la population générale ; les deux autres principaux régimes d'assurance maladie (Mutualité sociale agricole et régime social des indépendants) n'ont été intégrés à l'échantillon EGB qu'à partir de 2011. Les frottis réalisés lors d'une hospitalisation ou d'une consultation externe dans un service rattaché à un hôpital public ne sont pas pris en compte, ces informations n'étant pas disponibles dans l'EGB avant 2009. Biais connus : Il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle (faisant suite à un frottis de dépistage positif) mais ce biais n'a que peu d'influence sur le taux de couverture de dépistage, d'autant que les calculs ont exclu les frottis de début de chaque période de 3 ans pour lesquels un frottis antérieur datait de 5 mois ou moins. À l'avenir, le taux de couverture du dépistage sera calculé à partir des données exhaustives individuelles (DCIR) de l'assurance maladie.

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

INDICATEUR • Taux de couverture sur 3 ans du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans (données du dépistage)

► **Champ** : Toutes les femmes de 25 à 65 ans résidant dans les 13 départements expérimentant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus entre 2010 et 2012 : Bas-Rhin, Haut-Rhin, Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Isère, Maine-et-Loire, Martinique, La Réunion, Val-de-Marne. ► **Source** : Base de données de l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours de la période (quel que soit le mode, individuel ou suite à incitation) ; le dénominateur correspond à la population moyenne des femmes de 25-65 ans sur la période (issue des projections INSEE 2007-2042) corrigée des exclusions définitives au dépistage pour raisons médicales (en grande majorité pour hystérectomie totale) recueillies par les structures de gestion. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les femmes de 25 à 65 ans des 13 départements ne représentent que 13,4 % de la population des femmes de 25 à 65 ans de la France entière (hors Mayotte). ► **Référence** : Dupont N., Beltzer N., 2016, *Évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux : Expérimentation 2010-2014*, Saint-Maurice, Santé publique France.

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

Cancers cutanés

Contexte

Il existe différents types de cancers cutanés (CC) parmi lesquels les carcinomes (basocellulaires et épidermoïdes, ou spinocellulaires) et les mélanomes (MC). Ils sont tous fortement récidivants. Les MC sont les plus graves en raison de leur plus grande aptitude à métastaser, engageant le pronostic vital du patient.

Les CC ont de multiples facteurs de risque liés à l'environnement, aux modes et conditions de vie ou constitutifs des individus. Les principaux facteurs de risque connus sont : l'exposition au soleil ou aux ultraviolets (UV), le phototype, un nombre élevé de grains de beauté et les antécédents personnels ou familiaux de CC.

En Europe et pour d'autres pays développés, les CC sont les cancers les plus fréquents. Leur prise en charge ambulatoire et leur enregistrement complexe ne permettent pas de disposer en France de données nationales de surveillance de la localisation peau. Seuls les MC font l'objet d'une surveillance épidémiologique avec la production d'indicateurs nationaux ou départementaux à partir des données des registres généraux.

Chaque année depuis 1998, le ministère chargé de la Santé organise en mai une campagne nationale d'information sur les risques liés aux UV, et les dermatologues libéraux une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des CC.

Indicateurs

► Proportion de cancers cutanés diagnostiqués (tableau 1)

Pour les registres généraux des cancers (Doubs, Territoire de Belfort et Haut-Rhin) publiant à la fois les MC et les carcinomes, les CC sont les premiers cancers invasifs, devant la prostate et le poumon chez l'homme ou le sein chez la femme. Dans le Doubs, 29 % des cancers sont des CC (Woronoff, 2016) et 30 % dans le Haut-Rhin (registre des cancers du Haut-Rhin, 2015). Extrapolées à l'ensemble de la France, ces données font des CC la première cause de cancers en France.

TABLEAU 1

Nombre de cas incidents et de décès, et taux standardisés moyens annuels d'incidence et de mortalité des cancers cutanés, estimés en France métropolitaine et observés dans le Doubs, le Haut-Rhin et le Territoire de Belfort

Localisation géographique	Période d'étude	Mélanomes cutanés CIM-10= C43				Autres tumeurs malignes de la peau CIM-10= C44					
		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes			
		Effectif moyen annuel [IC95 %]	Taux moyen annuel standardisé* [IC95 %]	Effectif moyen annuel [IC95 %]	Taux moyen annuel standardisé* [IC95 %]	Effectif moyen annuel [IC95 %]	Taux moyen annuel standardisé* [IC95 %]	Effectif moyen annuel [IC95 %]	Taux moyen annuel standardisé* [IC95 %]		
Incidence											
France métropolitaine	2012	5 429 [3 968 - 6 889]	10,8 [nd]	5 747 [4 587 - 6 909]	11,0 [nd]			nd	nd	nd	nd
	1980	nd	2,5 [nd]	nd	4,0 [nd]						
Doubs	2008-2012	41 [nd]	9,9 [8,5-11,4]	46 [nd]	10,9 [9,4-12,6]	CB ¹	403 [nd]	88,4 [84,4-92,7]	437 [nd]	83,1 [79,2-87,2]	
						CE ²	147 [nd]	26,2 [24,2-28,4]	110 [nd]	13,5 [12,2-15,0]	
	1983-1987	9 ³ [nd]	3,3 [nd]	16 ³ [nd]	5,5 [nd]	CB ¹	93 ³ [nd]	33,8 [nd]	125 ³ [nd]	34,9 [nd]	
						CE ²	37 ³ [nd]	12,6 [nd]	22 ³ [nd]	4,3 [nd]	
Territoire de Belfort	2008-2012	13 [nd]	11,6 [8,8-15,1]	12 [nd]	12,4 [9,2-16,4]	CB ¹	146 [nd]	113,2 [104,6-122,3]	140 [nd]	92,0 [84,3-100,3]	
						CE ²	35 [nd]	22,4 [19,0-26,3]	24 [nd]	9,7 [7,7-12,4]	
Haut-Rhin	2009-2011	98 [nd] ⁴	17,8 [nd]	92 4 [nd]	16,3 [nd]	⁵	767 ⁴ [nd]	111,3 [nd]	709 ⁴ [nd]	86,6 [nd]	
Mortalité											
France métropolitaine	2012	954 [nd]	1,7 [nd]	718 [nd]	1 [nd]			nd	nd	nd	nd
	1980	299 [nd]	0,9 [nd]	323 [nd]	0,8 [nd]			nd	nd	nd	nd

IC : intervalle de confiance. nd : non disponible.

* Taux pour 100 000 personnes-années standardisé Monde (1960).

1. CB pour carcinome basocellulaire.

2. CE pour carcinome épidermoïde.

3. Les effectifs ont été communiqués directement par le registre.

4. Le cumul sur la période de trois années a été divisé par trois et arrondi à l'entier le plus proche.

5. Inclus les carcinomes basocellulaires, les carcinomes épidermoïdes mais également d'autres types de cancers cutanés (tumeurs des annexes cutanées, tumeurs de Merkel...).

Champ • France métropolitaine ; département du Doubs, du Haut-Rhin et Territoire de Belfort, hommes et femmes, tous âges.

Sources • France métropolitaine : base commune Francim des registres des cancers ; certificats de décès (CépiDc) ; exploitation partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa. Doubs, Haut-Rhin et Territoire de Belfort : registre général des cancers du Doubs et du Territoire de Belfort ; registre des cancers du Haut-Rhin.

INDICATEUR • Nombre moyen annuel de cas incidents et taux standardisés moyens annuels d'incidence des mélanomes cutanés en France métropolitaine

► **Champ** : Hommes et femmes, tous âges. ► **Sources** : Base commune Francim des registres des cancers : les cas incidents de mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux des cancers en France métropolitaine survenus entre le 1^{er} janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; certificats de décès (CépiDc) : décès survenus en France entre le 1^{er} janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; statistiques démographiques (INSEE) : estimations localisées de population jusqu'en 2008 puis projections Omphales (scénario central) de 2009 à 2012.

► **Mode de construction des indicateurs** : Mélanomes cutanés, codés selon la CIM-0-3 (topographie = C44 ; morphologie = de 8720 à 8780 ; comportement =/3, pour les tumeurs invasives, exclusivement) pour l'incidence et avec la CIM (de 1975 à 1978 : 172 en CIM-8 ; de 1979 à 1999 en CIM-9 : 172 ; et, de 2000 à 2009 en CIM-10 : C43) pour la mortalité. Nombre de cas incidents en France métropolitaine : il est issu du produit de la mortalité estimée en France métropolitaine par le rapport moyen incidence/mortalité observé dans la zone registre en intégrant une modélisation âge-cohorte-période. Nombre de décès en France métropolitaine : modélisation selon un modèle âge-cohorte-période du nombre de décès observés par cause de cancer. Taux standardisés moyens annuels d'incidence : 1/ Numérateur = le nombre de cas incidents estimés en France métropolitaine ; 2/ Dénominateur = cumul des personnes-années par classes d'âges et par sexe issues des estimations localisées de population de l'INSEE pour l'année 1980 et des projections Omphales (scénario central) pour l'année 2012. La somme des taux spécifiques pondérés par les poids de la population mondiale par classe d'âges quinquennale constitue le taux d'incidence. La projection pour l'incidence de l'année 2012 est basée sur les incidences des cohortes 1920, 1930 et 1940 pour les âges observés de 60 à 89 ans, 50 à 79 ans et 40 à 69 ans, respectivement. Au-delà des âges observés, une projection est réalisée sous l'hypothèse que l'incidence et la mortalité observées dans la zone registre sont identiques à celles des cohortes les plus jeunes (c'est-à-dire pour la cohorte 1950, le risque cumulé est estimé sur les données observées de 30 à 59 ans avec une projection pour les 60 ans et plus à partir des risques estimés pour les cohortes précédentes). ► **Limites d'interprétation** : L'incidence en France métropolitaine repose sur l'hypothèse que le rapport moyen incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport moyen incidence/mortalité de la France métropolitaine. Il est fait l'hypothèse forte que la survie dans la zone non couverte par les registres des cancers est identique à celle observée dans la zone couverte par les registres. Les effectifs et taux estimés ne peuvent être directement transposés à la France entière. ► **Biais connus** : L'incidence des mélanomes cutanés est potentiellement sous-estimée par un manque d'exhaustivité des cas enregistrés. En raison des pratiques de prises en charge, toutes les lésions suspectes ne sont pas retrouvées par les registres des cancers après un examen anatomopathologique (principale source de notification des cas pour les registres pour cette localisation de cancers) en raison de l'utilisation de méthodes ne préservant pas les tissus. La mortalité des mélanomes cutanés est potentiellement sous-estimée par un manque d'exhaustivité des décès enregistrés par mélanomes cutanés. Les sites de métastase ou les comorbidités pouvant être codés préférentiellement au site primitif de cancers. Il est documenté que les plus jeunes cohortes ont un comportement plus à risque vis-à-vis de l'exposition aux ultraviolets (exposition plus longue et plus intense aux ultraviolets naturels ou artificiels, méconnaissance des risques et des moyens de prévention primaire et diminution de la prévention secondaire avec une diminution de l'auto-examen) ce qui se traduirait par une sous-estimation du RC pour les cohortes 1940 et suivantes. Ainsi, la projection d'incidence 2012 est susceptible d'être sous-estimée. ► **Référence** : Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.S., Bossard N., 2013, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : France métropolitaine : partenariat FRANCIM-HCL-InVS-INCa ; Doubs et Territoire de Belfort : registre général des cancers du Doubs et du Territoire de Belfort ; Haut-Rhin : registre des cancers du Haut-Rhin.

INDICATEUR • Nombre moyen annuel de cas incidents et taux standardisés moyens annuels d'incidence des cancers cutanés dans les départements du Haut-Rhin, du Doubs et du Territoire de Belfort

► **Champ** : Doubs et Territoire de Belfort : hommes et femmes, tous âges. Haut-Rhin : hommes et femmes, tous âges ► **Sources** : Cas incidents en Haut-Rhin : les cas incidents enregistrés par le registre des cancers du Haut-Rhin survenus chez les personnes résidant entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011. Doubs et Territoire de Belfort : les cas incidents enregistrés par le registre général des cancers du Doubs et du Territoire de Belfort survenus chez les personnes résidant entre le 1^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 2012 pour le Doubs et entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2012 pour le Territoire de Belfort. Statistiques démographiques (INSEE) : estimations localisées de population jusqu'en 2008 puis projections Omphales (scénario central) de 2009 à 2011 pour le Haut-Rhin ou 2012 pour le Doubs, le Territoire de Belfort et en France métropolitaine. ► **Mode de construction des indicateurs** : Doubs et Territoire de Belfort : mélanomes cutanés, codés selon la CIM-0-3 (topographie = C44 ; morphologie = de 8720 à 8780), carcinomes basocellulaires (topographie = C44 ; morphologie = de 8090 à 8119), carcinomes épidermoïdes (topographie = C44 ; morphologie = 8051 et de 8070 à 8076), codés selon la CIM-0-3 (comportement =/3 pour les tumeurs invasives, exclusivement). Haut-Rhin : mélanomes cutanés (C43 en CIM-10) et autres tumeurs cutanées ; C44 en CIM-10 pour les tumeurs invasives, exclusivement (comportement =/3). Nombre de cas incidents dans le Doubs, le Haut-Rhin et le Territoire de Belfort. Taux d'incidence : le nombre de cas incidents observés est divisé par le nombre de personnes-années par classe d'âges quinquennale (issu de données INSEE) pour chaque année pour estimer un taux spécifique. La somme des taux spécifiques pondérés par les poids de la population mondiale par classe d'âges quinquennale constitue le taux d'incidence standardisé monde. ► **Limites d'interprétation** : Doubs, Haut-Rhin et Territoire de Belfort : les effectifs et proportions observées ne peuvent être directement transposés à la France métropolitaine et à la France entière. ► **Biais connus** : Doubs, Haut-Rhin et Territoire de Belfort : l'incidence des cancers cutanés est potentiellement sous-estimée par un manque d'exhaustivité des cas enregistrés. En raison des pratiques de prises en charge, toutes les lésions suspectes (en particulier les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes) ne font pas l'objet d'un examen anatomopathologique (principale source de notification des cas pour les registres pour cette localisation de cancers) en raison de l'emploi de méthodes ne préservant pas les tissus ou de traitement pharmacologique ne nécessitant pas d'exérèse.

► Références :

– Woronoff A.S., Fournier E., Champenois V. *et al.*, 2016, « Épidémiologie du cancer en Franche-Comté, Données observées par le registre des tumeurs dans le Doubs entre 1980 et 2012, dans le Territoire de Belfort entre 2007 et 2012 », Besançon, Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort [en ligne] : www.chu-besancon.fr/registretumeursdoub/Rapport_Epidemi_Cancer_20160108.pdf

– Registre des cancers du Haut-Rhin, Colmar : Registre des cancers du Haut-Rhin, chapitres et fascicules : données d'incidence par périodes triennales de 1988-1990 à 2009-2011 [en ligne] : www.arer68.org/_frameset/frameset-ns.htm

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : Doubs et Territoire de Belfort : registre général des cancers du Doubs et du Territoire de Belfort. Haut-Rhin : registre des cancers du Haut-Rhin.

INDICATEUR • Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés moyens annuels de mortalité des mélanomes cutanés en France métropolitaine

► **Champ** : France métropolitaine : hommes et femmes, tous âges. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc) : décès survenus en France métropolitaine entre le 1^{er} janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; statistiques démographiques (INSEE) : estimations localisées de population jusqu'en 2008 puis projections Omphales (scénario central) de 2009 à 2011 pour le Haut-Rhin ou 2012 pour le Doubs, le Territoire de Belfort et en France métropolitaine. ► **Mode de construction des indicateurs** : Mélanomes cutanés invasifs, codés selon les CIM : de 1975 à 1978 : 172 en CIM-8 ; de 1979 à 1999 en CIM-9 : 172 ; et, de 2000 à 2009 en CIM-10 : C43. Nombre de décès en France métropolitaine : modélisation selon un modèle âge-cohorte-période. Taux standardisés moyens annuels de mortalité : 1/ Numérateur = le nombre de décès estimés en France métropolitaine (cf. ci-dessus) est divisé par le nombre de personnes-années par classe d'âges quinquennale pour chaque année pour estimer un taux spécifique. La somme des taux spécifiques pondérés par les poids de la population mondiale par classe d'âges quinquennale constitue le taux de mortalité. 2/ Dénominateur = cumul des personnes-années par classes d'âges et par sexe issues des estimations localisées de population de l'INSEE pour l'année 1980 et des projections Omphales (scénario central) pour l'année 2012. La projection pour la mortalité de l'année 2012 est basée sur les taux de mortalité des cohortes 1920, 1930 et 1940 pour les âges observés de 60 à 89 ans, 50 à 79 ans et 40 à 69 ans, respectivement. Au-delà des âges observés, il fait une projection sous l'hypothèse que la mortalité estimée est identique pour les cohortes les plus jeunes (c'est-à-dire pour la cohorte 1950, le risque cumulé est estimé sur les données observées de 30 à 59 ans avec une projection pour les 60 ans et plus à partir des risques estimés pour les cohortes précédentes). ► **Limites d'interprétation** : Les effectifs et taux estimés ne peuvent être directement transposés à la France entière.

► **Biais connus** : La mortalité des mélanomes cutanés est potentiellement sous-estimée par un manque d'exhaustivité des décès enregistrés par mélanomes cutanés. Les sites de métastase ou les comorbidités pouvant être codés préférentiellement au site primitif de cancers. Ainsi, la projection d'incidence 2012 est susceptible d'être sous-estimée. ► **Références** : Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.S., Bossard N., 2013, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : Partenariat FRANCIM-HCL-InVS-INCa.

Cancers cutanés (suite)

Dans le Doubs (Woronoff, 2016), 7 % de l'ensemble des CC incidents et 2 % de l'ensemble des cancers toutes localisations (carcinomes épidermoïdes -CE- et basocellulaires CB- inclus) sont des MC, soit un taux standardisé sur l'âge (population monde) moyen annuel d'incidence de 9,9 pour 100 000 personnes-années (ppa) chez l'homme et de 10,9 chez la femme. Pour les CE (22 % des CC), les taux d'incidence sont 2 fois plus élevés chez l'homme que chez la femme (respectivement, 26,2 et 13,5 ppa). Les CB constituent la majorité des CC (71 % des CC) avec des taux de 88,4 ppa pour l'homme et 83,1 chez la femme. L'incidence de ces trois cancers (MC, CE et CB) augmente depuis 1983-1987 (premières années disponibles). Les tendances sont identiques dans le Haut-Rhin (registre des cancers du Haut-Rhin, 2016).

► Incidence des mélanomes cutanés invasifs en France métropolitaine : estimation et tendances du nombre de nouveaux cas (tableau 1)

En France métropolitaine, l'incidence des MC augmente entre 1980 et 2012 (Binder-Foucard, 2013) : +4,7 % chez l'homme et +3,2 % chez la femme par an en moyenne. En 2012, les taux standardisés d'incidence atteignent 10,8 ppa chez l'homme et 11,0 chez la femme. L'incidence des MC augmente avec l'âge pour les deux sexes avec des différences. L'augmentation est moindre chez la femme, à partir de 45 ans, alors qu'elle s'accélère chez l'homme à partir de 55 ans. Parmi les 20-49 ans, les MC constituent la 2^e cause de cancers (CE et CB exclus) chez l'homme et la 3^e chez la femme ; ils sont classés respectivement aux 9^e et 6^e rangs des cancers tous âges confondus.

Les MC sont de bon pronostic avec une survie brute (ou observée, c'est-à-dire, qui prend en compte l'ensemble des causes de décès) à 5 ans de 83 % et une survie nette (survie théorique où la seule cause décès serait le cancer

étudié) standardisée à 5 ans de 92 % parmi les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 (Cowppli-Bony, 2016).

Enfin, la mortalité des cas atteints de MC en France métropolitaine (Binder-Foucard, 2013) augmente entre 1980 et 2012 plus faiblement que l'incidence. La mortalité connaît un net ralentissement depuis le début des années 2000, autant chez l'homme que la femme.

► Proportion et répartition des mélanomes cutanés selon les formes anatomocliniques (graphique 1)

Les MC sont plus fréquents au niveau du tronc chez l'homme (43 % des MC) et des membres inférieurs (MI) chez la femme (39 % des MC) dans les registres généraux des cancers.

On distingue communément quatre principaux types de MC selon le type histologique :

- superficiel extensif (dénommé SSM), principale forme histologique de MC (63 % des MC) ; il est ubiquitaire et retrouvé essentiellement au niveau du tronc chez l'homme et des MI chez la femme ;
- Dubreuilh (9 % des MC) qui est observé au niveau de la tête et du cou (TEC) chez l'homme et la femme ;
- nodulaire (10 % des MC), retrouvé surtout chez l'homme au niveau du tronc et de la TEC, et chez la femme au niveau des membres ;
- acral lentigineux (2 % des MC) retrouvé surtout au niveau des MI chez l'homme et la femme.

Les données du Baromètre cancer 2010 mettent en évidence, parmi les personnes interrogées, que :

- 35 % relatent examiner leur peau à la recherche d'anomalies ;
- 13 % déclarent avoir fait au moins une séance d'UV artificiels au cours de leur vie (dont 3,5 % de moins de 18 ans) et 3,5 % au cours des 12 mois précédant l'enquête ;
- des fausses croyances concernant l'exposition aux UV persistent du fait des affirmations suivantes :

– 40 % disent que les coups de soleil bien soignés de l'enfance sont sans conséquence à l'âge adulte ;

– 24 % répondent que faire des UV avant les vacances permet de préparer sa peau pour se protéger ;

– les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil pour 21 % d'entre eux ;

– 9 % disent que mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée ;

– 8 % indiquent que le soleil ne fait pas vieillir prématurément la peau. ■

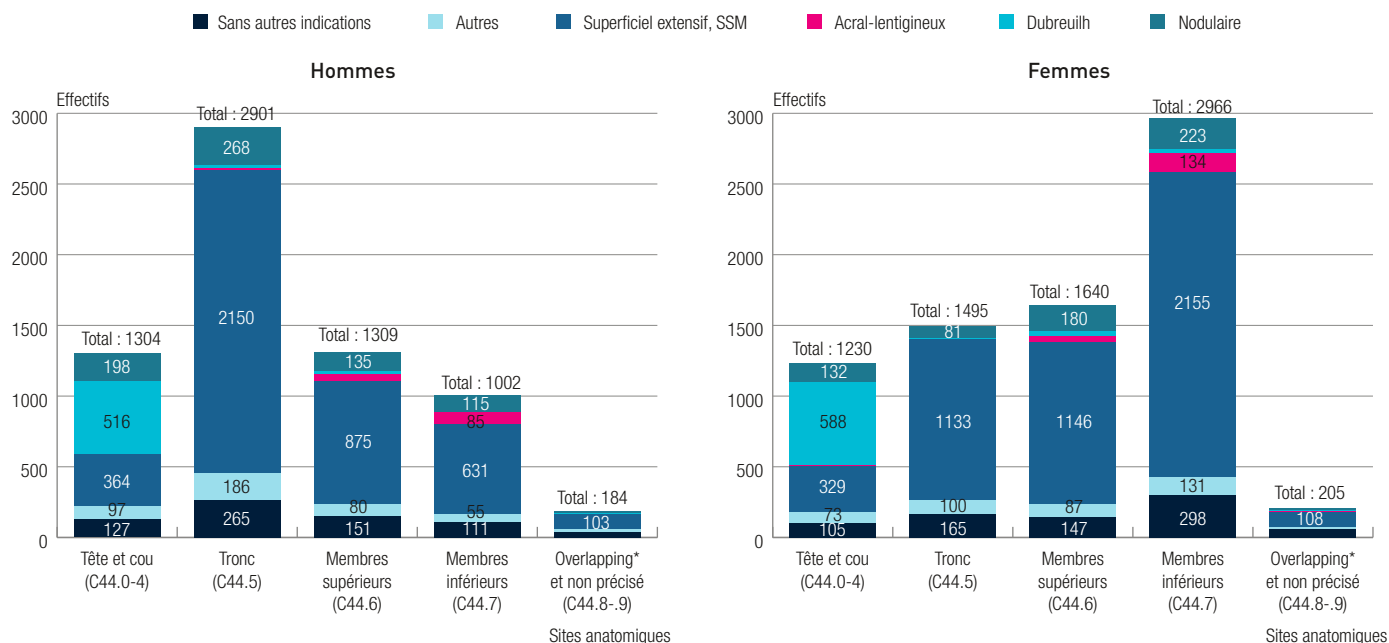
►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Santé publique France

🕒 Synthèse

Les cancers cutanés (CC) constituent la première cause de cancers dans les départements les surveillant et parmi les adultes jeunes (20-49 ans), comme dans d'autres pays d'Europe. L'incidence des mélanomes cutanés, cancers cutanés les plus graves en raison du risque de métastase, augmente depuis ces 30 dernières années. Ils constituent l'un des trois premiers cancers incidents des jeunes adultes. Malgré les mesures de prévention primaire et secondaire mises en place, la population continue de s'exposer dangereusement au principal facteur de risque que sont les UV (cancérogènes sans seuil en deçà duquel il n'y a pas de risque). Sans une perception objective de la dangerosité des UV par la population et du caractère non bénéfique du bronzage (réaction de défense consécutive des lésions des UV au niveau cellulaire et de l'ADN), la progression des CC ne peut que continuer à s'aggraver.

GRAPHIQUE 1

Répartition des mélanomes cutanés invasifs en fonction du site anatomique et du type histologique dans les registres généraux des cancers en France métropolitaine, 2009-2011



* À cheval sur 2 zones.

Note • Seuls les effectifs supérieurs à 50 sont précisés sur les figures.**Champ** • Hommes et femmes, tous âges ; entre 2009 et 2011.**Sources** • Les cas incidents de mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux des cancers en France métropolitaine : Calvados (14), Charente (16), Charente-Maritime (25), Doubs (25), Gironde (33), Hérault (34), Isère (38), Loire-Atlantique (44), Manche (50), Lille et son agglomération, Bas-Rhin (67), Haut-Rhin (68), Deux-Sèvres (79), Somme (80), Tarn (81), Vendée (85), Vienne (86) et Haute-Vienne (87).**INDICATEUR • Effectif de cas incidents de mélanomes cutanés**

► **Champ** : Hommes et femmes, tous âges ; entre 2009 et 2011. ► **Sources** : Les cas incidents de mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux des cancers en France métropolitaine : Calvados (14), Charente (16), Charente-Maritime (25), Doubs (25), Gironde (33), Hérault (34), Isère (38), Loire-Atlantique (44), Manche (50), Lille et son agglomération, Bas-Rhin (67), Haut-Rhin (68), Deux-Sèvres (79), Somme (80), Tarn (81), Vendée (85), Vienne (86) et Haute-Vienne (87). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Effectif des mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux des cancers en France métropolitaine survenus entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011, codés selon la Cim-0-3 (topographie = C44 ; morphologie = de 8720 à 8780 ; comportement =/3, pour les tumeurs invasives, exclusivement) selon le site anatomique (C44.0 à C44.4, tête et cou ; C44.5, tronc ; C44.6, membres supérieurs ; C44.7, membres inférieurs ; et C44.8 à C44.9, à cheval sur 2 sites – overlapping – et non précisé) et les principales formes histologiques (8743, superficiel extensif ou SSM ; 8744, acral-lentigineux ; 8741 et 8742, Dubreuilh ; 8721, nodulaire ; 8720, sans autres indications et 8722, 8723, 8730, 8740, 8745, 8746, 8761, 8770, 8771, 8772, 8780, autres). ► **Limites d'interprétation** : Les effectifs et proportions observés ne peuvent être directement transposés à la France métropolitaine, et encore moins à la France entière. ► **Biais connus** : Le dénombrement des mélanomes cutanés est potentiellement sous-estimé par un manque d'exhaustivité des cas enregistrés par les registres généraux des cancers, du fait d'une prise en charge d'un mélanome quasi-exclusivement ambulatoire. Toutes les lésions suspectes ne font pas l'objet d'un examen anatomopathologique au sein du réseau des anatomopathologistes de chacun des registres. Or, les comptes rendus d'examen anatomopathologique constituent la principale source des registres pour ces cancers.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur** : Recueil des cas de cancers : les registres généraux des cancers de Calvados (14), Charente (16), Charente-Maritime (25), Doubs (25), Gironde (33), Hérault (34), Isère (38), Loire-Atlantique (44), Manche (50), Lille et son agglomération, Bas-Rhin (67), Haut-Rhin (68), Deux-Sèvres (79), Somme (80), Tarn (81), Vendée (85), Vienne (86) et Haute-Vienne (87) ; centralisation des cas et data-management de la base Francim : Hospices civils de Lyon et Santé publique France ; analyse Santé publique France.

Références bibliographiques

- Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A.S., Bossard N., 2013, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- Cowpli-Bony A., Uhry Z., Remontet L., Guizard A.V., Voirin N., Monnerieu A., Bouvier A.M., Colonna M., Bossard N., Woronoff A.S., Grosclaude P., 2016, *Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2013. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 – Tumeurs solides*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- Léon C., Benmarhnia T., Tordjman I. et al., 2011, « L'exposition aux ultraviolets artificiels en France », in Beck F, Gautier A. (dir.), *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, p. 71-99.
- Perretti-Watel P., Beck F., 2011, « Soleil et cancer : connaissances, croyances et pratiques de protection », in Beck F, Gautier A. (dir.), *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis, INPES, p. 169-182.
- Registre des cancers du Haut-Rhin, Colmar : Registre des cancers du Haut-Rhin, chapitres et fascicules : données d'incidence par périodes triennales de 1988-1990 à 2009-2011 [en ligne] : www.arer68.org/_frameset/frameset-ns.htm
- Registre des cancers du Haut-Rhin, 2015, InfoRegistres, *La lettre des registres épidémiologiques du Haut-Rhin. Incidence 2009-2010-2011*, n° 14, p. 8.
- Woronoff A.S., Fournier E., Champenois V., et al., 2016, « Épidémiologie du cancer en Franche-Comté, Données observées par le Registre des tumeurs dans le Doubs entre 1980 et 2012, dans le Territoire de Belfort entre 2007 et 2012 », Besançon, *Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort* [en ligne] : www.chu-besancon.fr/registretumeursdoubbs/Rapport_Epidemio_Cancer_20160108.pdf

Maladies cardio-vasculaires et respiratoires

Cardiopathies ischémiques	242
Accidents vasculaires cérébraux	246
Insuffisance cardiaque	250
Maladie veineuse thromboembolique	254
Hypertension artérielle	258
Hypercholestérolémie	260
Asthme	262
Bronchopneumopathie chronique obstructive	266

Cardiopathies ischémiques

Contexte

Les cardiopathies ischémiques (CPI) recouvrent un ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque causée par le développement et les complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). Cliniquement, ces lésions se traduisent par différents syndromes, de l'angor stable au syndrome coronaire aigu (SCA), dont l'infarctus du myocarde (IDM). Les principaux facteurs de risque des CPI sont l'âge, le sexe, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, l'hypertension, le stress et la sédentarité. En dépit de la diminution importante de la mortalité observée depuis les années 1980, les CPI restent une cause majeure de mortalité et de morbidité dans le monde et constituent, selon le Global Burden of Disease, la première cause d'années de vie perdues en France en 2013. En France, elles représentent la deuxième cause de décès chez les hommes et les femmes. Un programme pilote (2008-2013), conduit par la Haute Autorité de santé (HAS) a visé à réduire la mortalité et les complications de l'IDM en améliorant sa prise en charge, notamment dans les premières étapes du parcours de soins.

L'IDM, ou nécrose myocardique, constitue la forme la plus grave des CPI et est associé à une probabilité de décès plus élevée. La létalité hospitalière suivant un IDM a été estimée à 7,2 % en 2013. Celle-ci est 2 fois plus élevée chez les femmes (10,8 %) que chez les hommes (5,6 %). Cet écart s'explique essentiellement chez les femmes par un âge plus avancé à la survenue de l'IDM (en moyenne de 10 ans plus élevé) et la présence de plus de comorbidités. En effet, il existe un risque accru d'hémorragies chez les femmes par rapport aux hommes, lié aux techniques invasives de prise en charge de l'IDM, qu'elles soient diagnostiques (coronarographie) ou thérapeutiques (angioplastie, thrombolyse...).

Indicateurs

► Patients hospitalisés pour CPI

En 2014, 221 108 patients domiciliés en France ont été hospitalisés pour CPI, 119 015 pour SCA et 62 251 pour IDM (tableau 1). Près de 70 % des patients sont des hommes. La part de patients âgés de moins de 65 ans est plus importante chez les hommes que chez les femmes

(43,1 % *versus* 27,0 % respectivement pour les CPI et 50,9 % *versus* 24,4 % pour l'IDM).

Les taux standardisés sont de 350,5/100 000 pour les CPI, 186,1/100 000 pour les SCA et 96,6 pour 100 000 habitants pour les IDM. Les taux sont près de 4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes pour les CPI (558,6 *versus* 175,8/100 000) comme pour l'IDM (148,9 *versus* 51,6/100 000).

L'analyse de l'évolution entre 2002 et 2014 des taux standardisés de patients hospitalisés pour CPI, SCA et IDM met en évidence une diminution respective de 13 %, 20 % et 17 %, tous âges et sexes confondus. Parmi les patients de moins de 65 ans, l'évolution est beaucoup plus faible chez les femmes que chez les hommes (- 4,8 % *versus* - 15,6 % pour CPI) (graphique 1). Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, une évolution plus faible de l'incidence hospitalière des CPI est observée chez les hommes (- 9,7 % par rapport aux femmes (- 22,1 %).

L'évolution du taux de patients hospitalisés pour CPI ne reflète pas celle du taux de patients hospitalisés pour IDM, notamment parmi les personnes âgées de moins de 65 ans. Entre 2002 et 2014, on observe une augmentation de 26 % du taux d'IDM chez les femmes âgées de moins de 65 ans et une stabilisation du taux d'IDM chez les hommes du même âge (- 1,4 %).

Les tendances moins favorables observées chez les femmes de moins de 65 ans pourraient s'expliquer par une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque tels que le tabac, le diabète et l'obésité. Par ailleurs, il n'est pas exclu qu'une amélioration de la prise en charge d'urgence ait favorisé une diminution de la létalité pré-hospitalière et une augmentation mécanique du taux de personnes hospitalisées. Les progrès enregistrés par les méthodes de diagnostic, avec désormais la détection de très faibles niveaux de nécroses myocardiques permise par la généralisation de l'utilisation des troponines ultrasensibles depuis 2007-2008, ont également pu contribuer aux évolutions défavorables du taux d'hospitalisation. Une partie de l'augmentation des taux d'IDM hospitalisés serait ainsi liée à une augmentation du nombre des cas les moins sévères. Cependant, on observe également une augmentation des infarctus les plus sévères (infarctus transmuraux). La sévérité des cas hospitalisés reste difficile à évaluer à travers les bases médico-administratives.

La Corse présente le taux de CPI le plus élevé (485,0/100 000), suivie des régions Provence - Alpes - Côte d'Azur (417,8/100 000) et Grand Est (410,9/100 000) (carte 1). À l'inverse, la Bretagne (272,2/100 000), la Guadeloupe (187,6/100 000) et la Martinique (151,8/100 000) affichent les taux les plus faibles. Ces disparités régionales reflètent probablement des disparités de prévalence des principaux facteurs de risque artériels comme le tabagisme, le diabète, l'obésité, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle ou la sédentarité.

Le taux de patients hospitalisés augmente également avec le niveau de désavantage social (FDep). L'écart entre le quintile de population résidant dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement (Q5) et le quintile de population résidant dans les communes les moins défavorisées (Q1) est plus important chez les moins de 65 ans (ratio Q5/Q1 de 1,5) que chez les 65 ans et plus (ratio Q5/Q1 de 1,2) (graphique 2). D'une façon générale, les disparités des taux de patients hospitalisés selon l'indice de désavantage social pourraient s'expliquer par une prévalence plus élevée des facteurs de risque cardio-vasculaires parmi les populations les plus défavorisées socio-économiquement et par un moindre recours aux soins pour leur prise en charge.

► Mortalité par CPI

En 2013, le nombre de décès par CPI s'élève à 33 923 dont une majorité d'hommes (19 716 décès, soit 58 %) (tableau 2). Les IDM représentent 45 % de ces décès et l'ensemble des SCA 51,4 %. Parmi les décès par CPI, 13,2 % surviennent avant 65 ans (18,8 % chez les hommes contre seulement 5,5 % chez les femmes). La part de décès par IDM avant 65 ans est plus importante, avec un écart notable entre les hommes (28,0 %) et les femmes (8,4 %).

Les taux bruts de mortalité par CPI, SCA et IDM sont 1,5 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (62,0 *versus* 41,9 pour 100 000 pour les CPI). Chez les moins de 65 ans, le ratio hommes/femmes atteint 5. Cette différence de mortalité par CPI, SCA ou IDM entre les sexes s'accroît après standardisation sur l'âge avec un ratio hommes/femmes de 2,3 quel que soit le type de CPI.

Selon les données 2011 de la base HFA-DB de l'OMS ainsi que celles d'Eurostat regroupant

TABLEAU 1
Nombre et taux* de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge, en 2014

	Cardiopathie ischémique			Syndrome coronaire aigu			Infarctus du myocarde		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	111	34	145	69	23	92	40	12	52
25-44 ans	6 460	1 644	8 104	4 652	1 096	5 748	3 097	615	3 712
45-64 ans	61 143	15 542	76 685	32 774	8 440	41 214	18 494	4 183	22 677
65-84 ans	79 043	34 148	113 191	36 424	18 773	55 197	17 036	9 070	26 106
85 ans et plus	10 481	12 502	22 983	7 119	9 645	16 764	3 847	5 857	9 704
Total tous âges	157 238	63 870	221 108	81 038	37 977	119 015	42 514	19 737	62 251
Taux brut*									
Moins de 25 ans	1,1	0,4	0,7	0,7	0,2	0,5	0,4	0,1	0,3
25-44 ans	78,3	19,5	48,5	56,4	13,0	34,4	37,5	7,3	22,2
45-64 ans	728,4	175,8	444,9	390,4	95,5	239,1	220,3	47,3	131,6
65-84 ans	1 752,6	610,1	1 119,9	807,6	335,4	546,1	377,7	162,0	258,3
85 ans et plus	1 769,7	940,4	1 196,0	1 202,0	725,5	872,4	649,6	440,6	505,0
Total tous âges	491,7	187,7	335,0	253,4	111,6	180,3	132,9	58,0	94,3
Taux standardisé**	558,6	175,8	350,5	286,6	101,4	186,1	148,9	51,6	96,6

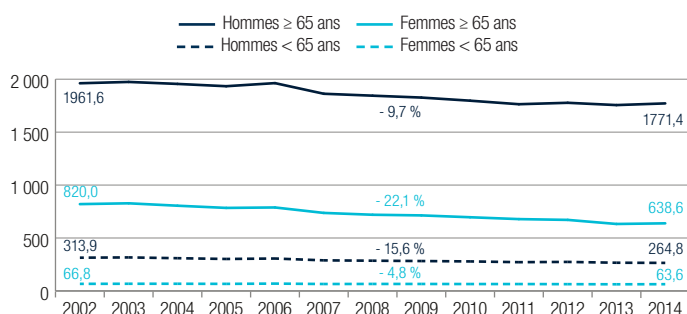
* Taux pour 100 000 habitants.

** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte), population tous âges.

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1
Évolution du taux standardisé* de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique selon le sexe et la classe d'âges, de 2002 à 2014

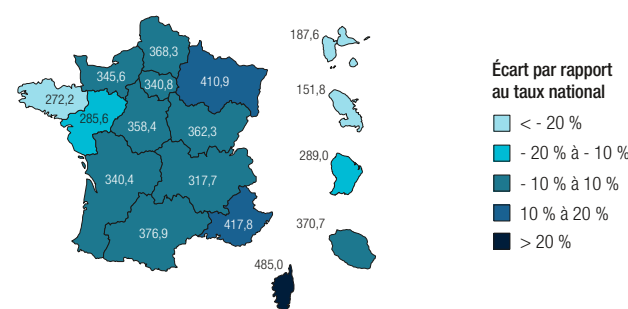


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 1
Taux standardisés* régionaux de patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique, en 2014

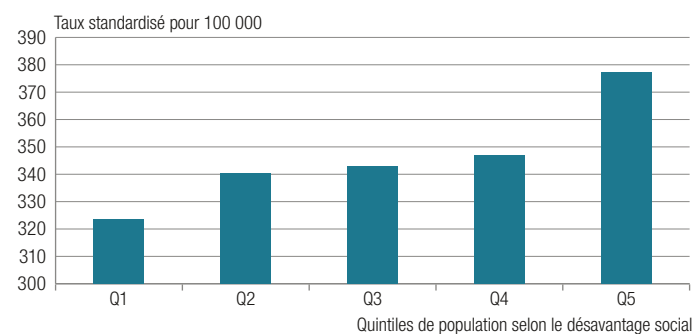


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 2
Taux standardisé* de patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France entière.

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Cardiopathies ischémiques (suite)

les années 2008 à 2010, la France enregistre le taux de mortalité par CPI le plus bas parmi les 27 pays de l'Union européenne, suivie du Portugal, des Pays-Bas et de l'Espagne.

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par CPI diminue de façon similaire chez les hommes (- 43,8 %) et les femmes (- 49,3 %) ainsi que chez les plus âgés (- 46,5 %). Parmi les moins de 65 ans (graphique 3), le taux diminue de manière plus importante chez les hommes que chez les femmes (- 41,7 % *versus* - 25,6 % pour les CPI et - 46,8 % *versus* - 35,8 % pour l'IDM). La tendance à la diminution de la mortalité se poursuit et résulte de l'amélioration de la prévention primaire et d'une meilleure prise en charge médicale et thérapeutique.

L'analyse des taux standardisés régionaux souligne la persistance de disparités importantes de mortalité par CPI (carte 2). En France métropolitaine, les régions Bretagne, Normandie et Hauts-de-France présentent les taux de mortalité par CPI les plus élevés, dépassant de plus de 10 % le taux national. La Réunion présente le taux le plus élevé (69,0/100 000). À l'opposé, les régions Île-de-France, Provence - Alpes - Côte - d'Azur et les autres DROM affichent des taux inférieurs

de plus de 10 % au taux national. Ces écarts de mortalité par CPI selon la région de domicile ne coïncident pas complètement avec les disparités régionales d'hospitalisation pour CPI décrites précédemment, des inégalités d'offres et d'accès aux soins contribuant probablement à expliquer une part supplémentaire de ces disparités.

L'analyse de la mortalité par CPI selon un indice écologique de désavantage social (FDep) met en évidence une augmentation des taux standardisés de mortalité lorsque le désavantage social de la commune de résidence augmente (graphique 4). Le taux standardisé de mortalité est 1,5 fois plus élevé dans le quintile de population résidant dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement (Q5) que dans le quintile de population résidant dans les communes les moins défavorisées (Q1). L'écart des taux de mortalité entre les quintiles extrêmes est plus important chez les moins de 65 ans (ratio Q5/Q1 de 2,2) que chez les 65 ans et plus (ratio Q5/Q1 de 1,4). Ces différences de mortalité selon le niveau de désavantage social sont en partie liées aux inégalités sociales décrites précédemment, en termes de patients hospitalisés, et à un moindre suivi des traitements et des

recommandations hygiéno-diététiques chez les sujets les plus défavorisés. Chez les sujets âgés, la prise en charge dans des structures spécialisées tendrait à atténuer l'effet des disparités socio-économiques sur la mortalité.

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

🔄 Synthèse

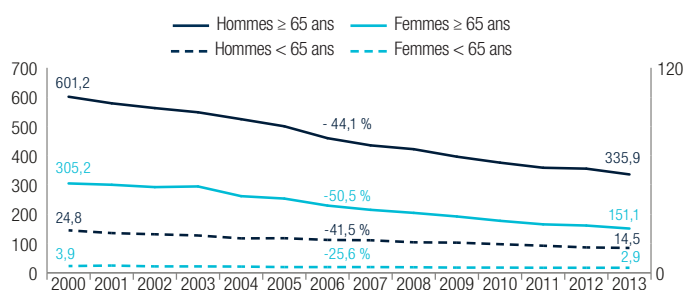
La mortalité par CPI continue de diminuer fortement, avec toutefois un ralentissement sensible parmi les femmes âgées de moins de 65 ans. L'amélioration de la prévention primaire et secondaire et de la prise en charge des patients lors de la phase aiguë contribuent largement à cette diminution qui s'inscrit dans une tendance à la baisse plus ancienne. L'évolution est moins marquée pour les patients hospitalisés, dont le taux n'a diminué que de 12 % en 12 ans, et de seulement 5 % parmi les femmes âgées de moins de 65 ans. Les régions du Nord, du Nord-Ouest et de La Réunion sont les plus impactées par les CPI, tant en termes de mortalité que de patients hospitalisés. Les taux de patients hospitalisés et de mortalité augmentent avec le niveau de désavantage social, et ce de façon plus importante parmi les personnes âgées de moins de 65 ans.

TABLEAU 2
Nombre de décès et taux* de mortalité par cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge, en 2013

	Cardiopathie ischémique			Syndrome coronaire aigu			Infarctus du myocarde		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès									
Moins de 25 ans	3	1	4	2	0	2	2	0	2
25-44 ans	311	85	396	258	70	328	238	66	304
45-64 ans	3394	690	4084	2463	509	2972	2257	466	2723
65-84 ans	9346	4225	13571	4727	2502	7229	4190	2203	6393
85 ans et plus	6662	9206	15868	2662	4262	6924	2237	3572	5809
Total tous âges	19716	14207	33923	10112	7343	17455	8924	6307	15231
Taux brut de décès									
Moins de 25 ans	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-44 ans	3,8	1,0	2,4	3,1	0,8	2,0	2,9	0,8	1,8
45-64 ans	40,5	7,8	23,7	29,4	5,8	17,3	26,9	5,3	15,8
65-84 ans	214,1	77,3	138,0	108,3	45,8	73,5	96,0	40,3	65,0
85 ans et plus	1176,4	715,0	856,0	470,1	331,0	373,5	395,0	277,4	313,4
Total tous âges	62,0	41,9	51,6	31,8	21,7	26,6	28,0	18,6	23,2
Taux standardisés**	77,2	31,8	50,4	38,6	17,0	26,3	33,9	14,7	23,0

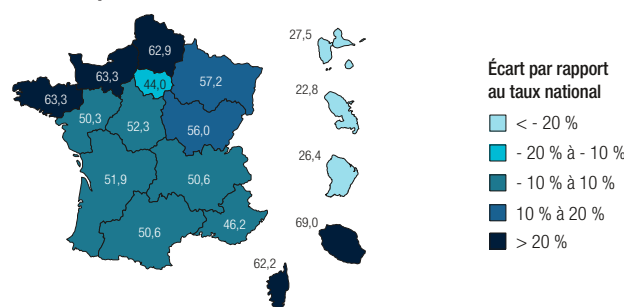
* Taux pour 100 000 habitants.
 ** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte), population tous âges.
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 3
Évolution du taux standardisé* de mortalité par cardiopathie ischémique selon le sexe et la classe d'âges, de 2000 à 2013



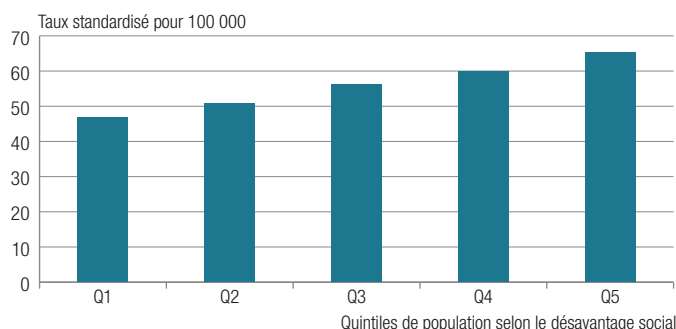
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 2
Taux standardisés* régionaux de mortalité par cardiopathie ischémique, en 2011-2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 4
Taux standardisé* de mortalité par cardiopathie ischémique en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Note • Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.
Champ • France entière.
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Nombres, taux bruts et standardisés de patients hospitalisés pour CPI

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population tous âges. ► **Sources** : PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Ont été retenus les patients admis en hospitalisation complète avec un diagnostic principal codé (CIM-10) en I20 à I25 pour les cardiopathies ischémiques ; I20.0 et I21 à I24 pour les syndromes coronaires aigus ; et les codes I21 à I23 pour l'infarctus du myocarde. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Ces chiffres ne permettent pas de différencier les premiers événements des récidives, seule l'incidence annuelle est calculée ici. Les inégalités sociales d'hospitalisation pour CPI ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer). ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Nombres, taux bruts et standardisés de décès par CPI

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population tous âges. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 de I20 à I25 pour les cardiopathies ischémiques ; I20.0, I21 à I24 pour les syndromes coronaires aigus ; et les codes I21 à I23 pour l'infarctus du myocarde. Pour les analyses régionales, les années 2011 à 2013 ont été regroupées afin d'éviter les fluctuations d'effectifs. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès, en particulier en cas de mort subite coronaire (Ducimetière, 2006). Les inégalités sociales de mortalité par CPI ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer). ► **Référence** : Ducimetière P., Jouglu E., Haas B., Montaye M., Ruidavets J.-B., Amouyel P., Arveiler D., Ferrières J., Bingham A., 2006, « Mortalité coronaire en France selon les sources d'information », *Revue épidémiologique de santé publique*, 54, p. 453-461. ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

Accidents vasculaires cérébraux

Contexte

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des pathologies graves, handicapantes et fréquentes, recouvrant un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. On distingue les AVC hémorragiques, dus à une rupture d'un vaisseau sanguin, et les AVC ischémiques, consécutifs à l'obstruction d'une artère cérébrale. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des accidents vasculaires d'origine ischémique caractérisés par la régression précoce et complète des déficits neurologiques, ainsi que par l'absence d'image d'infarctus cérébral. En France, en 2013, les AVC représentent la troisième cause d'années de vie perdues (selon le Global Burden of Disease), la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes), la première cause de handicap moteur non traumatique et la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer. Les principaux facteurs de risque d'AVC sont l'âge, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, les troubles du

rythme, l'obésité et les antécédents personnels et familiaux de maladies cardio-vasculaires.

La prise en charge des AVC a largement évolué en France depuis le début des années 2000 avec, notamment, la mise en place et le déploiement d'unités neuro-vasculaires. Les évolutions les plus récentes impulsées par le plan d'actions national AVC 2010-2014 ont permis des avancées notables de la prévention, de la prise en charge et de l'organisation de la filière de soins.

Indicateurs

► Patients hospitalisés pour AVC

En 2014, 163 251 patients ont eu au moins une hospitalisation complète pour une maladie cérébro-vasculaire (MCV), 110 438 pour AVC, 32 632 pour AIT (tableau 1). En 2014, les AVC sont d'origine ischémique dans 71 % des cas, hémorragique pour 25 % et indéterminée pour 4 % des cas. Le nombre de patients hospitalisés pour un AVC est équivalent chez les hommes et les femmes pour les AVC ischémiques et hémorragiques.

Le taux brut de patients hospitalisés pour AVC est de 167,3/100 000 personnes en 2014.

Il augmente avec l'âge, atteignant 1 562,5/100 000 personnes de 85 ans et plus. Ce taux est supérieur chez les hommes dans toutes les classes d'âges au-delà de 25 ans.

Après prise en compte de l'âge, le taux est de 167,9/100 000 pour l'AVC globalement (119,5/100 000 pour les AVC ischémiques et 42,1/100 000 pour les AVC hémorragiques). Le taux est 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, quel que soit le type d'AVC. D'après les données européennes de l'Hospital Morbidity Database (HMDB, OMS-Europe), la France est en 7^e position des taux d'hospitalisation pour MCV les plus bas après Chypre, Malte, le Luxembourg, l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Les taux les plus élevés sont observés en Hongrie, Lituanie, Lettonie et Roumanie.

Entre 2002 et 2014, une légère diminution des taux standardisés de patients hospitalisés pour AVC est observée chez les hommes (- 2,4 %) et chez les femmes (- 2,2 %). Cette relative stabilité est la résultante d'une baisse du taux de patients hospitalisés chez les plus de 65 ans (- 8,5 % chez les hommes et - 7,1 % chez les femmes) et d'une hausse de ce même taux chez les moins de 65 ans (+ 19,9 % chez les hommes

TABLEAU 1
Nombre et taux de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (par type et total), accident ischémique transitoire et maladie cérébro-vasculaire, selon le sexe et l'âge, en 2014

	AVC ischémiques			AVC hémorragiques			Total AVC			AIT			Maladie cérébro-vasculaire		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés															
Moins de 25 ans	164	181	345	300	188	488	494	388	882	116	117	233	695	613	1308
25-44 ans	1585	1276	2861	934	839	1773	2567	2193	4760	1096	1116	2212	4063	4011	8074
45-64 ans	10502	4670	15172	3685	2696	6381	14594	7593	22187	4306	3003	7309	22405	13006	35411
65-84 ans	20777	17385	38162	6806	5774	12580	28490	24093	52583	7423	7687	15110	43611	35519	79130
85 ans et plus	6950	15143	22093	2362	3942	6304	9799	20227	30026	2461	5307	7768	13078	26250	39328
Total tous âges	39978	38655	78633	14087	13439	27526	55944	54494	110438	15402	17230	32632	83852	79399	163251
Taux brut*															
Moins de 25 ans	1,6	1,9	1,7	2,9	1,9	2,4	4,8	4,0	4,4	1,1	1,2	1,2	6,8	6,3	6,5
25-44 ans	19,2	15,1	17,1	11,3	9,9	10,6	31,1	26,0	28,5	13,3	13,2	13,2	49,3	47,5	48,4
45-64 ans	125,1	52,8	88,0	43,9	30,5	37,0	173,9	85,9	128,7	51,3	34,0	42,4	266,9	147,1	205,4
65-84 ans	460,7	310,6	377,6	150,9	103,2	124,5	631,7	430,5	520,3	164,6	137,3	149,5	967,0	634,6	782,9
85 ans et plus	1173,5	1139,1	1149,7	398,8	296,5	328,1	1654,5	1521,5	1562,5	415,5	399,2	404,2	2208,2	1974,6	2046,6
Total tous âges	125,0	113,6	119,1	44,1	39,5	41,7	174,9	160,2	167,3	48,2	50,6	49,4	262,2	233,3	247,3
Taux standardisés**	146,9	96,3	119,5	51,3	35,1	42,1	205,2	137,1	167,9	56,0	44,7	49,9	306,7	204,0	250,2

AIT : accidents ischémiques transitoires.

* Taux pour 100 000 personnes.

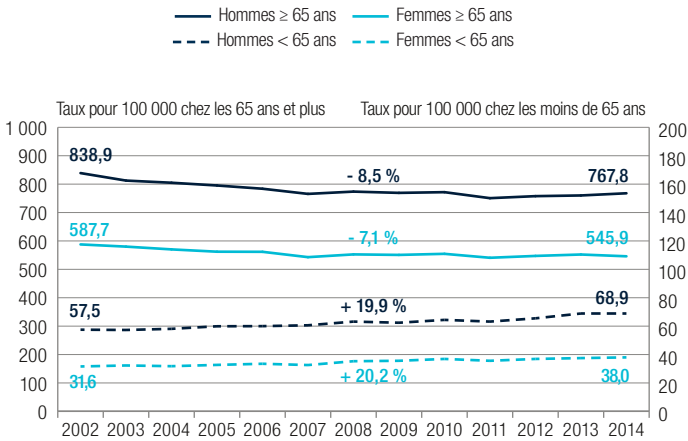
** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • PMSI (ATH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1

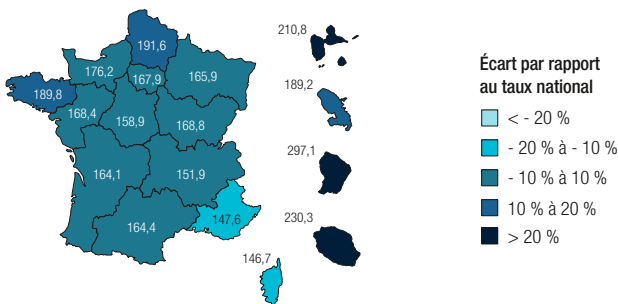
Évolution du taux standardisé* de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral, selon le sexe et la classe d'âges, de 2002 à 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

CARTE 1

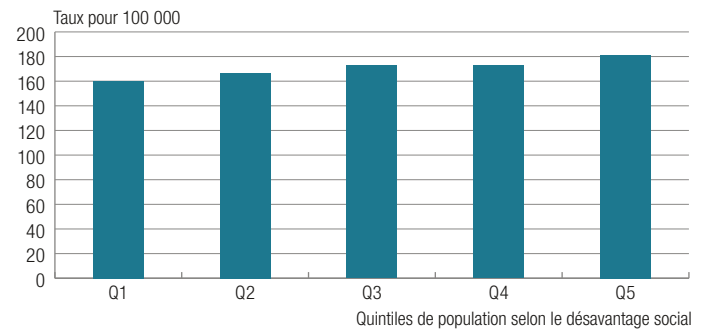
Taux standardisé* régionaux de patients hospitalisés pour AVC en 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 2

Taux standardisés* de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Note • Q1 : quintile le moins défavorisé; Q5 : quintile le plus défavorisé.
Champ • France métropolitaine.
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

TABLEAU 2

Nombre de décès et taux de mortalité par accident vasculaire cérébral et par maladie cérébro-vasculaire, selon le sexe et l'âge, en 2013

	AVC			Maladie cérébro-vasculaire		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès						
Moins de 25 ans	17	13	30	22	15	37
25-44 ans	153	130	283	160	135	295
45-64 ans	1 428	815	2 243	1 461	841	2 302
65-84 ans	6 206	5 654	11 860	6 427	5 850	12 277
85 ans et plus	5 199	11 731	16 930	5 396	12 117	17 513
Total tous âges	13 003	18 343	31 346	13 466	18 958	32 424
Taux brut*						
Moins de 25 ans	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
25-44 ans	1,8	1,5	1,7	1,9	1,6	1,8
45-64 ans	17,0	9,2	13,0	17,4	9,5	13,4
65-84 ans	142,2	103,4	120,6	147,2	107,0	124,8
85 ans et plus	918,0	911,1	913,2	952,8	941,1	944,7
Total tous âges	40,9	54,1	47,7	42,3	56,0	49,3
Taux standardisés**	51,8	40,9	45,7	53,7	42,3	47,3

* Taux pour 100 000 personnes.
****** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • Certificats de décès (CépiDc); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

Accidents vasculaires cérébraux (suite)

et + 20,2 % chez les femmes) (graphique 1). Chez les moins de 65 ans, l'augmentation concerne plus particulièrement les AVC ischémiques. Sur la période 2008-2014, dans cette classe d'âges, ils augmentent de 25,5 %, alors que les AVC hémorragiques diminuent de 2,5 %.

Une forte diminution du taux de patients hospitalisés pour AVC non précisé est également observée entre 2002 et 2014 (- 84,5 %) reflétant principalement une amélioration du codage dans le PMSI, une prise en charge plus précoce et l'évolution des moyens de diagnostic.

L'augmentation chez les moins de 65 ans pourrait s'expliquer, en partie, par une hausse de la prévalence des facteurs de risque dont le tabagisme, l'obésité et le diabète dans les classes d'âges avant 65 ans.

En 2014, les régions avec les taux les plus élevés sont, par ordre décroissant, la Guyane (297,1/100 000), La Réunion, la Guadeloupe, les Hauts-de-France, la Bretagne et la Martinique (carte 1). Les régions Corse (146,7/100 000) et Provence - Alpes - Côte d'Azur (147,6/100 000) présentent les taux les plus bas. Ces disparités régionales peuvent s'expliquer par des disparités de prévalence des principaux facteurs de risque artériels (hypertension artérielle, diabète, obésité, tabagisme...).

Le taux standardisé de patients hospitalisés pour AVC augmente avec le niveau de désavantage social (graphique 2). Le taux dans le quintile de population résidant dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement (Q5) est 13 % plus élevé que celui observé dans le quintile

de population résidant dans les communes les moins défavorisées (Q1). Le ratio Q5/Q1 est plus important chez les moins de 65 ans (1,35) que chez les 65 ans et plus (1,07). En revanche, il ne diffère pas selon le sexe.

► Mortalité par AVC

En 2013, 31 346 décès par AVC en cause initiale sont enregistrés en France, soit 97 % des décès par MCV et 5 % des décès toutes causes confondues (tableau 2). Près de six décès par AVC sur dix concernent des femmes (59 %), soit 18 343 décès contre 13 003 hommes.

Le taux brut de mortalité par AVC est de 47,7/100 000 personnes en 2013. Il augmente avec l'âge, atteignant respectivement 913,2/100 000 personnes chez les 85 ans et plus. Après prise en compte de l'âge, le taux de mortalité standardisé s'élève à 45,7/100 000. Le taux standardisé de mortalité par AVC des hommes est supérieur à celui des femmes (51,8 *versus* 40,9/100 000).

D'après les données d'Eurostat de 2012, la France a le taux de mortalité cérébro-vasculaire le plus bas des 28 pays européens, suivie par les Pays-Bas, l'Espagne et l'Allemagne. Le taux français est près de 7 fois inférieur au taux maximal, observé en Bulgarie.

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité par AVC diminue de 37,1 %. Cette diminution est observée pour les deux sexes, chez les moins de 65 ans comme chez les 65 ans et plus (graphique 3). Elle est un peu plus marquée chez ces derniers, respectivement - 39,0 %

chez les hommes et - 36,9 % chez les femmes, que chez les moins de 65 ans (respectivement - 35,2 % et - 30,4 %). Ces évolutions favorables pourraient s'expliquer par une amélioration de la prise en charge, en partie liée à l'évolution de la filière AVC, une amélioration des traitements ainsi qu'une meilleure structuration de l'offre de soins de suite et de réadaptation.

Les quatre départements et régions d'outre-mer, les Hauts-de-France et la Bretagne, ont les taux de mortalité par AVC les plus élevés sur la période 2011-2013. Le taux maximum est observé à La Réunion (81,6/100 000), supérieur de plus de 20 % à la moyenne nationale (carte 2). L'Île-de-France présente le taux le plus bas (38,5/100 000). Ces disparités régionales de mortalité peuvent s'expliquer par des disparités d'incidence de l'AVC. La variabilité de l'offre de soins et de la qualité de la prise en charge contribue également à ces disparités.

Le taux standardisé de mortalité par AVC augmente avec le niveau de désavantage social (graphique 4). Le taux de mortalité dans le quintile de population résidant dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement (Q5) est plus de 30 % plus élevé que dans le quintile de population résidant dans les communes les moins défavorisées (Q1) (ratio Q5/Q1 = 1,33). Le ratio Q5/Q1 est plus important chez les moins de 65 ans (Q5/Q1 = 1,86) que chez les 65 ans et plus (Q5/Q1 = 1,29) mais ne diffère pas selon le sexe. ■

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

Synthèse

Les accidents vasculaires cérébraux et plus largement les maladies cérébro-vasculaires sont une cause majeure de mortalité et de handicap. Ils sont responsables de 31 346 décès en 2013, soit 5 % de l'ensemble des décès, et de l'hospitalisation de 110 438 patients en 2014.

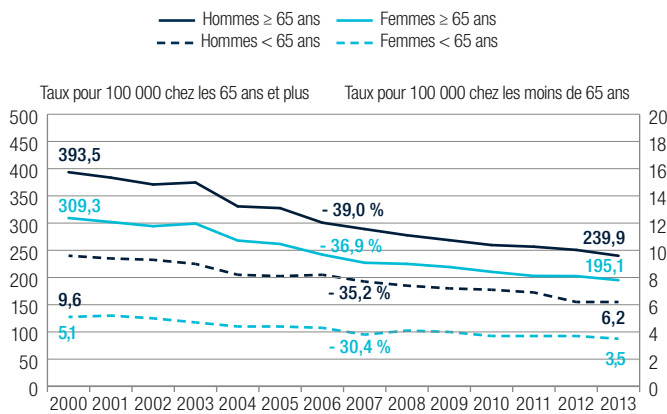
Si la mortalité par AVC n'a cessé de diminuer depuis les années 2000, l'incidence des patients hospitalisés est en augmentation chez les moins de 65 ans depuis 2002 et tend à se stabiliser chez les 65 ans et plus depuis 2008. Cette augmentation de l'incidence semble concerner plus particulièrement les AVC d'origine ischémique mais touche indifféremment les hommes et les femmes. Ces augmentations pourraient être liées à une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque dans la population comme le tabagisme, l'obésité et la sédentarité.

Des disparités régionales importantes d'hospitalisation et de mortalité par AVC sur le territoire français persistent en 2014. Les quatre départements et régions d'outre-mer, les Hauts-de-France et la Bretagne présentent pour l'AVC des taux de patients hospitalisés et de mortalité élevés.

Enfin, les taux de patients hospitalisés et la mortalité augmentent avec le niveau de désavantage social de la commune de résidence et de façon plus marquée chez les moins de 65 ans.

GRAPHIQUE 3

Évolution des taux standardisés* de mortalité par accident vasculaire cérébral, selon le sexe et la classe d'âges, en France, de 2000 à 2013



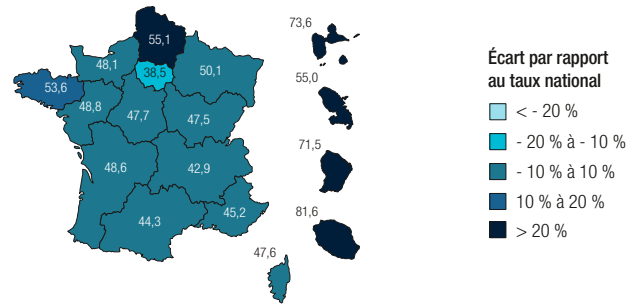
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

CARTE 2

Taux standardisés* régionaux de mortalité par accident vasculaire cérébral en 2011-2013



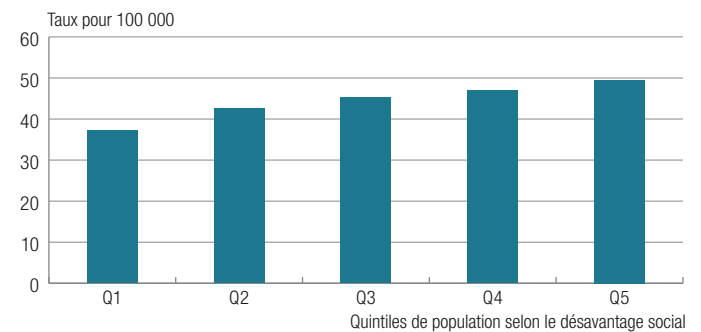
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 4

Taux standardisés* de mortalité par accident vasculaire cérébral en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine.

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

INDICATEUR • Nombres, taux bruts et standardisés de patients hospitalisés pour AVC

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population tous âges. ► **Sources** : PMSI (ATH) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** :

– pour les accidents vasculaires cérébraux : ont été retenus le premier séjour annuel de chaque patient hospitalisé avec en diagnostic principal (DP) les codes CIM-10 I60 à 62 (AVC hémorragique), I63 ou G46 (si I60-64 en diagnostic associé, DA, ou relie, DR) (AVC ischémique) et I64 (AVC d'origine non précisée) ;

– pour les accidents ischémiques transitoires : ont été retenus le premier séjour annuel de chaque patient hospitalisé avec en diagnostic principal (DP) les codes CIM-10 G45 (sauf G45.4) indépendamment de tous séjours pour AVC dans la même année ;

– pour les maladies cérébro-vasculaires : ont été retenus le premier séjour annuel de chaque patient hospitalisé avec en diagnostic principal (DP) les codes CIM-10 I60 à 69 ou G46 (si I60 à 64 en DA ou DR), ou G45 (sauf G45.4).

► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les décès survenus avant l'arrivée à l'hôpital ne sont pas comptabilisés. La proportion d'AVC d'origine non précisée (24 % en 2002, 4 % en 2014) limite l'interprétation des évolutions temporelles par type d'AVC. Les inégalités sociales d'hospitalisation pour AVC ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer). Contrairement aux éditions précédentes du rapport les AIT et les AVC ont été considérés indépendamment dans cette analyse. Ainsi, un patient hospitalisé pour un AIT puis pour un AVC au cours d'un deuxième séjour est ici comptabilisé dans chacune des catégories (AVC et AIT).

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

INDICATEUR • Nombres, taux bruts et standardisés de décès par AVC

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population tous âges. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Pour les accidents vasculaires cérébraux, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 I60 à 64 et I69. Pour les maladies cérébro-vasculaires, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes I60 à 69. Pour les analyses régionales, les années 2011 à 2013 ont été regroupées afin d'éviter les fluctuations d'effectifs. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Sous-estimation des AVC en tant que cause initiale de décès, notamment chez les plus âgés. La proportion élevée d'AVC d'origine non précisée (43 % en 2013) ne permet pas une analyse des décès par type d'AVC. Ces chiffres ne permettent pas de différencier les premiers événements des récidives, seule l'incidence annuelle est calculée ici. Les inégalités sociales de mortalité par AVC ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer).

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

Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque (IC) est une affection chronique qui peut être longtemps tolérée grâce à des mécanismes compensateurs au niveau cardiaque et périphérique. Sur le long terme, ces processus d'adaptation deviennent délétères et conduisent à des épisodes de décompensations aiguës sources de nombreuses hospitalisations.

La symptomatologie de l'IC est susceptible d'impacter fortement la qualité de vie des patients atteints, en majorité âgés, voire très âgés : réduction du score physique moyen déclarée chez plus de la moitié des patients, difficultés à réaliser les activités élémentaires de la vie quotidienne (l'habillage ou la toilette). Dans la majorité des cas, l'IC est la complication d'une maladie cardiaque antérieure : une insuffisance coronaire (cardiopathies ischémiques) dans environ la moitié des cas ; la fibrillation atriale, les valvulopathies et myocardiopathies dilatées et hypertrophiques sont également des causes importantes d'IC. La prévalence de l'IC est susceptible de croître en raison du vieillissement de la population et de la meilleure prise en charge des événements coronaires aigus graves. En France, elle a été estimée à 2,3 % de la population adulte d'après l'enquête Handicap-Santé. La mortalité hospitalière lors d'un épisode aigu demeure relativement élevée, estimée à 7,8 % en 2012.

Indicateurs

► Patients hospitalisés pour IC

En 2014, 165 093 patients ont été hospitalisés avec un diagnostic principal d'IC (tableau 1). La répartition hommes-femmes est équilibrée. Les patients de 85 ans et plus représentent 43,4 % (2/3 sont des femmes). La part de patients âgés de moins de 65 ans est faible (10,0 %), notamment chez les femmes (5,9 %).

Le taux brut de patients hospitalisés est similaire chez les hommes (252,9/100 000) et les femmes (247,6/100 000), alors que le taux standardisé sur l'âge atteint 309,9/100 000 chez les hommes contre 192,6/100 000 chez les femmes.

Entre 2002 et 2014, le taux standardisé de patients hospitalisés pour IC évolue peu (- 5,0 %), notamment chez les femmes (- 2,2 %). Parmi les personnes âgées de moins de 65 ans, une diminution des taux standardisés de 13,5 % est observée, similaire chez les hommes et les femmes (graphique 1). Parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, le taux est quasi stable

chez les femmes (- 1,4 %) et évolue peu chez les hommes (- 8,0 %).

Les taux standardisés sur l'âge varient d'une région à l'autre (carte 1). Les taux les plus élevés sont enregistrés à La Réunion, dans les Hauts-de-France et en Normandie alors que les régions du Sud/Sud-Est présentent des taux inférieurs au taux national, ainsi que la Guadeloupe et la Martinique. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces disparités : les régions avec les plus forts taux de patients hospitalisés présentent les plus fortes prévalences d'obésité et d'individus traités pharmacologiquement pour hypertension artérielle, diabète et dyslipidémie (ou au moins un de ces facteurs de risque). À l'inverse, les régions avec les taux les plus faibles affichent des prévalences moins élevées pour ces facteurs de risque. Par ailleurs, les inégalités sociales pourraient jouer un rôle dans les disparités régionales.

En 2014, le taux de patients hospitalisés pour IC est environ 1,4 fois plus élevé dans le quintile de population le plus défavorisé par rapport au moins défavorisé (graphique 2). Cet écart est plus

marqué parmi les personnes de moins de 65 ans (ratio Q5/Q1 de 2,0). Ces disparités selon l'indice de désavantage social (FDep) pourraient s'expliquer par une prévalence plus élevée des facteurs de risque cardio-vasculaire dans les populations les plus défavorisées et d'un moindre recours aux soins pour leur prise en charge.

► Mortalité liée à l'IC

En 2013, 70 213 certificats de décès mentionnent l'IC comme cause initiale ou associée de décès, dont une majorité de femmes (55,4 %) (tableau 2). Environ deux tiers (64,6 %) des personnes décédées sont âgées de 85 ans ou plus (74,5 % chez les femmes, 52,4 % chez les hommes). La part de décès survenus avant 65 ans est faible (4,7 %) et inférieure chez les femmes (2,6 %) par rapport aux hommes (7,2 %).

En 2013, le taux brut de mortalité liée à l'IC est de 106,9/100 000 habitants (114,8 chez les femmes, 98,4 chez les hommes). À l'inverse, le taux standardisé sur l'âge est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (127,7 *versus* 82,8).

TABLEAU 1

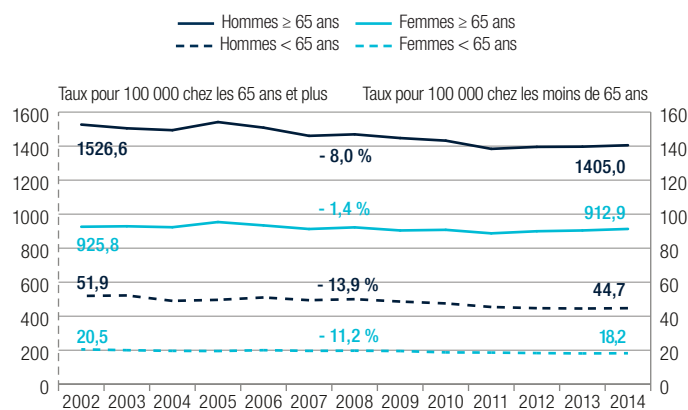
Nombre et taux* de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge, en 2014

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés			
Moins de 25 ans	245	249	494
25-44 ans	953	509	1 462
45-64 ans	10 306	4 207	14 513
65-84 ans	43 086	33 726	76 812
85 ans et plus	26 267	45 545	71 812
Total tous âges	80 857	84 236	165 093
Taux brut*			
Moins de 25 ans	2,4	2,5	2,5
25-44 ans	11,6	6,0	8,8
45-64 ans	122,8	47,6	84,2
65-84 ans	955,4	602,6	760,0
85 ans et plus	4 435,1	3 426,0	3 737,0
Total tous âges	252,9	247,6	250,1
Taux standardisé**	309,9	192,6	241,5

* Taux pour 100 000 habitants.

** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

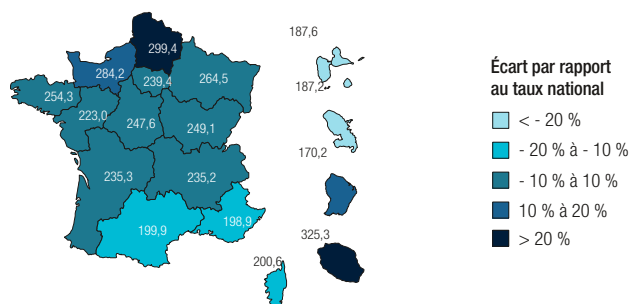
Sources • PMSI (ATH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1
Évolution du taux standardisé* de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, selon le sexe, de 2002 à 2014


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

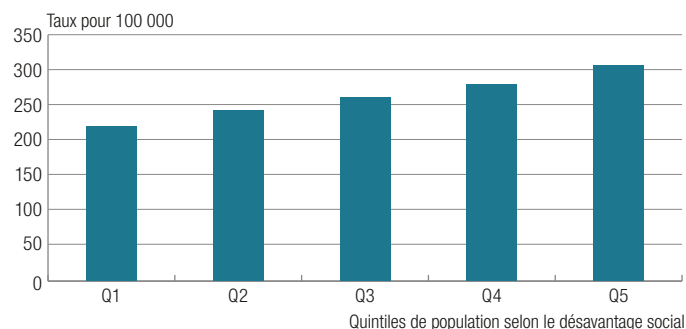
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

CARTE 1
Taux standardisés* régionaux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, en 2014


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 2
Taux standardisé* de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

TABLEAU 2
Nombre et taux* de décès par insuffisance cardiaque, selon le sexe et l'âge, en 2013

	Insuffisance cardiaque					
	Cause initiale			Causes multiples		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès						
Moins de 25 ans	5	3	8	92	76	168
25-44 ans	31	16	47	170	87	257
45-64 ans	409	156	565	2017	844	2861
65-84 ans	2614	2122	4736	12622	8924	21546
85 ans et plus	4601	8920	13521	16424	28957	45381
Total tous âges	7660	11217	18877	31325	38888	70213
Taux brut *						
Moins de 25 ans	0,0	0,0	0,0	0,9	0,8	0,8
25-44 ans	0,4	0,2	0,3	2,1	1,0	1,5
45-64 ans	4,9	1,8	3,3	24,1	9,6	16,6
65-84 ans	59,9	38,8	48,2	289,2	163,2	219,1
85 ans et plus	812,5	692,8	729,4	2900,2	2249,1	2448,0
Total tous âges	24,1	33,1	28,7	98,4	114,8	106,9
Taux standardisé**	31,6	23,4	26,6	127,7	82,8	100,2

* Taux pour 100 000 habitants.

**Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

Insuffisance cardiaque (suite)

Entre 2000 et 2013, le taux standardisé de mortalité diminue fortement (- 36,0 %) de façon homogène selon le sexe et l'âge (graphique 3). La réduction de la mortalité liée à l'IC témoignerait de l'amélioration de la prise en charge de l'IC et des cardiopathies ischémiques.

Les Hauts-de-France et la Corse affichent les taux de mortalité les plus élevés (carte 2). L'Île-de-France, quant à elle, présente le taux le plus bas. Les taux demeurent proches de la moyenne nationale pour les autres régions métropolitaines. Les DROM ont des taux particulièrement bas par rapport au taux national, à l'exception de La Réunion. Ces disparités régionales pourraient s'expliquer par des taux de patients hospitalisés variables et par des inégalités sociales aussi bien dans l'accès aux soins que dans la prise en charge. De plus, les personnes insuffisantes cardiaques étant généralement âgées, les difficultés inhérentes à leur prise en charge sont à considérer, et sont plus ou moins importantes selon la

région de domicile. Enfin, l'IC étant mentionnée en tant que cause associée de décès dans deux tiers des certificats de décès, la cause initiale de décès est fréquemment non cardio-vasculaire. Ainsi, les disparités de prise en charge de ces affections non cardio-vasculaires peuvent jouer un rôle dans les disparités régionales de mortalité liée à l'IC.

En 2013, le taux de mortalité liée à l'IC varie selon l'indice de désavantage social (FDep) de la commune de résidence. Il est environ 1,5 fois plus élevé dans le quintile de population le plus

défavorisé socio-économiquement (Q5) par rapport au moins défavorisé (Q1) (graphique 4). Cet écart de mortalité est plus marqué parmi les personnes de moins de 65 ans (ratio Q5/Q1 de 2,5). Ces variations sont liées aux variations régionales du taux de patients hospitalisés et aux inégalités de prise en charge et d'observance des traitements selon la position socio-économique. ■

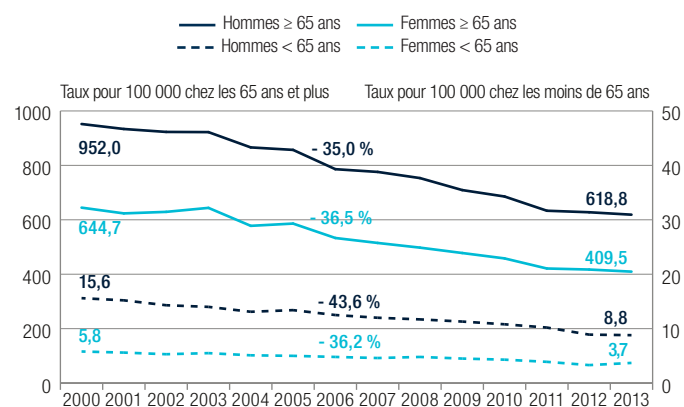
►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Santé publique France

○ Synthèse

En 2013, l'IC est impliquée dans plus de 70 000 décès, la mortalité ayant diminué entre 2000 et 2013. À l'inverse, le taux de patients hospitalisés pour IC évolue peu entre 2002 et 2014, notamment chez les femmes. L'IC touche essentiellement des populations très âgées : plus de 40 % des patients hospitalisés ont 85 ans ou plus. D'importantes disparités régionales existent pour les hospitalisations et la mortalité. Les taux de patients hospitalisés et de mortalité liés à l'IC augmentent avec l'indice de désavantage social de la commune de résidence, notamment chez les plus jeunes, bien qu'ils ne représentent qu'une faible partie des patients atteints d'IC et des décès qui y sont liés.

GRAPHIQUE 3

Évolution du taux standardisé* de mortalité liée à l'insuffisance cardiaque, selon le sexe, de 2000 à 2013



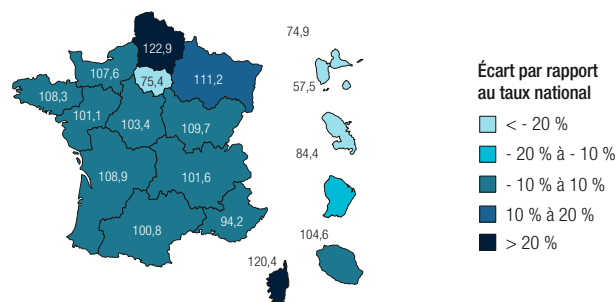
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

CARTE 2

Taux standardisés* régionaux de mortalité liée à l'insuffisance cardiaque, de 2011 à 2013



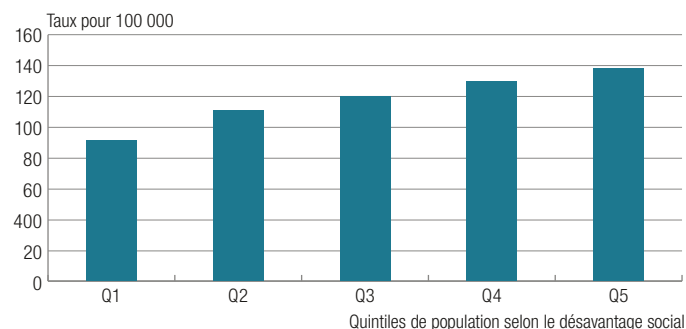
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 4

Taux standardisé* de mortalité liée à l'insuffisance cardiaque en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine.

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

INDICATEUR • Patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Sources** : PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Ont été retenus les patients admis en hospitalisation complète en court séjour avec un code CIM-10 I50 en diagnostic principal. Fdep09 : Voir indicateurs transversaux. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : il est probable qu'il y ait une sous-estimation des hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans le PMSI, en particulier lorsque la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque est codée en diagnostic principal. Les inégalités sociales d'hospitalisation pour IC ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer).

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

INDICATEUR • Mortalité liée à l'insuffisance cardiaque

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE) ; Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Ont été retenus les décès comportant un code CIM-10 en I50 en cause initiale ou associée. Pour les analyses régionales, les années 2011 à 2013 ont été regroupées afin d'éviter les fluctuations d'effectifs. Fdep09 : Voir indicateurs transversaux. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : La validité des bases du CépiDc n'a pas encore été évaluée à l'égard de l'IC. Les inégalités sociales de mortalité par IC ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer).

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

Maladie veineuse thromboembolique

Contexte

La maladie veineuse thromboembolique (MVTE) regroupe la thrombose veineuse (TV) et sa complication immédiate, l'embolie pulmonaire (EP). La TV résulte d'une activation localisée de la coagulation avec constitution d'un thrombus dans le système veineux. Le thrombus, constitué de fibrine, de globules blancs et de plaquettes, peut provoquer une occlusion partielle ou totale de la lumière veineuse, obstruant ainsi la circulation du sang. Elle peut affecter n'importe quelle partie du système veineux, mais les manifestations les plus fréquentes concernent les sites de bas débit sanguin du réseau veineux profond des membres inférieurs. Une fois formé, le thrombus peut se détacher ou se fractionner, migrer dans les artères pulmonaires via la circulation sanguine et provoquer une EP, complication aiguë et potentiellement fatale de la thrombose. L'insuffisance veineuse secondaire ou syndrome post thrombotique est une complication secondaire et plus tardive de la TV.

La MVTE est une pathologie dont la survenue implique différents facteurs de risque acquis, génétiques ou environnementaux. Parmi les principaux on compte l'âge, le cancer, la chirurgie, l'immobilisation, les troubles de la coagulation, l'obésité, la grossesse et certains

traitements hormonaux. Pathologie fréquente et récidivante, elle présente une mortalité et une morbidité importantes, notamment chez le sujet âgé. L'incidence de la pathologie en France a été peu étudiée; les dernières estimations donnent une incidence de 183 pour 100 000 pour la MVTE et de 60 pour 100 000 pour l'EP en 1998 (Oger, 2000). L'incidence de cette pathologie augmente de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre plus de 1 % chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

La MVTE constitue également l'une des principales complications de la grossesse et reste la deuxième cause de mortalité maternelle derrière les hémorragies. Cette augmentation du risque veineux s'explique par des modifications majeures de l'hémostase, protégeant les femmes des hémorragies massives lors de la délivrance mais favorisant la formation de caillots. D'autres phénomènes tels que la stase veineuse par compression de l'utérus gravide, notamment au dernier trimestre, mais également les lésions vasculaires lors de l'accouchement constituent des facteurs favorisant les complications thromboemboliques s'ajoutant aux facteurs de risque classiques. Bien que le poids de cette pathologie soit important chez la femme enceinte, la MVTE obstétricale et, plus encore, l'EP restent des événements relativement rares et, de ce fait, difficiles à estimer.

Indicateurs

► Patients hospitalisés pour MVTE

En 2014, 128 237 personnes ont été hospitalisées au moins une fois avec une MVTE en diagnostic principal ou associé, dont 60 440 pour EP (tableau 1). Près de 35 % de ces patients sont âgés de moins de 65 ans et près de 53 % sont des femmes. Les taux bruts de patients hospitalisés pour MVTE et pour EP augmentent de manière exponentielle avec l'âge; passant, pour la MVTE, de 12,3/100 000 chez les moins de 25 ans à plus de 1 200/100 000 chez les plus de 85 ans. Le taux standardisé de personnes hospitalisées est respectivement de 198,6 pour 100 000 habitants pour la MVTE et de 93,5/100 000 pour l'EP. Ce taux est supérieur chez les hommes par rapport aux femmes (215,6 *versus* 182,6 pour la MVTE et 100,2 *versus* 86,9 pour l'EP).

Pendant la grossesse et le post-partum, l'incidence annuelle est de 180/100 000 pour la MVTE et de 50/100 000 pour l'EP chez les femmes de 15 à 44 ans (Olié, 2016). Ainsi, les femmes enceintes et en post-partum sont exposées à un risque de MVTE environ 4 fois plus élevé que les femmes non enceintes de la même tranche d'âge.

L'incidence de la MVTE et de l'EP hospitalisée n'est pas constante au cours de la grossesse et du post-partum. Une augmentation au cours des trois trimestres est observée, l'incidence atteignant un maximum dans la semaine suivant l'accouchement (2 414/100 000 pour la MVTE et 310/100 000 pour l'EP). Celle-ci diminue ensuite progressivement pour retrouver un niveau équivalent à celui des femmes non enceintes de cette tranche d'âge autour de la 12^e semaine de post-partum.

Entre 2002 et 2014, le taux standardisé de personnes hospitalisées pour EP est globalement resté stable. Cependant, cette stabilité masque des tendances opposées chez les plus de 65 ans et les moins de 65 ans. En effet, le taux a diminué chez les patients de plus de 65 ans (- 8 % chez les hommes et - 13 % chez les femmes), alors qu'il a augmenté chez les moins de 65 ans (48 % chez les hommes et 9 % chez les femmes) (graphique 1). Des hausses importantes de l'incidence de l'EP ont également été mises en évidence dans d'autres pays. Une des hypothèses proposées est un surdiagnostic de l'EP lié à l'introduction, au début des années 2000, de nouveaux moyens diagnostics plus sensibles permettant de détecter des EP qui n'auraient pas toujours de pertinence clinique

TABLEAU 1

Nombre et taux* de patients hospitalisés pour MVTE et embolie pulmonaire (diagnostic principal ou associé) selon le sexe et l'âge, en 2014

	MVTE			Embolie pulmonaire		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés						
Moins de 25 ans	1079	1384	2463	301	470	771
25-44 ans	5247	6240	11 487	2468	2624	5092
45-64 ans	19417	13206	32 623	8809	5907	14 716
65-84 ans	27 870	30 605	58 475	13 164	15 324	28 488
85 ans et plus	6824	16 365	23 189	3220	8153	11 373
Total tous âges	60 437	67 800	128 237	27 962	32 478	60 440
Taux brut *						
Moins de 25 ans	10,6	14,1	12,3	2,9	4,8	3,8
25-44 ans	63,6	73,9	68,7	29,9	31,1	30,5
45-64 ans	231,3	149,4	189,3	104,9	66,8	85,4
65-84 ans	618	546,8	578,6	291,9	273,8	281,9
85 ans et plus	1152,2	1231	1206,7	543,7	613,3	591,8
Total tous âges	189	199,2	194,3	87,4	95,5	91,6
Taux standardisé**	215,6	182,6	198,6	100,2	86,9	93,5

* Taux pour 100 000 habitants.

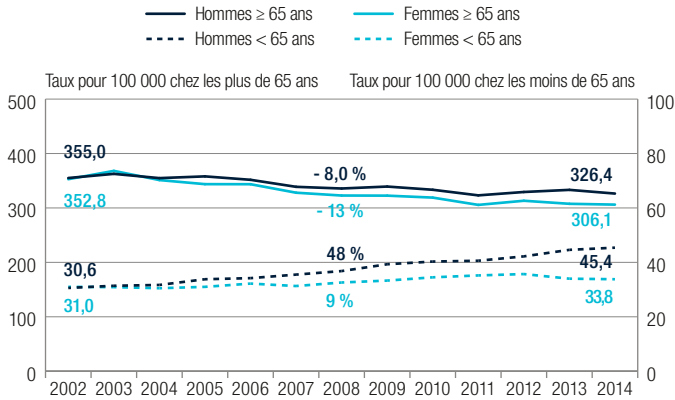
** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • PMSI (ATH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1

Évolution du taux standardisé* de patients hospitalisés pour embolie pulmonaire (diagnostic principal ou associé), selon le sexe, de 2002 à 2014



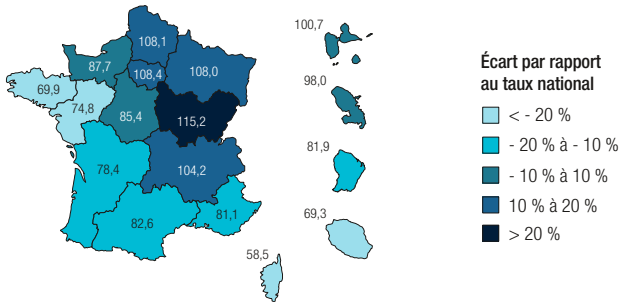
Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 1

Taux standardisés* régionaux de patients hospitalisés pour embolie pulmonaire (diagnostic principal ou associé), en 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

TABLEAU 2

Nombre et taux* de décès liés à la maladie veineuse thromboembolique (MVTE) et à l'embolie pulmonaire selon le sexe et l'âge, en 2013

	MVTE						Embolie pulmonaire					
	Cause initiale			Causes multiples			Cause initiale			Causes multiples		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès												
Moins de 25 ans	1	8	9	10	16	25	1	7	8	5	12	17
25-44 ans	58	51	109	148	124	273	44	39	83	127	107	234
45-64 ans	264	194	458	1352	835	2187	233	173	406	1075	732	1807
65-84 ans	679	775	1454	3262	3240	6502	589	661	1250	2696	2760	5456
85 ans et plus	480	1224	1704	2032	4482	6514	402	994	1396	1651	3603	5254
Total tous âges	1482	2252	3734	6804	8697	15501	1269	1874	3143	5554	7214	12768
Taux brut*												
Moins de 25 ans	0	0,1	0	0,1	0,2	0,1	0	0,1	0	0	0,1	0,1
25-44 ans	0,7	0,6	0,6	1,8	1,5	1,6	0,5	0,5	0,5	1,5	1,3	1,4
45-64 ans	3,1	2,2	2,7	16,1	9,5	12,7	2,8	2	2,4	12,8	8,3	10,5
65-84 ans	15,6	14,2	14,8	74,7	59,2	66,1	13,5	12,1	12,7	61,8	50,5	55,5
85 ans et plus	84,8	95,1	91,9	358,8	348,1	351,4	71	77,2	75,3	291,5	279,8	283,4
Total tous âges	4,7	6,6	5,7	21,4	25,7	23,6	4	5,5	4,8	17,4	21,3	19,4
Taux standardisé**	5,8	5,3	5,5	26,3	20,7	23,2	4,9	4,4	4,7	21,5	17,3	19,2

* Taux pour 100 000 habitants.

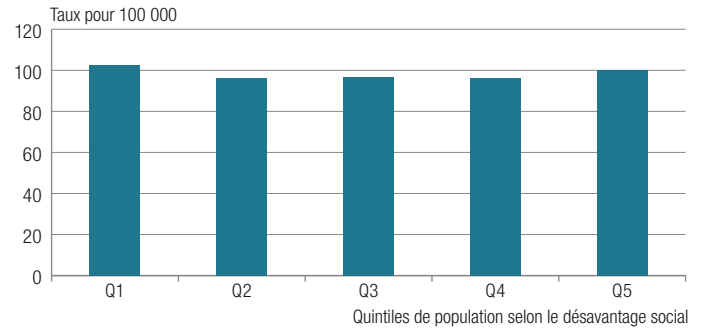
** Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 2

Taux standardisé* de patients hospitalisés pour embolie pulmonaire (diagnostic principal ou associé) en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Maladie veineuse thromboembolique (suite)

démontrée. D'autres hypothèses, comme l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque comme l'obésité ou la sédentarité, ainsi qu'une meilleure survie des polytraumatisés et des patients atteints de cancers, pourraient également expliquer les évolutions défavorables observées avant 65 ans. D'autres pistes doivent être explorées pour comprendre les évolutions différentielles entre les hommes et les femmes jeunes.

En 2014, le taux standardisé de patients hospitalisés pour EP varie d'une région à l'autre (carte 1). Les taux les plus élevés sont observés dans un grand quart Nord-Est avec des taux supérieurs à 100/100 000. La région Bourgogne - Franche-Comté est la région avec le taux d'hospitalisation le plus élevé (115/100 000), de plus de 20 % supérieur au taux national. En revanche, les taux sont inférieurs de 10 à 20 % par rapport au taux national en Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Corse et à La Réunion avec des taux standardisés d'EP inférieurs à 80/100 000.

Le taux de patients hospitalisés pour EP ne varie pas en fonction du quintile de désavantage social de la commune de résidence (graphique 2). En revanche, un gradient est observé en fonction du quintile de désavantage social lorsqu'on limite l'analyse aux moins de 65 ans, avec des taux d'hospitalisation pour EP plus élevés dans le quintile de population résidant dans les communes les plus défavorisées socio-économiquement (ratio Q5/Q1 = 1,29).

► Mortalité liée à la MVTE

En 2013, 15 501 décès sont enregistrés avec une MVTE en causes multiples dont 8 697 femmes et 6 804 hommes (tableau 2). La part de la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant 65 ans, atteint globalement 16 % des décès liés à une MVTE, avec un déséquilibre homme-femme important (22 % chez les hommes et seulement 11 % chez les femmes).

Le taux brut de mortalité augmente avec l'âge. Inférieur à 0,2/100 000 chez les moins de 25 ans il atteint plus de 351/100 000 chez les personnes âgées de 85 ans et plus. Le taux de mortalité liée à la MVTE, standardisé sur l'âge, est plus élevé chez les hommes (26,3/100 000) que chez les femmes (20,7/100 000).

Le taux standardisé de mortalité liée à l'EP diminue de façon importante entre 2000 et 2013 avec une réduction d'environ 36 % tous âges confondus. Néanmoins cette diminution est moins marquée chez les moins de 65 ans (-19 %) par rapport au plus de 65 ans (-39 %) (graphique 3). Cette diminution globale de la mortalité pourrait être liée à une amélioration importante des moyens diagnostics, et en particulier des traitements préventifs et curatifs de la MVTE, depuis le début des années 2000. La diminution moindre de la mortalité chez les plus jeunes pourrait soutenir l'hypothèse d'une augmentation importante de l'incidence de l'EP hospitalisée chez les moins de 65 ans ne reflétant pas uniquement un surdiagnostic de l'EP.

Les taux régionaux standardisés de décès diffèrent de manière importante selon la région (carte 2). Les régions Hauts-de-France, Grand Est, Bourgogne - Franche-Comté, Guadeloupe et Martinique affichent, en 2013, les taux de mortalité liée à l'EP les plus élevés (> 20/100 000 habitants) et supérieurs de plus de 10 à 20 % au taux national. En revanche, la Corse, La Réunion, la Bretagne, les Pays de la Loire, l'Île-de-France ainsi que Provence - Alpes - Côte d'Azur présentent des taux inférieurs de plus de 10 % au taux national.

La mortalité liée à l'EP est significativement plus élevée pour les personnes appartenant au quintile le plus défavorisé par rapport au quintile de population le moins défavorisé (ratio Q5/Q1 = 1,30) (graphique 4). Le gradient de mortalité selon le désavantage social est significativement

plus marqué chez les moins de 65 ans (ratio Q5/Q1 = 2,33) que chez les plus de 65 ans, sans différence selon le sexe. Ce gradient social de mortalité pourrait s'expliquer par des différences de prise en charge, de suivi et d'observance du traitement anticoagulant selon le niveau socio-économique des patients, puisque l'incidence des patients hospitalisés n'est globalement pas associée au désavantage social. ■

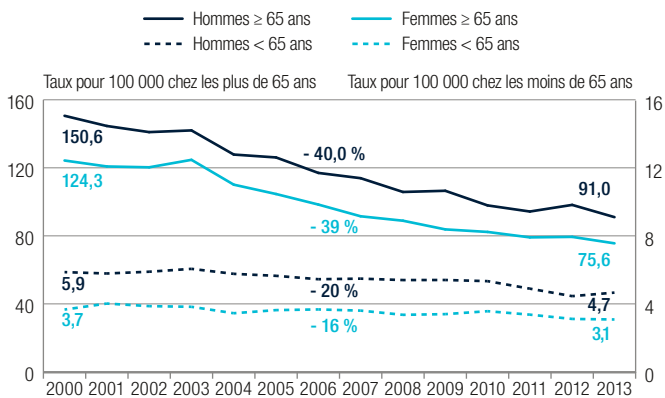
►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Santé publique France

🕒 Synthèse

La maladie veineuse thromboembolique est une pathologie fréquente chez le sujet âgé et présente une mortalité et une morbidité importantes. Cette pathologie est responsable de 15 501 décès en causes multiples en 2013 et de 128 237 hospitalisations en diagnostic principal et associé en 2014. L'évolution au cours des dix dernières années de la mortalité et du taux de patients hospitalisés est plutôt favorable chez les personnes de plus de 65 ans. En revanche, avant 65 ans, notamment chez les hommes, l'augmentation de l'incidence de la MVTE hospitalisée est constante. Cette augmentation pourrait s'expliquer, en partie, par une amélioration des outils de diagnostic, avec l'introduction de nouvelles techniques d'imagerie, par une meilleure survie des polytraumatisés et des patients atteints de cancer, deux populations à risque élevé de MVTE, mais également par une augmentation en population générale de la prévalence de certains facteurs de risque de MVTE comme l'obésité. Des disparités régionales importantes sont observées, avec des taux d'hospitalisation et de mortalité élevés dans un quart nord-est alors que les régions de la côte atlantique, la Corse et La Réunion sont moins impactées. Enfin, la mortalité par EP augmente avec le niveau de désavantage social estimé au niveau communal, contrairement à l'incidence des patients hospitalisés.

GRAPHIQUE 3

Évolution du taux standardisé* de mortalité liée à l'embolie pulmonaire, selon le sexe, de 2000 à 2013



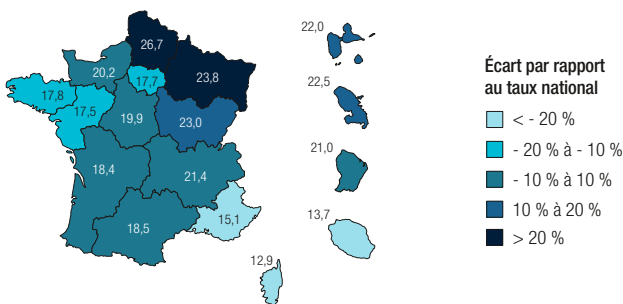
*Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

CARTE 2

Taux standardisés* régionaux de mortalité liée à l'embolie pulmonaire en 2011-2013



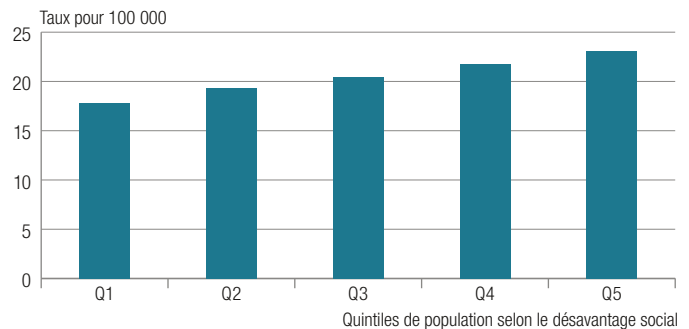
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte).

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

GRAPHIQUE 4

Taux standardisé* de mortalité liée à l'embolie pulmonaire en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09), tous sexes confondus, en 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine.

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

INDICATEUR • Nombres, taux bruts et standardisés de patients hospitalisés pour MVTE et EP

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population tous âges. ► **Sources** : PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Pour la MVTE, les patients hospitalisés pour un diagnostic principal ou associé d'embolie pulmonaire (I26, O88.2) ou de thrombose veineuse (I80 à I82, O22.2, O22.3, O87.0 et O87.1) ont été retenus. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Pas d'étude de validation de la base du PMSI pour l'étude de la MVTE. Ces chiffres ne permettent pas de différencier les premiers événements des récurrences, seule l'incidence annuelle est calculée ici. Les thromboses veineuses non hospitalisées ne sont pas comptabilisées ici. Les inégalités sociales d'hospitalisation pour EP ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer).

► **Références** :

- Oger E., EPI-GETBO study Group, 2000, « Incidence of Venous Thromboembolism: a Community-based Study in Western France », *Thrombosis and Haemostasis*, 83, p. 657-660.
- Olié V., Moutengou E., Barry Y., Deneux-Tharaux C., Pessione F., Plu-Bureau G., 2016, « Maladie veineuse thromboembolique pendant la grossesse et le post-partum, France, 2009-2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 7-8, p. 139-147.

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

INDICATEUR • Nombres, taux bruts et standardisés de décès liés à la MVTE et à l'EP

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), population tous âges. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc); statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Pour la MVTE, les patients décédés avec une cause initiale ou multiple d'embolie pulmonaire (I26, O88.2) ou de thrombose veineuse (I80 à I82, O22.2, O22.3, O87.0 et O87.1) ont été retenus. Dans les graphiques, l'embolie pulmonaire est présentée en causes multiples. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les inégalités sociales de mortalité par EP ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer). ► **Référence** : Olié V., Chin F., Lamarche-Vadel A., De Peretti C., 2013, « La maladie veineuse thromboembolique : patients hospitalisés et mortalité en France en 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 33-34, p.417-424.

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

Hypertension artérielle

Contexte

L'hypertension artérielle (HTA) est l'un des principaux facteurs de risque vasculaire. Elle est définie par une élévation persistante de la pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg ou de la pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg. Elle entraîne des anomalies et une rigidification de la paroi des artères du fait de la pression mécanique permanente exercée sur ces dernières. L'HTA augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie ischémique, d'artériopathie des membres inférieurs et d'insuffisance rénale chronique. Selon l'OMS, 62 % des affections vasculaires cérébrales et près de la moitié des cardiopathies ischémiques sont attribuées à une pression artérielle élevée. La prévention de l'HTA par des mesures hygiéno-diététiques (notamment par la réduction des apports nutritionnels en sel...), sa détection et son traitement permettent de réduire le risque vasculaire global. Selon les recommandations de la HAS de 2005, le but du traitement antihypertenseur est de réduire la mortalité totale et cardio-vasculaire et de prévenir la survenue d'événements cardiaques et/ou vasculaires. En 2006-2007, les données issues des examens de santé réalisés dans le cadre de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) et incluant une mesure à trois reprises de la pression artérielle, concluent à une prévalence de l'HTA¹ de 31 % chez les 18-74 ans en population générale (Godet-Thobie, 2008). Seuls 50,4 % des patients hypertendus sont traités. La proportion de patients traités est plus importante chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge. Parmi les hypertendus traités, la moitié a une pression artérielle suffisamment abaissée (50,9 %). Le contrôle de l'hypertension est plus fréquent chez les femmes (58,5 %) que chez les hommes (41,8 %). Augmenter en 5 ans la proportion de patients atteints d'hypertension artérielle,

traités et équilibrés constitue un des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015, dont l'atteinte pourra notamment être jugée avec les données de l'étude Esteban. En complément des enquêtes avec examen de santé, les données de remboursement de l'assurance maladie, issues du SNIIRAM, permettent également d'estimer la proportion de personnes traitées par médicament antihypertenseur.

Indicateurs

► Pression artérielle systolique et pression artérielle diastolique moyennes en population adulte

Voir éditions précédentes du rapport.

► Prévalence de l'hypertension artérielle en population adulte

Voir éditions précédentes du rapport.

► Proportion d'hypertendus équilibrés parmi les patients hypertendus traités

Voir éditions précédentes du rapport.

► Prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur

En 2014, la prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur en France est de 18,6 %, ce qui représente plus de 12,2 millions de patients (tableau 1). La prévalence augmente de manière importante avec l'âge, passant de 3,1 % chez les 25-44 ans à 58,9 % chez les 65-84 ans et à 75,7 % au-delà de 85 ans. Après prise en compte de l'âge, la proportion de personnes traitées par antihypertenseur est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes (19,7 % *versus* 18,4 %).

La prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur n'est pas homogène entre les régions en 2014 (carte 1). Les

taux les plus élevés sont observés dans les régions Hauts-de-France (22,3 %) et Grand Est (20,9 %) ainsi qu'en Guadeloupe (20,4 %) et en Normandie (20,0 %). Ces taux élevés pourraient s'expliquer par une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale et des conditions socio-économiques défavorables. Les régions Corse (16,8 %), Guyane (16,9 %), Occitanie (17,5 %), Provence - Alpes - Côte d'Azur (17,5 %) et Bretagne (17,6 %) affichent, au contraire, les taux de prévalence les plus bas.

La prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur augmente avec le niveau de désavantage social de la commune de résidence (graphique 1). En effet, la prévalence est maximale (20,9 %) chez les personnes appartenant au quintile le plus défavorisé socio-économiquement (Q5) alors qu'elle est de 16,9 % dans le quintile le moins défavorisé (Q1). L'association entre niveau de désavantage social de la commune de résidence et prévalence des personnes traitées par antihypertenseur est plus marquée chez les femmes (ratio Q5/Q1 = 1,32) que chez les hommes (ratio Q5/Q1 = 1,16) et chez les plus jeunes (ratio Q5/Q1 = 1,54 chez les 25-44 ans) que chez les plus âgés (ratio Q5/Q1 = 1,16 chez les 65-84 ans). ■

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

1. Pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ou pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg et/ou traitement médicamenteux antihypertenseur.

Synthèse

La prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur est de 18,6 % en France en 2014. Cette prévalence est plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'âge des personnes et le niveau de désavantage social de la commune de résidence. La distribution de la prévalence sur le territoire est très hétérogène avec, au Nord, des régions très touchées et au Sud, des régions plus épargnées. La proportion de personnes traitées par antihypertenseur est un proxy de la prévalence de l'HTA, puisqu'une proportion significative de patients (environ 18 % des patients en 2006-2007 dans l'enquête ENNS) reste non diagnostiquée et ainsi non traitée.

TABLEAU 1
Nombre et prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur selon l'âge et le sexe, en 2014

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients (n)			
< 25 ans	16 408	19 395	35 803
25-44 ans	242 114	268 922	511 036
45-64 ans	2 093 146	1 969 123	4 062 269
65-84 ans	2 841 807	3 259 777	6 101 584
≥ 85 ans	493 072	1 084 600	1 577 672
Total	5 686 547	6 601 817	12 288 364
Prévalence (%)			
< 25 ans	0,2	0,2	0,2
25-44 ans	2,9	3,2	3,1
45-64 ans	24,9	22,2	23,5
65-84 ans	61,2	57,1	58,9
≥ 85 ans	75,7	75,8	75,7
Total	17,8	19,4	18,6
Prévalence standardisée* (%)	19,7	18,4	19,0

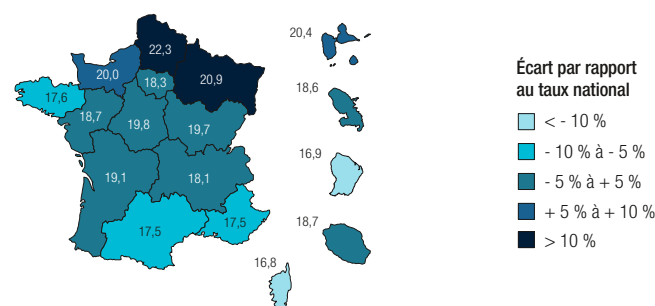
* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.

Sources • SNIIRAM (CNAMTS); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

CARTE 1

Prévalences régionales standardisées* des personnes traitées par médicament antihypertenseur, en 2014



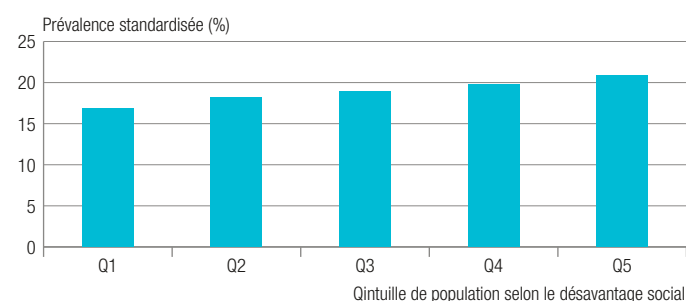
* Prévalences standardisées sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.

Sources • SNIIRAM (CNAMTS); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1

Prévalence standardisée* des personnes traitées par médicament antihypertenseur en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014



* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine, tous régimes.

Sources • SNIIRAM (CNAMTS); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Prévalence des personnes traitées par médicament antihypertenseur

► **Champ** : France entière (hors Mayotte) et France métropolitaine pour les analyses utilisant l'indice de désavantage social, tous régimes. ► **Sources** : SNIIRAM (CNAMTS); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques (classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) : C02, C03, C07, C08 et C09), ayant une indication thérapeutique remboursable dans le traitement de l'hypertension artérielle dans l'année n (à différentes dates), ou 2 en cas de grands conditionnements pour 100 habitants (moyenne de l'année n). Fdep09 : Voir indicateurs transversaux. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données de remboursement des principaux régimes de l'assurance maladie, inclus dans le SNIIRAM, couvrent la presque totalité des assurés sociaux (97 %). L'algorithme de sélection des personnes traitées par médicament antihypertenseur est fondé sur la délivrance de médicaments et non sur la prise du traitement. Il ne prend pas en compte les patients décédés ou n'ayant pas eu 3 remboursements antihypertenseurs du fait d'une hospitalisation, par exemple. Les inégalités sociales de traitement par antihypertenseur ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer). ► **Références** : Godet-Thobie H., Vernay M., Noukpoape A., Salanave B., Malon A., Castetbon K., De peretti C., 2008, « Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 49-50, p. 478-483.

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

Hypercholestérolémie

Contexte

L'hypercholestérolémie est un trouble métabolique qui se traduit par un taux de cholestérol LDL supérieur à 1,6 g/l. Le cholestérol-LDL est la fraction la plus athérogène du cholestérol : en excès, il tend à s'accumuler dans la paroi artérielle et à favoriser le développement de la plaque d'athérome. L'hypercholestérolémie est, de ce fait, avec l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète, l'un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire. L'hypercholestérolémie peut généralement être prévenue ou traitée par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques (alimentation saine, exercice physique...) éventuellement associées à un traitement médicamenteux hypolipémiant. De nombreuses études épidémiologiques ont montré que la réduction du cholestérol total et du cholestérol-LDL diminue le risque de maladies cardio-neuro-vasculaires. Des objectifs thérapeutiques précis ont été définis en fonction du nombre de facteurs de risques vasculaires associés et de l'existence de pathologies cardio-vasculaires. Ainsi, un traitement hypolipémiant peut-être prescrit en prévention primaire chez des patients présentant un risque cardio-vasculaire significatif ou en présence d'antécédents d'événements cardio-vasculaires (prévention tertiaire). Dans l'Enquête nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006-2007, la prévalence de l'hypercholestérolémie, définie par un taux sanguin de cholestérol-LDL supérieur à 1,6 g/l était de 20,1 % et la prévalence d'un traitement hypolipémiant de 12,5 % chez des patients âgés de 18 à 74 ans (De Peretti, 2013). Compte tenu de leur ancienneté, les données relatives à cette enquête ne sont pas reprises dans cette édition. Une réduction de 5 %, dans la population adulte, de la cholestérolémie moyenne (cholestérol-LDL) en 5 ans et une augmentation de la proportion de patients atteints d'hypercholestérolémie traités et équilibrés étaient deux objectifs inscrits dans les trois éditions du Programme national nutrition santé sur la période 2001-2015, dont l'atteinte pourra

être jugée avec les données de l'étude Esteban. En complément des enquêtes avec examen de santé, les données de remboursement de l'assurance maladie, issues du SNIIRAM, permettent également d'estimer la proportion de personnes traitées par médicament hypolipémiant.

Indicateurs

► Taux sanguin moyen du cholestérol-LDL et du cholestérol total en population adulte

Voir éditions précédentes du rapport.

► Prévalence de l'hypercholestérolémie-LDL en population adulte

Voir éditions précédentes du rapport.

► Prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant

En 2014, la prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant est de 11,3 %, ce qui représente plus de 7,4 millions de patients. Après standardisation sur l'âge, elle est supérieure chez les hommes par rapport aux femmes (13,6 *versus* 10,0 %) et augmente de manière importante avec l'âge. Elle passe de 1,1 % entre 25 et 44 ans à plus de 39 % entre 65 et 84 ans, puis diminue chez les plus âgés (31,2 %) (tableau 1).

Cet indicateur n'est qu'un proxy de la prévalence de l'hypercholestérolémie dans la mesure où il ne tient pas compte de la part non diagnostiquée ou non prise en charge pharmacologiquement de l'hypercholestérolémie, comme le montrent les écarts observés dans l'ENNS 2006-2007. En effet, toutes les valeurs élevées de cholestérol-LDL ne relèvent pas d'une approche médicamenteuse et le traitement de première intention reste souvent fondé sur une meilleure observance des règles hygiéno-diététiques.

La prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant n'est pas homogène sur le territoire français en 2014 (carte 1). Tous

les départements et régions d'outre-mer ainsi que la région Auvergne - Rhône-Alpes affichent des taux de prévalence inférieurs de plus de 10 % au taux national. Au contraire, les taux les plus élevés sont observés dans la région des Hauts-de-France (14,4 %) et Grand Est (12,6 %) ainsi qu'en Normandie (12,9 %) et Centre - Val-de-Loire (12,2 %). Ces taux élevés pourraient s'expliquer par une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale et des conditions socio-économiques défavorables, notamment pour les régions Hauts-de-France, Grand Est et Normandie.

En 2014, la prévalence du traitement hypolipémiant augmente avec le niveau de désavantage social estimé au niveau communal (graphique 1). En effet, la prévalence est maximale (13,0 %) chez les personnes résidant dans les communes les plus défavorisées (Q5) alors qu'elle n'est que de 10,6 % chez les personnes résidant dans les communes les moins défavorisées (Q1). L'association entre désavantage social de la commune de résidence et prévalence du traitement hypolipémiant est plus marquée chez les femmes (Ratio Q5/Q1 = 1,33) que chez les hommes (ratio Q5/Q1 = 1,14) et chez les plus jeunes (ratio Q5/Q1 = 1,63 chez les 25-44 ans) que chez les plus âgés (ratio Q5/Q1 = 1,14 chez les 65-84 ans). ■

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

🔄 Synthèse

Plus de 7,4 millions de patients sont traités par un traitement hypolipémiant en France en 2014, soit une prévalence de 11,3 %. Cette prévalence est plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'âge. La prévalence est très variable selon les régions. Elle est élevée dans un croissant Nord-Est et plus faible dans les DROM et en Auvergne - Rhône-Alpes.

TABLEAU 1

Nombre et prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant selon l'âge et le sexe, en 2014

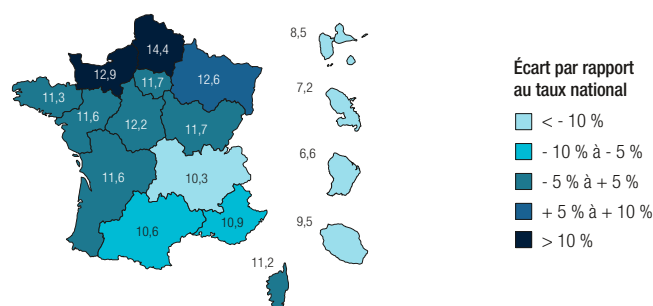
	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients (n)			
< 25 ans	2 287	3 300	5 587
25-44 ans	126 464	60 631	187 095
45-64 ans	1 531 991	1 011 675	2 543 666
65-84 ans	2 018 253	2 027 183	4 045 436
≥ 85 ans	243 685	407 114	650 799
Total	3 922 680	3 509 903	7 432 583
Prévalence (%)			
< 25 ans	< 0,05	< 0,05	< 0,05
25-44 ans	1,5	0,7	1,1
45-64 ans	18,2	11,4	14,7
65-84 ans	43,4	35,5	39,1
≥ 85 ans	37,4	28,4	31,2
Total	12,3	10,3	11,3
Prévalence standardisée* (%)	13,6	10,0	11,6

* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.

Sources • SNIIRAM (CNAMTS) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 1

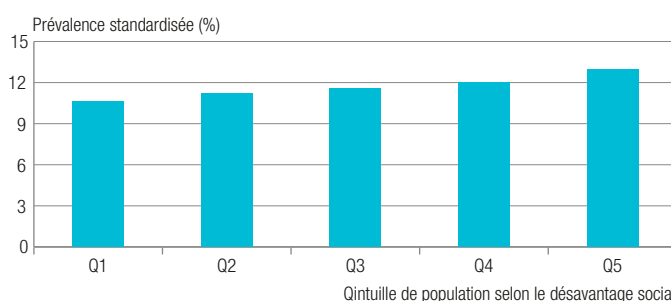
Prévalences régionales standardisées* des personnes traitées par médicament hypolipémiant, en 2014


* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte), tous régimes.

Sources • SNIIRAM (CNAMTS) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1

Prévalence standardisée* des personnes traitées par médicament hypolipémiant en fonction du quintile de population selon l'indice de désavantage social (FDep09) de la commune de résidence, tous sexes confondus, en 2014


* Prévalence standardisée sur l'âge pour 100 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé ; Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine, tous régimes.

Sources • SNIIRAM (CNAMTS) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Prévalence des personnes traitées par médicament hypolipémiant

► **Champ** : France entière (hors Mayotte) et France métropolitaine pour les analyses utilisant l'indice de désavantage social, tous régimes. ► **Sources** : SNIIRAM (CNAMTS) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de personnes ayant eu au moins 3 délivrances d'un traitement hypolipémiant (statines, fibrates ou autres hypolipémiants), ou deux en cas de grand conditionnement, à des dates différentes au cours de l'année n, pour 100 habitants (moyenne de l'année n). Fdep09 : Voir indicateurs transversaux. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données de remboursement des principaux régimes de l'assurance maladie inclus dans le SNIIRAM couvrent la presque totalité des assurés sociaux (97 %). L'algorithme de sélection des personnes traitées par médicament hypolipémiant est fondé sur la délivrance de médicaments et non sur la prise de traitement. Il ne prend pas en compte les patients décédés ou n'ayant pas eu 3 remboursements d'hypolipémiants du fait d'une hospitalisation, par exemple. Les inégalités sociales de traitement par hypolipémiant ont été estimées uniquement pour la France métropolitaine (indice FDep09 non disponible pour l'outre-mer). ► **Références** : De Peretti C., Perel C., Chin F., Tuppin P., Illiou M.-C., Vernay M. *et al.*, 2013, « Cholesterol-LDL moyen et prévalence de l'hypercholestérolémie-LDL chez les adultes de 18 à 74 ans, Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 31, p. 378-385.

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

Asthme

Contexte

L'asthme est une maladie inflammatoire des voies aériennes qui se traduit par des épisodes de dyspnée, de respiration sifflante ou de toux. Cette maladie résulte d'interactions entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux, et son étiologie reste non clairement élucidée à ce jour. Les facteurs déclenchants des exacerbations de la maladie sont nombreux. Il s'agit notamment des expositions à des allergènes (acariens, pollens, allergènes professionnels...) ou à des irritants respiratoires (tabagisme actif ou passif, pollution de l'air intérieur ou extérieur) et des infections respiratoires.

La prise en charge de la maladie repose sur un traitement médicamenteux (incluant, si nécessaire, un traitement de fond quotidien), l'éviction des facteurs déclenchants et l'éducation thérapeutique du patient. Grâce à une prise en charge adaptée, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations d'asthme.

Indicateurs

► Prévalence de l'asthme chez l'enfant

En 2012-2013, 11,8 % des élèves de grande section de maternelle ont eu des sifflements au cours des 12 derniers mois et 11,1 % ont eu au moins une crise d'asthme dans leur vie (prévalence vie entière). Les enquêtes précédentes montraient respectivement en classe de CM2 en 2007-2008 et en classe de 3^e en 2008-2009, une prévalence des sifflements dans les 12 derniers mois de 10,1 % et 10,5 % et une prévalence de l'asthme vie entière de 14,3 % et 15,7 %.

On observe, au cours des années 2000, une augmentation de la prévalence de l'asthme vie entière chez l'enfant, quel que soit le niveau scolaire enquêté (grande section de maternelle, CM2 ou 3^e), et une augmentation de la prévalence des sifflements en grande section de maternelle et CM2 (graphique 1).

► Nombre et taux d'hospitalisations pour asthme

À partir des données du PMSI, on décompte en 2014 un peu plus de 64 000 séjours hospitaliers pour asthme survenus chez des personnes résidant en France (hors Mayotte). Près des deux tiers des séjours (65 %) concernent des enfants de moins de 15 ans (tableau 1). Les taux bruts d'hospitalisation

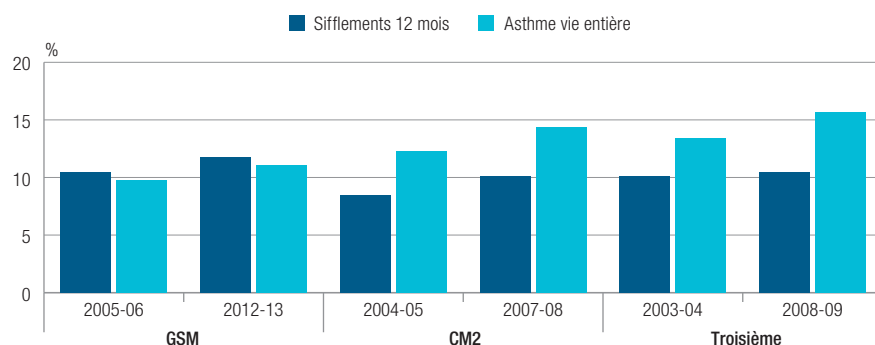
les plus élevés sont observés chez les enfants, et notamment chez les nourrissons. Chez l'enfant, les taux sont plus élevés chez les garçons et, à l'inverse, chez l'adulte, ils sont plus élevés chez les femmes.

L'analyse des tendances temporelles du taux annuel standardisé d'hospitalisation pour asthme, depuis 2000, montre une diminution au début des années 2000 (graphique 2). Cependant, au cours des cinq dernières années, ce taux annuel a augmenté pour les deux sexes. Par classe d'âges, on observe une augmentation chez les enfants et les nourrissons, alors que le taux est resté stable chez les jeunes adultes (15-49 ans) et chez les 50 ans ou plus (tableau 2).

En utilisant les données des trois dernières années disponibles (2012-2014), l'analyse des variations régionales des taux d'hospitalisation pour asthme montre que les régions les plus touchées sont les DROM (à l'exception de la Guyane) ainsi que l'Île-de-France (carte 1).

L'analyse des inégalités sociales de santé (taux de patients hospitalisés en fonction de la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et de l'indice de désavantage social de la commune de résidence) a été effectuée à partir des données de consommation interrégimes (DCIR), appariées aux données du PMSI. Au total, 34 457 patients âgés de 2 à 49 ans et résidant en France métropolitaine ont été hospitalisés au moins

GRAPHIQUE 1
Évolution de la prévalence des sifflements dans les 12 derniers mois et de la prévalence de l'asthme vie entière



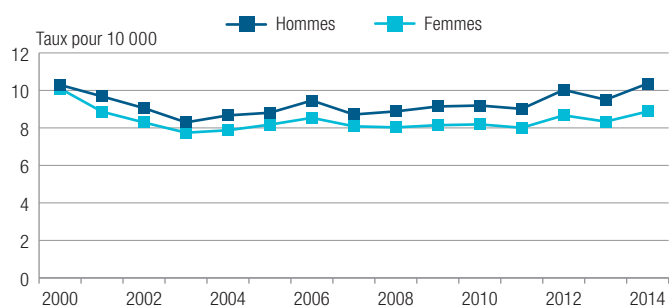
Champ • France entière (hors Mayotte), élèves de grande section de maternelle (GSM), cours moyen 2^e année (CM2) et 3^e.
Champ • Enquête nationale de santé en milieu scolaire (DREES, DGESCO) ; exploitation Santé publique France.

TABLEAU 1
Nombre et taux bruts d'hospitalisation pour asthme, par classe d'âges et sexe, en 2014

Classe d'âges	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux (pour 10 000)	Nombre	Taux (pour 10 000)
0-1 an	8 392	104,0	4 221	54,8
2-4 ans	10 324	82,6	5 968	50,0
5-9 ans	5 758	27,1	3 397	16,7
10-14 ans	2 435	11,4	1 576	7,8
15-19 ans	856	4,2	1 139	5,8
20-34 ans	1 681	2,8	2 940	4,9
35-49 ans	1 753	2,7	2 904	4,4
50-65 ans	1 669	2,7	3 163	4,8
≥ 65 ans	1 615	3,2	4 461	6,4
Total	34 483	10,7	29 769	8,7

Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 2
Évolution des taux annuels standardisés* d'hospitalisation pour asthme, tous âges, entre 2000 et 2014



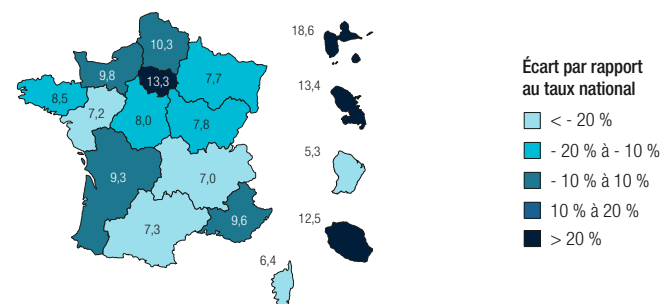
*Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population France 2012.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

TABLEAU 2
Évolution des taux annuels standardisés* d'hospitalisation pour asthme par classe d'âges, entre 2010 et 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
0-1 an	72,0	74,9	77,7	78,6	79,9
2-14 ans	22,6	22,4	25,6	23,5	27,5
15-49 ans	3,7	3,5	3,9	3,7	3,9
50 ans+	4,7	4,4	4,7	4,6	4,4

* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population France 2012.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

CARTE 1
Variations régionales du taux* d'hospitalisation pour asthme, écart du taux moyen régional standardisé par rapport au taux moyen national, 2012-2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population France 2012.
Champ • France entière (hors Mayotte).
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

Asthme (suite)

une fois en 2014, soit un taux de patients hospitalisés pour asthme de 8,7 pour 10 000. Ce taux est plus élevé chez les personnes bénéficiant de la CMU-C (18,6/10 000, contre 7,6/10 000). Selon l'indice de désavantage social (exprimé en quintiles de population), il augmente de 7,9/10 000 chez les résidents des communes les moins défavorisées à 10,6/10 000 chez les résidents des communes les plus défavorisées (graphique 3).

Chez l'adulte, le taux d'hospitalisation pour asthme est légèrement inférieur au taux moyen observé en Europe (respectivement, taux standardisé de 3,7 et 5,1/10 000 en 2011)¹.

► Mortalité par asthme

Les données recueillies à partir des certificats de décès montrent qu'en 2013, 883 décès par asthme sont survenus en France (hors Mayotte),

dont 63 chez des enfants ou des adultes de moins de 45 ans. Le taux brut de mortalité par asthme est de 1,34/100 000 personnes tous âges confondus et de 0,17/100 000 personnes âgées de moins de 45 ans. Le taux annuel standardisé de mortalité chez les moins de 45 ans a nettement diminué au début des années 2000 (graphique 4).

En termes de mortalité par asthme, tous âges confondus, la France se situait en 2010 dans une situation moyenne par rapport aux autres pays européens (Eurostat). ■

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

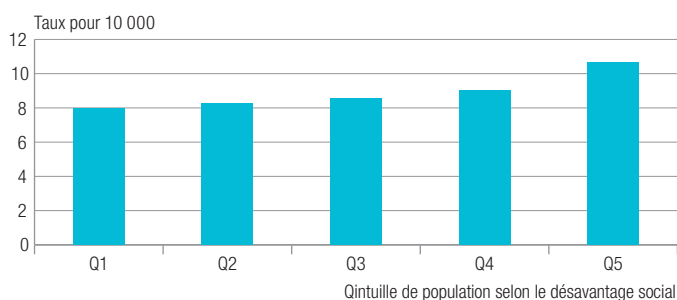
1. Health at a glance : Europe 2014 ; OCDE.

○ Synthèse

La prévalence de l'asthme chez l'enfant a augmenté au cours des années 2000. Le taux d'hospitalisation pour asthme, quant à lui, a diminué au début des années 2000. Toutefois, les tendances récentes montrent une augmentation de ce taux, traduisant une augmentation du taux chez les enfants. Tous âges confondus, les régions d'outre-mer et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées. Les personnes les plus défavorisées ont un risque accru d'être hospitalisées pour asthme. Le taux de mortalité par asthme chez les personnes âgées de moins de 45 ans a nettement diminué au début des années 2000.

GRAPHIQUE 3

Taux de patients hospitalisés pour asthme en fonction de l'indice de désavantage social de la commune de résidence, en 2014



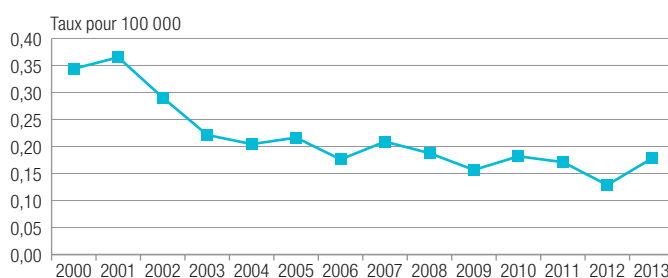
Note • Q1 : quintile le moins défavorisé, Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine, population âgée de 2 à 49 ans.

Sources • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 4

Évolution du taux annuel standardisé* de mortalité par asthme chez les moins de 45 ans, entre 2000 et 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte), population âgée de moins de 45 ans.

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

INDICATEUR • Prévalence de l'asthme chez l'enfant

► **Champ** : France entière (hors Mayotte). ► **Source** : Enquête nationale de santé en milieu scolaire, effectuée alternativement auprès d'élèves de grande section de maternelle, CM2 et 3^e (DREES, DGESCO).

► **Mode de construction de l'indicateur** : Interrogatoire des enfants (des parents pour les élèves de grande section de maternelle) par le médecin ou l'infirmier de l'Éducation nationale, à l'aide d'un questionnaire standardisé. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Données déclaratives. ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Hospitalisations pour asthme

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), France métropolitaine pour l'analyse des inégalités sociales de santé. ► **Sources** : PMSI (ATIH) ; SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Séjours et patients hospitalisés pour asthme (J45 ou J46 en diagnostic principal) ; effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge, en utilisant comme population de référence la population française au recensement de 2012 (INSEE), la population européenne ne permettant pas de distinguer les nourrissons de moins de 2 ans. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données du PMSI ne permettent pas de distinguer les hospitalisations pour exacerbation d'asthme des hospitalisations pour bilan. ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

INDICATEUR • Mortalité par asthme

► **Champ** : France entière, hors Mayotte, enfants et adultes de moins de 45 ans. ► **Sources** : Causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Décès par asthme (J45 ou J46 en diagnostic principal) ; taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

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

Bronchopneumopathie chronique obstructive

Contexte

Les données épidémiologiques sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)¹ sont peu nombreuses. L'estimation de la prévalence de la BPCO est difficile. En effet, ce sont des critères spirométriques qui permettent de porter le diagnostic et de déterminer le stade de sévérité de la BPCO, et la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires est complexe à mettre en œuvre dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. D'autre part, la prévalence de

cette pathologie, lorsqu'elle est mesurée via l'autodéclaration (qu'elle ait été ou non confirmée par un médecin) est sous-estimée en raison de l'importance du sous-diagnostic. Les exacerbations² de BPCO sont un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution de la maladie. Les plus sévères nécessitent une hospitalisation. Une partie de ces hospitalisations pourraient être évitées grâce à une prise en charge optimale. Il est donc pertinent de chercher à évaluer le poids global de ces hospitalisations et d'en suivre les tendances au cours du temps. Les indicateurs retenus ici concernent les

hospitalisations pour exacerbation de BPCO et la mortalité liée à la BPCO.

Indicateurs

► Taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO

En France, en 2014, le nombre annuel d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO se situe entre 100 000 et 160 000 par an, selon l'indicateur utilisé. Les taux bruts d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO (indicateur strict) sont de 31/10 000 adultes âgés de 25 ans ou plus chez les hommes et 15/10 000 chez les femmes âgées de 25 ans ou plus (tableau 1). Entre 2000 et 2014, les taux standardisés d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO ont augmenté chez les hommes (+ 2 % par an en moyenne) comme chez les femmes (+ 5 % par an). On observe une très forte augmentation de l'incidence des hospitalisations pour BPCO à tous âges, particulièrement importante chez les femmes de moins de 65 ans : 136 % sur la période considérée (graphique 1). Bien que l'augmentation des taux d'hospitalisation soit plus rapide chez les femmes, l'écart entre hommes et femmes reste important.

Tendances régionales

En 2014, les taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO les plus élevés sont observés dans les régions du Nord et de l'Est, ainsi qu'à La Réunion (carte 1).

Déclinaison selon l'indice communal de désavantage social

En 2014, les taux de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO standardisés sur l'âge augmentent avec l'indice de désavantage social de la commune de résidence (graphique 2).

Comparaisons internationales

Les taux d'hospitalisation en rapport avec la BPCO observés en France sont parmi les plus bas d'Europe. Toutefois, les pratiques de codages étant très hétérogènes, les comparaisons internationales sont difficiles.

TABLEAU 1

Taux bruts d'hospitalisation pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive par classe d'âges et par sexe, en 2014

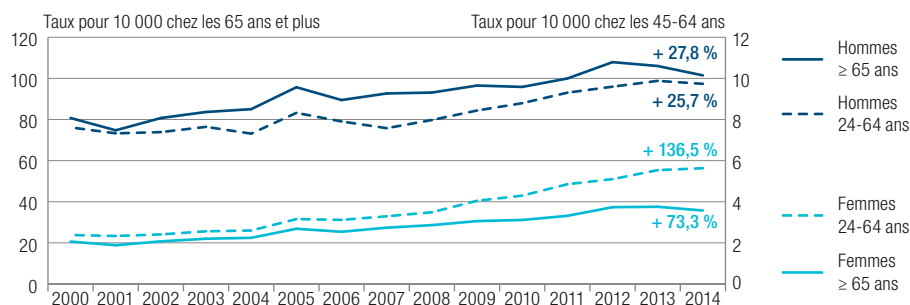
	Effectif	Taux/10 000
Hommes		
25-44 ans	1 032	1,2
45-64 ans	15 432	18,4
65-84 ans	39 192	86,9
85 ans ou plus	11 455	193,3
Total	67 111	30,8
Femmes		
25-44 ans	804	0,9
45-64 ans	9 252	10,5
65-84 ans	17 898	32,0
85 ans ou plus	9 377	70,5
Total	37 331	15,4

Champ • France entière (hors Mayotte), population âgée de plus de 25 ans.

Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1

Évolution des taux annuels standardisés* d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO, entre 2000 et 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France métropolitaine, population âgée de 25 ans ou plus.

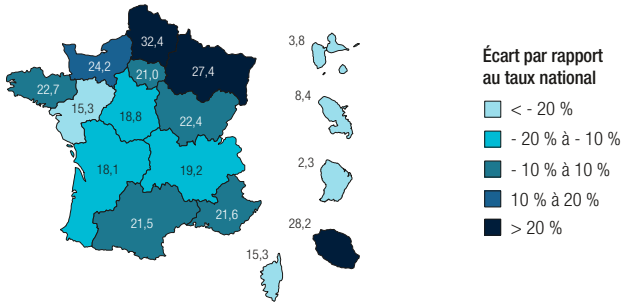
Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

1. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes.

2. Aggravation prolongée de l'état d'un patient atteint de BPCO, à partir de l'état stable et au-delà des variations quotidiennes normales, d'apparition brutale et nécessitant une modification du traitement habituel.

CARTE 1

Variations régionales des taux* d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO, en 2014



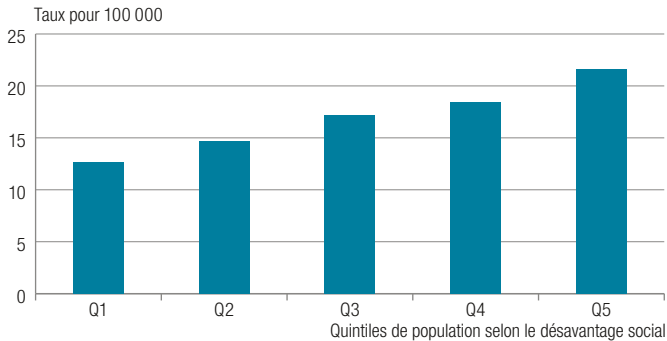
* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France entière (hors Mayotte), population âgée de plus de 25 ans.

Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE), exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 2

Taux* de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO selon l'indice de désavantage social de la commune de résidence, en 2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé, Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France entière (hors Mayotte), population âgée de plus de 25 ans.

Sources • PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE); exploitation Santé publique France.

TABLEAU 2

Taux de mortalité par BPCO (cause initiale) et liée à la BPCO (causes multiples), taux bruts par classe d'âges et par sexe, en 2013

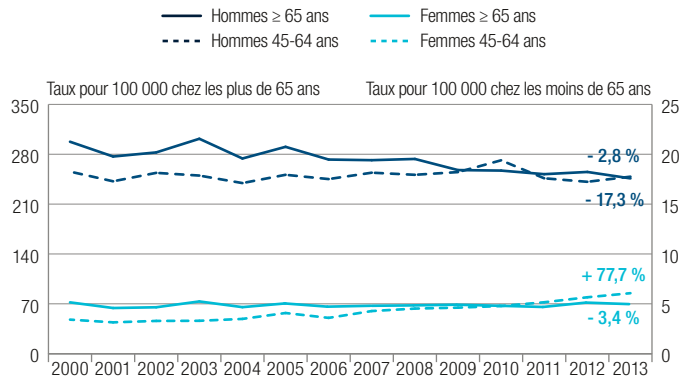
	Taux/100 000			
	Cause initiale		Causes multiples	
	Effectif	Taux /100 000	Effectif	Taux /100 000
Hommes				
45-64 ans	590	7,0	1 509	18,2
65-84 ans	2 932	67,1	6 751	155,5
85 ans ou plus	2 342	413,5	4 522	803,7
Total	5 864	44,4	12 782	95,9
Femmes				
45-64 ans	236	2,7	548	6,2
65-84 ans	1 226	22,4	2 386	43,6
85 ans ou plus	1 887	146,5	3 473	269,7
Total	3 349	21,5	6 407	41,1

Champ • France entière (hors Mayotte), adultes âgés de 45 ans ou plus.

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

GRAPHIQUE 3

Évolution des taux standardisés* de mortalité liée à la BPCO, causes multiples, entre 2000 et 2013



* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France métropolitaine, adultes âgés de 45 ans ou plus.

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

Bronchopneumopathie chronique obstructive (suite)

► Taux de mortalité liée à la BPCO

En France, en 2013, environ 19 000 décès sont liés à la BPCO (en cause initiale ou en cause associée), dont 48 % en cause initiale. En 2013, les taux bruts de mortalité liés à la BPCO sont de 96/100 000 adultes de 45 ans ou plus chez les hommes et 41/100 000 chez les femmes (tableau 2). Depuis 2000, les taux de mortalité liés à la BPCO sont en diminution chez les hommes (environ -1 % par an en moyenne) mais en augmentation chez les femmes (+ 1 % par an), surtout chez les femmes de moins de 65 ans chez qui la mortalité a fortement augmenté (77,7%) sur la période (graphique 3).

Tendances régionales

En 2012-2013, les taux de mortalité liée à la BPCO les plus élevés sont observés dans les régions du Nord et de l'Est, ainsi qu'à La Réunion (carte 2).

Déclinaison selon l'indice communal de désavantage social

En 2012-2013, les taux de mortalité liée à la BPCO augmentent avec l'indice de désavantage social de la commune de résidence (graphique 4).

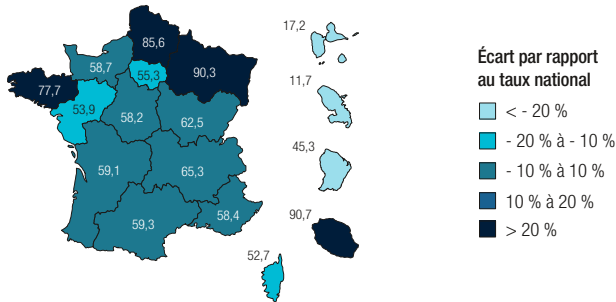
Comparaisons internationales

Les taux de mortalité par BPCO observés en France sont parmi les plus bas d'Europe. Parmi les explications possibles, on peut évoquer une moindre exposition passée aux facteurs de risque (tabac, expositions professionnelles...) mais également un sous-diagnostic plus important. Les tendances temporelles observées dans les autres pays de l'Union européenne et aux États-Unis sont similaires à celles observées en France, avec une diminution globale des taux de mortalité par BPCO et une réduction du sex ratio. ■

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

🕒 Synthèse

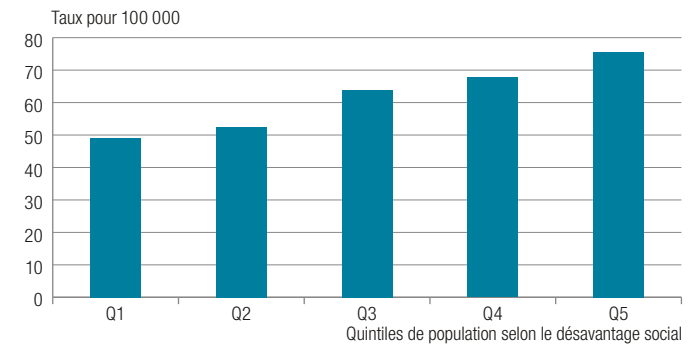
Les hospitalisations pour exacerbation de BPCO ont augmenté entre 2000 et 2014 ; cette augmentation est plus importante chez les femmes (+6 % par an) que chez les hommes (+ 2 %). La mortalité liée à la BPCO a diminué d'environ 1 % par an chez les hommes entre 2000 et 2013 mais elle a augmenté chez les femmes (+ 1 %) au cours de la même période. Ainsi, l'écart de morbi-mortalité liée à la BPCO entre hommes et femmes tend à se réduire. Pour les hospitalisations comme pour la mortalité, il existe d'importantes disparités régionales : les taux les plus élevés sont observés dans le Nord et l'Est de la France ainsi qu'à l'île de La Réunion.

CARTE 2**Variations régionales des taux* de mortalité liée à la BPCO, causes multiples, taux moyens 2012-2013**

* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ • France métropolitaine, adultes âgés de 45 ans ou plus.

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

GRAPHIQUE 4**Taux* de mortalité liée à la BPCO selon l'indice de désavantage social de la commune de résidence, taux moyens 2012-2013**

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Note • Q1 : quintile le moins défavorisé, Q5 : quintile le plus défavorisé.

Champ • France métropolitaine, adultes âgés de 45 ans ou plus.

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

INDICATEUR • Taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), adultes âgés de 25 ans ou plus. ► **Sources** : PMSI (ATIH); statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Séjours avec :

1. diagnostic principal (DP) de maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires (J44.0) ou avec épisode aigu non précisé (J44.1);
2. DP d'insuffisance respiratoire aiguë (J96.0) avec un diagnostic associé significatif (DAS) de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43);
3. DP d'infection respiratoire basse (J10-J18, J20-J22) avec un DAS de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43);
4. DP de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43) avec un diagnostic associé d'infection respiratoire basse (J10-J18, J20-J22) ou d'insuffisance respiratoire aiguë (J96.0).

Taux standardisés sur l'âge (population de référence : Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Certaines hospitalisations pour exacerbation de BPCO peuvent ne pas être reconnues ou codées comme telles. De plus, compte tenu des comorbidités fréquentes, la BPCO peut ne pas apparaître en diagnostic principal sur le résumé de sortie anonyme. Un deuxième indicateur construit au moyen d'un algorithme moins spécifique permet de prendre en compte d'éventuels transferts de codage et de vérifier la robustesse des tendances au cours du temps (données non présentées, disponibles sur le site web de l'InVS). ► **Référence** : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Bronchopneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique

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

INDICATEUR • Taux de mortalité liée à la BPCO

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), adultes âgés de 45 ans ou plus. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc); statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Certificats de décès ayant un code BPCO en cause initiale de décès (mortalité par BPCO) ou en cause initiale ou associée (causes multiples, mortalité liée à la BPCO). Codes CIM-10 J40-J44. Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âges (population de référence : Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : La bronchopneumopathie chronique obstructive est globalement sous-déclarée sur les certificats de décès. En effet, il s'agit d'une maladie sous-diagnostiquée, y compris aux stades sévères, et quand elle est diagnostiquée, elle peut ne pas être rapportée sur le certificat de décès quand il existe d'autres causes concurrentes de décès.

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

Diabète

Prévalence du diabète	272
Complications du diabète	276

Prévalence du diabète

Contexte

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète. La prévalence du diabète traité ne cesse d'augmenter depuis les premières estimations réalisées à partir des bases de données de l'assurance maladie (CNAMTS), en 1998. Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques progresse mais reste encore insuffisant.

Le diabète gestationnel est un diabète débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse. Il est associé à des complications chez l'enfant et la mère. À plus long terme, il est associé à un risque élevé pour la mère de développer ultérieurement un diabète de type 2 et, potentiellement, à un risque de surpoids/obésité et de diabète de type 2 pour les enfants.

Indicateurs

► Prévalence du diabète traité pharmacologiquement

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement a augmenté de 4,4 % en 2010 à 4,7 % en 2013, ce qui représente environ 3 millions de personnes. La France se situe ainsi dans la moyenne européenne. En 2013, la prévalence est plus élevée chez les hommes (5,2 % *versus* 4,1 %) et augmente avec l'âge pour atteindre 16,5 % chez les 75-79 ans, et diminue ensuite. Elle varie aussi selon le niveau socio-économique, que ce soit chez les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) âgées de moins de 60 ans (2,3 % *versus* 1,7 % chez les non-bénéficiaires du même âge) ou en fonction d'un indice territorial de désavantage social : à structure d'âge identique, la prévalence du diabète est plus élevée chez les personnes résidant dans les communes les plus défavorisées (1,7 fois plus chez les femmes et 1,3 fois plus chez les hommes) par rapport à celles qui résident dans les communes les moins défavorisées (graphique 1).

À structure d'âge équivalente, les taux de prévalence du diabète sont beaucoup plus élevés dans les DROM (carte 1, tableau 1). Cela s'explique par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des comportements alimentaires) et un risque

génétique plus élevé. Des taux de prévalence élevés sont également observés dans les régions Hauts-de-France, Grand Est et Île-de-France (tableau 1, carte 1).

► Dépistage et prévalence du diabète gestationnel

En France, en 2013, 76 % des femmes ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel durant leur grossesse. Le dépistage varie peu en fonction du niveau socio-économique ou selon les régions (carte 2a). Seule la Guyane affiche un taux de dépistage extrêmement faible (< 50 %).

Entre 2011 et 2013, le taux de prévalence du diabète gestationnel a augmenté, passant de 6,4 % à 8,6 %. En 2013, la prévalence augmente avec l'âge pour atteindre 18,6 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Le taux de prévalence du diabète gestationnel est de 9,9 % chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C contre 8,4 % chez les non-bénéficiaires, il augmente également selon l'indice territorial de désavantage social (8,0 % parmi les femmes résidant dans les communes les moins défavorisées et 9,7 % parmi celles résidant dans les communes les plus défavorisées). Les taux de prévalence les plus élevés se trouvent à

La Réunion, dans le Nord - Pas-de-Calais et en Bourgogne (carte 2b).

► Proportion de personnes diabétiques ayant réalisé dans l'année certains des examens de surveillance recommandés

Selon l'examen de surveillance considéré, le suivi des recommandations, estimé à partir des données du SNIIRAM, varie de 30 % (au moins une microalbuminurie) à 84 % (au moins une créatininémie) en 2013 (graphique 2). Entre 2007 et 2013, le suivi s'est amélioré mais de façon hétérogène selon les examens. Les progressions les plus marquées concernent la surveillance du contrôle glycémique. En 2013, l'HbA1c a été dosée au moins 3 fois pour 51 % des personnes diabétiques (+ 12 points). La pratique d'un ECG (ou une consultation de cardiologie) a concerné 35 % des personnes diabétiques en 2013 et a peu progressé par rapport à 2007. La proportion de personnes diabétiques ayant eu au moins une consultation d'ophtalmologie bisannuelle est restée stable, autour de 62 %.

En 2013, la fréquence de réalisation des dosages biologiques est identique selon que les personnes âgées de moins de 60 ans bénéficient de la CMU-C ou non, à l'exception des trois

TABLEAU 1
Prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France, en 2013

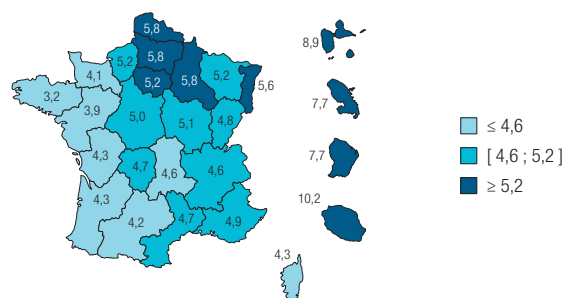
Région	Nombre de personnes diabétiques traitées	Prévalence brute (en %)	Prévalence standardisée* (en %)
Grand Est	287 799	5,18	5,35
Nouvelle-Aquitaine	277 956	4,75	4,34
Auvergne - Rhone-Alpes	343 083	4,41	4,62
Normandie	154 736	4,65	4,67
Bourgogne - Franche-Comté	146 547	5,20	4,95
Bretagne	105 428	3,23	3,15
Centre - Val de Loire	132 599	5,15	4,95
Corse	14 919	4,64	4,31
Île-de-France	504 539	4,21	5,23
Occitanie	264 945	4,65	4,42
Hauts-de-France	311 556	5,21	5,82
Pays de la Loire	140 255	3,82	3,94
Provence - Alpes - Côte d'Azur	254 994	5,14	4,87
Guadeloupe	32 746	8,11	8,88
Martinique	29 092	7,59	7,67
Guyane	8 073	3,26	7,74
La Réunion	59 705	7,09	10,20

* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27. Dénominateur = INSEE PA (âge atteint dans l'année) moyenne des années n et n+1.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 1
Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement, par région, en 2013



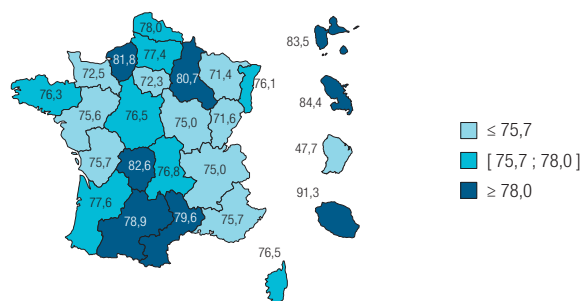
* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27.

Champ • France entière (hors Mayotte).

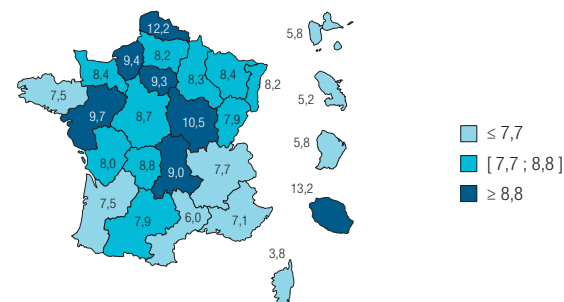
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

CARTES 2
Dépistage et prévalence standardisés* du diabète gestationnel, par région, en 2013

2a. Dépistage du diabète gestationnel



2b. Prévalence du diabète gestationnel

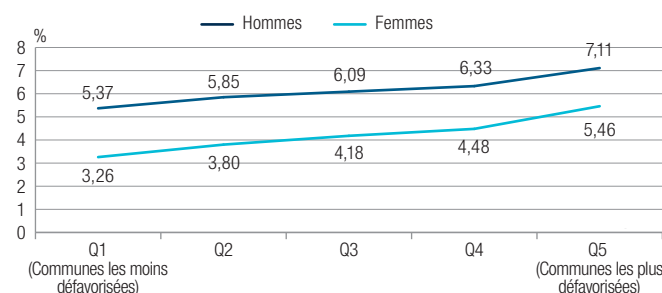


* Standardisation sur la population des femmes enceintes en France, 2013.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1
Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement selon le niveau de désavantage social de la commune de résidence, en 2013

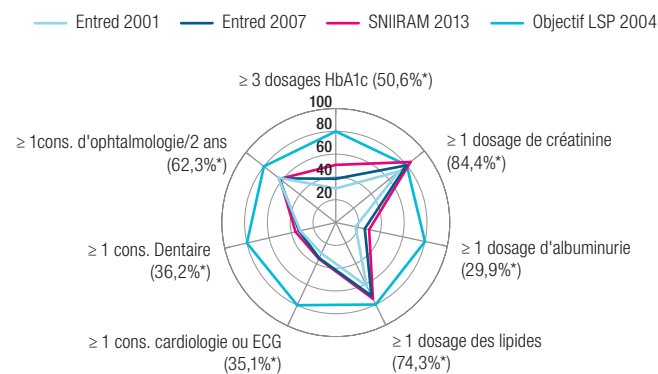


* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27.

Champ • France métropolitaine (hors sections locales mutualistes).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 2
Proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié des examens recommandés, en 2001, en 2007 et en 2013



Champ • Entred 2001 : estimations calculées sur un échantillon représentatif de 9987 adultes diabétiques traités pharmacologiquement ; France métropolitaine, régime général (hors sections locales mutualistes). Entred 2007 : estimations calculées sur un échantillon représentatif de 9781 adultes diabétiques traités pharmacologiquement ; France entière hors Mayotte et La Réunion, régime général (hors sections locales mutualistes) et RSI. SNIIRAM 2013 : estimations calculées sur les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement extraites du SNIIRAM, France entière hors Mayotte, tous régimes, tous âges. LSP 2004 : Loi de santé publique de 2004 qui avait fixé comme objectif que 80 % des personnes diabétiques devaient bénéficier de chaque examen recommandé en 2008.

Sources • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France ; Entred 2001 et 2007.

Prévalence du diabète (suite)

dosages d'HbA1c, qui sont moins fréquemment pratiqués chez les personnes bénéficiaires de la CMU-C (- 3,6 points). Le suivi clinique est légèrement différent avec un meilleur suivi cardiologique et dentaire chez les bénéficiaires de la CMU-C, respectivement + 1,4 point et + 1,8 point. En revanche, le suivi ophtalmologique est moindre au sein de cette population (- 2,4 points).

Les fréquences de suivi des examens biologiques recommandés sont légèrement différentes selon l'indice territorial de désavantage social (graphique 3a). Les 3 dosages d'HbA1c recommandés annuellement sont plus fréquemment réalisés chez les personnes diabétiques résidant dans les communes les plus défavorisées que chez celles résidant dans les communes les plus favorisées (+ 5 points). La tendance est la même pour le dosage de la créatininémie, mais dans une moindre mesure (+ 1 point). La microalbuminurie est moins fréquemment dosée chez les personnes résidant dans les communes les plus défavorisées (- 3,9 points). En revanche, les lipides sont autant dosés quel que soit le niveau

de désavantage social de la commune de résidence. Le suivi clinique (graphique 3b) est moins fréquent chez les personnes résidant dans les communes les plus défavorisées : suivi dentaire (- 8,2 points), suivi ophtalmologique (- 4,3 points), suivi cardiologique (- 3,4 points).

Le suivi des examens de surveillance recommandés est hétérogène selon la région et l'examen. La Guyane et la Guadeloupe affichent des fréquences faibles des trois dosages d'HbA1c recommandés annuellement (25 % et 39 %, respectivement). À l'inverse, les Pays de la Loire, l'Auvergne et la région Rhône-Alpes présentent des taux élevés par rapport au taux national (58 %, 58 % et 57 %, respectivement). Des écarts importants sont également observés pour le dosage de microalbuminurie. Le Limousin et la région Champagne-Ardenne présentent des taux de 21 % et 22 %, respectivement. En revanche, la microalbuminurie est davantage dosée à La Réunion (53 %), en Guadeloupe (41 %) et en Guyane (40 %). Des écarts sont également observés dans la fréquence de dosage de la créatininémie. Toutefois, même si la Guyane est la région

dans laquelle ce dosage est le moins fréquent, le taux atteint 74 %. Ce taux atteint 89 % en Alsace. La fréquence du dosage des lipides varie de 68 % en Bretagne et en Guyane à 80 % à La Réunion et 83 % en Corse. ■

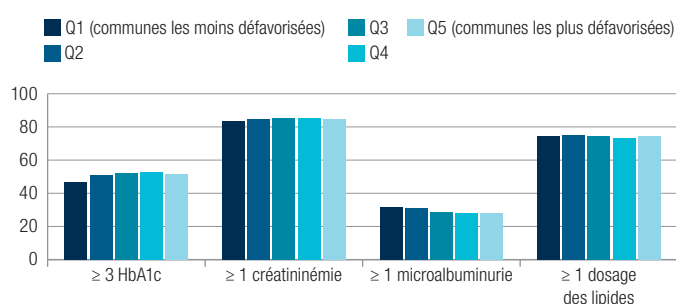
►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Santé publique France

🔄 Synthèse

En 2013, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 4,7 %, soit environ 3 millions de personnes. Les variations géographiques sont importantes, avec une prévalence particulièrement élevée dans les DROM et le Nord. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont encore insuffisamment suivies. En 2013, entre 30 % (microalbuminurie) et 84 % (créatininémie) des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, avec de fortes variations régionales. Le dépistage du diabète gestationnel est fréquent en France en 2013 (76 % des grossesses). Sa prévalence est en augmentation et concerne 8,6 % des grossesses en 2013.

GRAPHIQUE 3a

Proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement bénéficiant d'un suivi biologique recommandé selon le niveau de désavantage social de la commune de résidence, en 2013

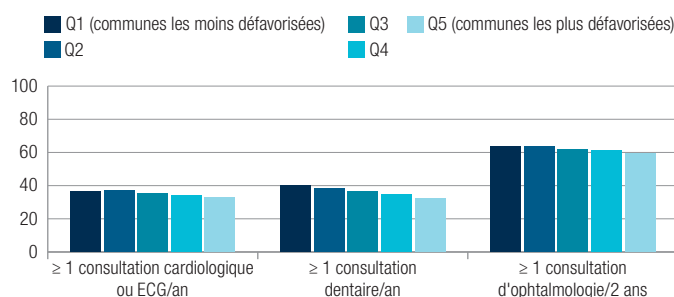


Champ • France métropolitaine (hors sections locales mutualistes).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 3b

Proportion de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement bénéficiant du suivi clinique recommandé selon le niveau de désavantage social de la commune de résidence, en 2013



Champ • France métropolitaine (hors sections locales mutualistes).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Prévalence du diabète traité pharmacologiquement

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), tous régimes, tous âges. ► **Source** : SNIIRAM, base médico-administrative permanente de l'assurance maladie. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de personnes ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou insuline, ou 2 en cas de grand conditionnement, à des dates différentes au cours de l'année n ; le dénominateur est la population INSEE moyenne des années n et n+1. ► **Biais connus** : Données de remboursement des principaux régimes de l'assurance maladie, couvrant la presque totalité des assurés sociaux (97 %). L'algorithme de définition du diabète traité pharmacologiquement ne prend pas en compte les personnes décédées ou n'ayant pas eu 3 remboursements d'antidiabétique du fait d'une hospitalisation, par exemple. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, cela n'induit donc pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles. ► **Référence** : Mandereau-Bruno I. *et al.*, 2014, « Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012 », numéro thématique : Journée mondiale du diabète, 14 novembre. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 30-31, p. 493-499.

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

INDICATEUR • Taux de dépistage du diabète gestationnel

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), tous régimes, tous âges. ► **Source** : SNIIRAM, base médico-administrative permanente de l'assurance maladie. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de femmes ayant été remboursées d'une glycémie à jeun avant 23 semaines d'aménorrhées (SA) ou d'une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) entre 24 et 28 SA ; le dénominateur est le nombre de femmes ayant accouché ou subi une interruption médicale de grossesse après 22 SA en France.

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

INDICATEUR • Prévalence du diabète gestationnel

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), tous régimes, tous âges. ► **Source** : SNIIRAM, base médico-administrative permanente de l'assurance maladie. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de femmes ayant été remboursées d'au moins une délivrance d'insuline pendant leur grossesse ou d'au moins deux délivrances de bandelettes (≥ 200) ou ayant eu une hospitalisation avec un diagnostic de diabète pendant leur grossesse ou lors de l'accouchement et n'ayant pas eu de délivrance d'antidiabétiques oraux ni d'insuline ni d'ALD diabète durant l'année précédant la grossesse ; le dénominateur est le nombre de femmes ayant accouché ou subi une interruption médicale de grossesse après 22 SA en France.

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

INDICATEUR • Proportion de personnes diabétiques ayant réalisé dans l'année certains des examens de surveillance recommandés

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), tous régimes, tous âges. ► **Source** : SNIIRAM, base médico-administrative permanente de l'assurance maladie. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié de l'examen recommandé ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. ► **Biais connus** : Les examens de surveillance recommandés réalisés en externe à l'hôpital et lors des hospitalisations en secteur public ne sont pas comptabilisés. ► **Référence** : Fosse-Edorh S., Mandereau-Bruno L., 2015, « Suivi des examens recommandés dans la surveillance du diabète en France en 2013 », numéro thématique : Journée mondiale du diabète 2015, Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 34-35, p. 645-654.

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

Complications du diabète

Contexte

Les complications du diabète sont fréquentes et graves : infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). Toutefois, elles peuvent être retardées voire évitées grâce à un contrôle strict de la maladie. La mortalité liée au diabète reste élevée en France.

Indicateurs

► Incidence des hospitalisations de personnes diabétiques pour plaie du pied et amputation du membre inférieur (mineure/majeure)

En 2013, plus de 7 700 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur et plus de 20 000 avec mention de plaie du pied. Le taux d'incidence brut des hospitalisations pour amputation est de 252/100 000 personnes diabétiques traitées et celui des hospitalisations pour plaie du pied est de 668/100 000. Entre 2010 et 2013, le taux d'incidence annuel des hospitalisations pour amputation est resté stable (258, 257, 250 et 252/100 000, respectivement), alors que celui des plaies du pied a augmenté (558, 606, 636 et 668/100 000).

Les variations géographiques sont relativement importantes. En 2013 et à structure d'âge identique, le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour amputation est relativement faible en Languedoc-Roussillon (1,4 fois moins élevé que le taux national), Île-de-France (1,3), Auvergne (1,3), Provence - Alpes - Côte d'Azur (1,2) et Bourgogne (1,2), mais très élevé en Guyane et Guadeloupe (1,6 fois plus que le taux national), en Martinique, à La Réunion, en Basse-Normandie et dans le Nord - Pas-de-Calais (1,3 ; carte 1a). Le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour plaie du pied est faible en Corse (3,7 fois moins que le taux national), en Guyane (1,8), en Guadeloupe (1,5), en Provence - Alpes - Côte d'Azur (1,4), à La Réunion et en Île-de-France (1,2), mais très élevé dans le Nord - Pas-de-Calais (1,5 fois plus élevé que le taux national), en Picardie, en Alsace, en Martinique (1,3), en Bourgogne et en Auvergne (1,2 ; carte 1b). Toutefois, cette grande variabilité entre les

régions, de même que l'augmentation temporelle, est également le reflet du mode de prise en charge des plaies du pied, voire des pratiques de codage.

Les personnes diabétiques hospitalisées pour amputation et plaie du pied sont âgées respectivement, de 71 ans et 71,5 ans en moyenne. Le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour amputation est 2,6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et ce rapport est de 1,6 en ce qui concerne les plaies du pied, à structure d'âge identique. Les taux d'incidence bruts augmentent avec l'âge pour atteindre respectivement 428/100 000 et 1 621/100 000 chez les personnes âgées de 90 ans et plus. Les taux d'incidence standardisés sont également plus élevés chez les personnes socio-économiquement défavorisées : parmi les personnes de moins de 60 ans, les hospitalisations pour amputation du membre inférieur (AMI) et plaies du pied sont respectivement 1,5 fois et 1,4 fois plus fréquentes chez les personnes diabétiques bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) que chez celles qui n'en bénéficient pas, à structure d'âge identique. Par ailleurs, les hospitalisations pour AMI et pour plaies du pied sont 1,3 fois plus fréquentes chez les personnes diabétiques résidant dans les communes les plus défavorisées par rapport à celles résidant dans les communes les moins défavorisées (graphique 1).

► Incidence des hospitalisations de personnes diabétiques pour infarctus du myocarde (IDM)

En 2013, plus de 11 700 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un IDM. Le taux d'incidence brut des hospitalisations pour un IDM est de 382/100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Entre 2010 et 2013, le taux d'incidence annuel des hospitalisations pour IDM est resté stable (382, 379, 382 et 382/100 000, respectivement).

En 2013 et à structure d'âge identique, le taux d'incidence des hospitalisations pour IDM est élevé en Limousin (1,5 fois supérieur au taux national), Poitou-Charentes (1,3), Bourgogne, Provence - Alpes - Côte d'Azur (1,2), Midi-Pyrénées et Franche-Comté (1,1). À l'inverse, le Languedoc-Roussillon, les Pays de la Loire, l'Île-de-France, l'Auvergne, la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique enregistrent des taux d'incidence plus faibles que le taux national (carte 2a).

Les personnes diabétiques hospitalisées pour IDM sont âgées de 70,7 ans en moyenne. Le taux d'incidence standardisé sur l'âge des hospitalisations pour IDM est 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les taux d'incidence bruts augmentent avec l'âge pour atteindre 761/100 000 chez les personnes âgées de 90 ans et plus. Les taux d'incidence standardisés sont également plus élevés chez les personnes socio-économiquement défavorisées : chez les personnes diabétiques de moins de 60 ans, les hospitalisations pour IDM sont 1,3 fois plus fréquentes chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non-bénéficiaires, à structure d'âge identique. Toutefois, les taux de personnes diabétiques hospitalisées pour IDM varient peu en fonction de l'indice territorial de désavantage social (graphique 2).

► Incidence des hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC)

En 2013, plus de 17 000 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un AVC. Le taux d'incidence brut des hospitalisations pour un AVC est de 559/100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Entre 2010 et 2013, le taux d'incidence annuel des hospitalisations pour AVC a légèrement augmenté (537, 533, 543 et 559/100 000, respectivement).

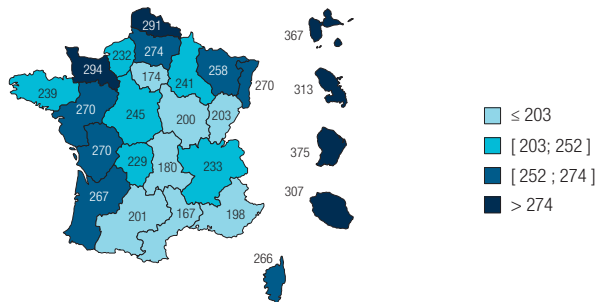
En 2013 et à structure d'âge identique, le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour AVC est élevé à La Réunion (1,4 fois supérieur au taux national), en Guyane (1,3), en Bretagne (1,2), en Martinique, dans le Nord - Pas-de-Calais, en Haute-Normandie, en Alsace et dans le Limousin (1,1). Les taux d'incidence les plus faibles sont retrouvés sur une diagonale allant du Centre vers le Sud-Est, et en Guadeloupe (carte 2b).

Les personnes diabétiques hospitalisées pour AVC sont âgées de 74,6 ans en moyenne. Les hospitalisations pour AVC sont 1,3 fois plus élevées chez les hommes que chez les femmes, à structure d'âge équivalente. Les taux d'incidence bruts augmentent avec l'âge pour atteindre 1 715/100 000 chez les personnes âgées de 90 ans et plus. Les taux d'incidence standardisés sont également plus élevés chez les personnes socio-économiquement défavorisées : chez les personnes diabétiques de moins de 60 ans, les hospitalisations pour AVC sont 1,6 fois plus fréquentes chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les non-bénéficiaires, à structure d'âge identique. Le taux de personnes diabétiques

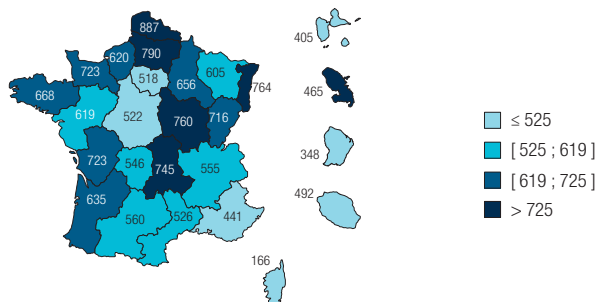
CARTES 1

Taux d'incidence standardisé* des amputations de membres inférieurs par région, en 2013

1a : Amputations de membre inférieur



1b : Plaie du pied



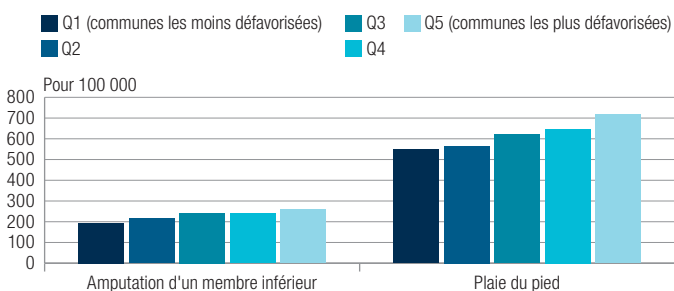
* Taux pour 100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 1

Taux d'incidence standardisé* des amputations de membre inférieur et des plaies du pied selon le niveau territorial de désavantage social, en 2013



* Taux pour 100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans.

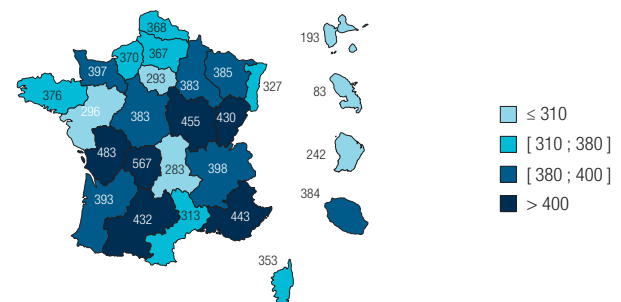
Champ • France métropolitaine (hors sections locales mutualistes).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

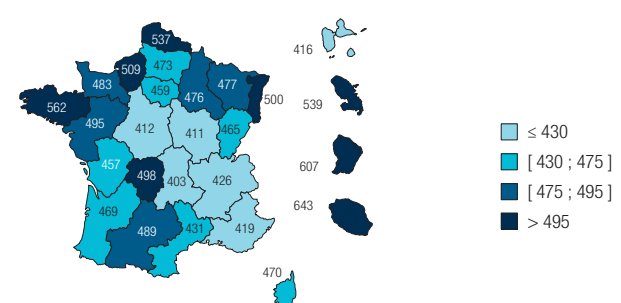
CARTES 2

Taux standardisé* de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement hospitalisées pour IDM et AVC, selon la région, en 2013

2a : Infarctus du myocarde



2b : Accident vasculaire cérébral



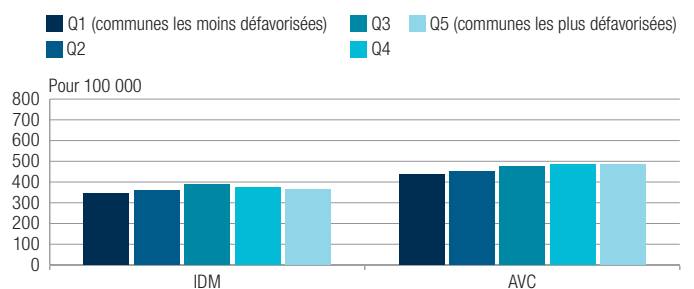
* Taux pour 100 000 personnes diabétiques. Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 2

Taux standardisés* de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement hospitalisées pour IDM et AVC (pour 100 000 personnes diabétiques) selon le niveau de désavantage social de la commune de résidence, en 2013



* Taux pour 100 000 personnes diabétiques. Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans.

Champ • France métropolitaine (hors sections locales mutualistes).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

Complications du diabète (suite)

hospitalisées pour AVC augmente légèrement avec l'indice territorial de désavantage social et est 1,1 fois plus élevé chez les personnes résidant dans les communes les plus défavorisées que chez celles qui résident dans les communes les moins défavorisées (graphique 2).

► Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les diabétiques

En 2013, d'après les données du registre du Réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN), le taux d'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par dialyse ou greffe rénale est de 142/100 000 personnes diabétiques (9,4 pour le diabète de type 1 et 131,5 pour le diabète de type 2). On observe deux pics d'incidence à 30-34 ans et à 80-84 ans, correspondant respectivement au diabète de type 1 et au diabète de type 2. Des variations géographiques existent même après standardisation directe sur l'âge et le sexe, avec des taux significativement plus élevés en Lorraine (indice comparatif d'incidence 1,3; IC 95 % 1,1-1,5), en Alsace (1,3; IC 95 % 1,2-1,6), dans le Nord - Pas-de-Calais (1,4; IC 95 % 1,3-1,5), en Martinique (1,5; IC 95 % 1,1-1,9) et à La Réunion (1,8; IC 95 % 1,5-2,2); alors que les taux sont significativement moins élevés en Franche-Comté (0,6; IC 95 % 0,5-0,8), en Poitou-Charentes (0,7; IC 95 % 0,6-0,9), en Bretagne (0,8; IC 95 % 0,7-0,9), en Midi-Pyrénées (0,8; IC 95 % 0,7-0,98), en Pays de Loire (0,8; IC 95 % 0,7-0,9) ou en Picardie (0,8; IC 95 % 0,7-0,9) (carte 3).

En 2013, 4 256 personnes diabétiques ont démarré un traitement de suppléance.

L'âge médian au démarrage était de 71,6 ans (IQR 62,8-79,3), 22 % avaient plus de 80 ans; 64 % étaient des hommes. L'indice de masse corporel (IMC) médian était de 28,1 kg/m² (IQR 24,4-32,3), 38 % avaient un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m²; 68 % des personnes avaient au moins une comorbidité cardio-vasculaire associée (coronaropathie, insuffisance cardiaque, artérite des membres inférieurs, antécédent d'accident vasculaire cérébral ou troubles du rythme).

► Taux de mortalité, surmortalité, âge au décès et répartition des causes de décès chez les personnes diabétiques

Parmi les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, âgées de 45 ans et plus, sélectionnées pour Entred 2007 et suivies pendant 5 ans (de 2007 à 2012), l'âge moyen au décès est de 75 ans chez les hommes et 81 ans chez les femmes.

En 2007-2008, après un an de suivi, les taux bruts de mortalité sont de 3,0 % chez les hommes et de 2,6 % chez les femmes. Après 5 ans de suivi, ces taux bruts sont respectivement de 3,6 % et 3,0 %. Les taux de mortalité ont diminué de 26 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes entre les 2 périodes de 5 ans de suivi des cohortes Entred, c'est-à-dire entre 2002-2007 et 2007-2012, à structure d'âge identique.

Par rapport à la population générale, la surmortalité des personnes diabétiques est de 34 % chez les hommes et de 51 % chez les femmes sur la période 2007-2012. Ces taux sont respectivement de 53 % et 57 % sur la période 2002-2007. La surmortalité n'a diminué

significativement que chez les hommes entre ces 2 périodes.

Sur la période 2007-2012, les causes initiales de décès les plus fréquemment rapportées sont les maladies de l'appareil circulatoire (30 %) et les tumeurs malignes (28 %). Par rapport à la population générale, la surmortalité liée aux tumeurs malignes est alors de 21 % chez les hommes et de 26 % chez les femmes (graphique 3a). Elle a diminué par rapport à la période 2002-2007 (31 % pour les hommes et 46 % pour les femmes). La surmortalité liée aux causes cardio-vasculaires reste très élevée sur la période 2007-2012 (41 % chez les hommes et 74 % chez les femmes). Alors qu'elle a diminué chez les hommes entre 2002-2007 et 2007-2012, elle est restée stable chez les femmes (graphique 3b). ■

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

🔄 Synthèse

En France, en 2013, parmi les 3 millions de personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète, 11 737 ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde (2,2 fois plus que dans la population non diabétique), 17 148 pour un accident vasculaire cérébral (1,6 fois plus), 7 749 pour amputation d'un membre inférieur (7 fois plus), 20 493 pour plaie du pied (5 fois plus); 4 256 personnes diabétiques ont initié un traitement par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale chronique terminale (9 fois plus qu'en population non diabétique) (tableau 1). Les taux d'incidence de ces complications varient en fonction des régions avec des valeurs très élevées dans les départements d'outre-mer et certaines régions métropolitaines, notamment le Nord - Pas-de-Calais. De fortes inégalités socio-économiques sont également observées.

La mortalité liée au diabète ne peut pas être étudiée à partir de la base des causes médicales de décès car le diabète y est fortement sous-déclaré. Les études Entred ont permis de mettre en évidence un taux de mortalité élevé (3,6 % chez les hommes et 3,0 % chez les femmes sur 5 ans de suivi allant de 2007 à 2012). Au cours de cette même période, la surmortalité des personnes diabétiques par rapport à la population générale était de 34 % chez les hommes et de 51 % chez les femmes.

TABLEAU 1
Taux d'incidence standardisé* des complications liées au diabète, en 2013

	Population diabétique (pour 100 000)	Population non diabétique (pour 100 000)	Indice comparatif d'incidence
Infarctus du myocarde	367	168	2,2
Accident vasculaire cérébral	470	301	1,6
Démarrage d'un traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique terminale**	91	10	9,2
Amputations d'un membre inférieur	232	33	7,0
Plaies du pied	610	123	5,0

* Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27 chez les personnes âgées de plus de 45 ans.

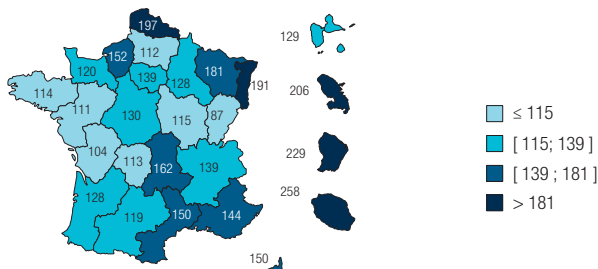
** Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27.

Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS); exploitation Santé publique France.

CARTE 3

Taux d'incidence standardisé* de l'insuffisance rénale chronique terminale par région, en 2013



* pour 100 000 personnes diabétiques.

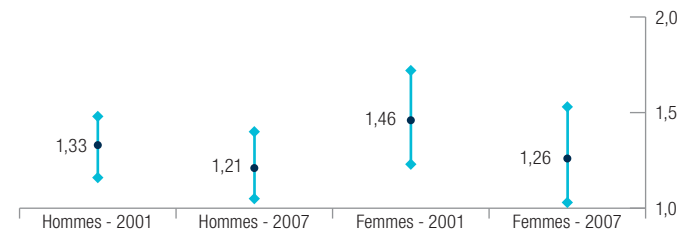
Champ • France entière (hors Mayotte).

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

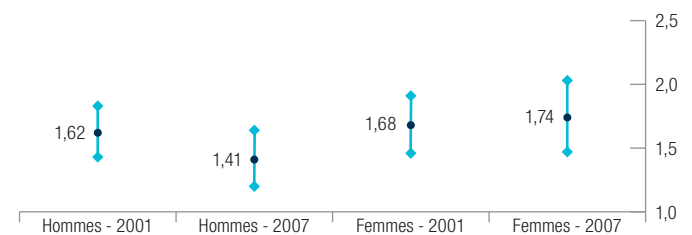
GRAPHIQUES 3

Surmortalité par cancers (3a) et maladies cardio-vasculaires (3b) par rapport à la population générale, suivi des cohortes Entred 2001 (pour la période 2002-2007) et Entred 2007 (pour la période 2007-2012)

3a : Cancer



3b : Maladies cardio-vasculaires



Champ • France métropolitaine régime général (hors sections locales mutualistes), population adulte âgée de 45 ans et plus.

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Incidence des hospitalisations pour complications

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), tous régimes. ► **Sources** : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou insuline, ou 2 en cas de grand conditionnement, à des dates différentes au cours de l'année n) ayant été hospitalisées pour : 1. amputation d'un membre inférieur (acte codé CCAM : NZFA009, NZFA005, NZFA004, NZFA013, NZFA010, NZFA007, NZFA002, NZFA006, NZFA008, NZFA001, NZFA003) ; 2. plaie du pied (codes diagnostics principaux, reliés ou associés [CIM10] : L97, M8607, M8617, M8627, M8637, M8647, M8657, M8667, M8687, M8697, S90 et S91) ; 3. IDM (un diagnostic principal codé en I21 à I23 de la CIM-10) ; 4. AVC (un diagnostic principal codé en I60 à I64 ou un diagnostic principal codé G46 avec un diagnostic associé, ou relié, en I60 à I64). Le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Les taux d'incidence régionaux ou selon le niveau socio-économique sont standardisés sur l'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27. Les taux standardisés sont calculés chez les personnes âgées de 45 ans et plus. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Données de remboursement des principaux régimes de l'assurance maladie, couvrant la presque totalité des assurés sociaux (97 %). Les personnes diabétiques en institution ou hospitalisées sur le long terme, les plus malades, qui n'avaient pas eu au moins 3 délivrances de traitements antidiabétiques ne sont pas comptabilisées. Ce biais doit probablement sous-estimer les taux d'incidence des complications. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, et n'induit pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles et spatiales. ► **Référence** : Fosse-Edorh S., Mandereau-Bruno L., Regnault N., 2015, « Le poids des complications liées au diabète en France. Synthèse et perspectives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (34-35), p. 619-625.

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

INDICATEUR • Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), tous âges. ► **Source** : Registre REIN (Réseau épidémiologie et information en néphrologie). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le numérateur pour l'estimation de l'incidence est le nombre de nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse ou ayant bénéficié d'une greffe préemptive en 2013 chez les personnes diabétiques du registre REIN ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement pour un diabète. Les taux d'incidence ont été standardisés sur l'âge et le sexe, selon la méthode de la standardisation directe, en prenant comme référence la population française des personnes diabétiques en 2012. L'indice comparatif d'incidence est le rapport du taux d'incidence de chaque région, après standardisation directe, sur le taux d'incidence globale. Une région s'écarte significativement de la moyenne nationale lorsque l'intervalle de confiance de l'indice comparatif d'incidence ne contient pas la valeur 1. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Seuls les patients traités par dialyse ou greffe sont connus du registre REIN. Ainsi, certaines personnes avec une insuffisance rénale chronique terminale non traitée (patients âgés et/ou fragilisés), ne sont pas comptabilisées. Les personnes diabétiques non dépistées et non traitées pharmacologiquement ne sont pas prises en compte dans le dénominateur.

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

INDICATEUR • Taux de mortalité, âge au décès et répartition des causes de décès chez les personnes diabétiques

► **Champ** : France métropolitaine, population adulte âgée de 45 ans et plus, régime général (hors sections locales mutualistes). ► **Source** : Entred 2007, portant sur 5 982 personnes âgées de 45 ans et plus, tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général, remboursées dans les 3 mois d'au moins une délivrance d'antidiabétique oral et/ou d'insuline, n'ayant pas refusé de participer et suivies pendant 5 ans (01/08/07-31/07/12). Entred 2001, portant sur 8 733 personnes âgées de 45 ans et plus, tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général, remboursées dans les 3 mois d'au moins une délivrance d'antidiabétique oral et/ou d'insuline, n'ayant pas refusé de participer et suivies pendant 5 ans (01/01/02-31/12/06). ► **Mode de construction des indicateurs** : Tous les indicateurs sont issus d'analyses pondérées tenant compte du refus de participer à Entred 2007 (16 % dans Entred 2007 et <1 % dans Entred 2001). Les taux de mortalité ont été standardisés sur l'âge de la population européenne (Eurostat, population EU-27). La comparaison des taux entre les 2 périodes a été effectuée sur la base de rapports des taux 2007-2001 (CMF). La surmortalité a été estimée à partir de SMR (Standardised Mortality Ratio) en prenant comme référence les taux de mortalité par âge (classes quinquennales), sexe et année calendaire de la population métropolitaine. La même méthode a été appliquée à l'estimation de la surmortalité par causes spécifiques. L'analyse des causes spécifiques a été effectuée en cause initiale. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : La population d'étude inclut uniquement des bénéficiaires du régime général d'assurance maladie (75 % de la population française) et uniquement des personnes résidant en France métropolitaine, traitées pharmacologiquement pour diabète. Les analyses ne sont pas ajustées sur les facteurs confondants potentiels, en particulier la durée du diabète. La surmortalité pour les complications dégénératives du diabète, en particulier les maladies cardio-vasculaires, a été sous-estimée du fait de la présence en cause initiale de décès d'un code de diabète pour plus de 10 % des certificats de décès. ► **Référence** : Mandereau-Bruno I. et al., 2014, « Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012 », numéro thématique. Journée mondiale du diabète, 14 novembre 2014, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 30-31, p. 493-499.

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

Insuffisance rénale

Insuffisance rénale chronique terminale

282

Insuffisance rénale chronique terminale

Contexte

La maladie rénale chronique (MRC) est définie par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale (structurelle) et/ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min/1,73 m² (fonctionnelle). Le stade 5 correspondant à un DFG < 15 ml/min/1,73 m² définit l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Au-delà de la définition, une classification de la MRC, basée sur la cause de l'atteinte rénale (primaire ou secondaire) et les stades de gravité croissante du niveau fonctionnel (débit de filtration glomérulaire) et structurel (c'est à dire albuminurie) a été recommandée en 2012 [1]. Cette classification, justifiée en raison de son caractère pronostique et de son intérêt pour organiser la prise en charge en différentes étapes, remplace la précédente en 5 stades qui avait été utilisée jusqu'à présent.

Le registre des traitements de suppléance de l'IRCT du Réseau épidémiologie et information

en néphrologie (REIN) s'est progressivement déployé depuis 2002, pour aujourd'hui couvrir tout le territoire national, régions ultramarines comprises (rapport annuel du REIN). Cette couverture exhaustive permet d'avoir une idée précise des caractéristiques des patients recevant un traitement de suppléance par dialyse ou greffe, de leur prise en charge ainsi que de leur devenir.

À l'inverse des autres pays européens (voir références), on observe une augmentation de l'incidence de l'IRCT en France depuis 2011. Cette augmentation de l'incidence de l'IRCT pourrait s'expliquer par le vieillissement de la population, par une amélioration de l'offre de soins et un élargissement des indications de traitement de suppléance, mais également par une extension des pathologies rénales ou un effet indirect lié à la meilleure prise en charge de pathologies pouvant entraîner une IRC telles que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires.

Par rapport à la dialyse, la transplantation rénale est associée à de meilleurs résultats

en termes de durée de vie et de qualité de vie pour un moindre coût. Cependant, l'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades (notamment les sujets âgés) et encore souvent assez tardif pour ceux qui y accèdent. Malgré les efforts déployés en faveur du don d'organes et du prélèvement, les besoins de santé des populations dépassent largement les possibilités de greffe, en France comme dans tous les pays du monde. Dans un tel contexte, la sélection des malades en vue d'une greffe rénale est un processus délicat et sensible, qui inclut l'évaluation des indications et des contre-indications, l'inscription en liste d'attente et le système d'attribution des greffons.

Indicateurs

► Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée (tableau 1)

En 2014, 10 799 personnes ont commencé un traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en France. Le taux d'incidence annuel de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée en France est estimé à 162 cas par million d'habitants (pmh). Il existe d'importantes variations régionales avec des taux standardisés très élevés dans les régions ultramarines (336 pmh *versus* 158 pour la Métropole). Notons que les patients avec maladie rénale chronique stade 5 non traitée ne sont pas comptabilisés dans le registre REIN des patients avec traitement de suppléance.

Dans 23 régions, les données ont été recueillies pendant au moins cinq années consécutives (2010-2014) permettant d'évaluer les évolutions. L'incidence globale standardisée de l'IRCT qui était stable entre 2009 et 2011, tend à augmenter depuis de 2,3 % par an. Cette tendance globale est observée dans toutes les tranches d'âge à partir de 45 ans et est plus importante chez les hommes que chez les femmes.

► Nombre de nouveaux cas d'IRCT traités non expliqués par la seule évolution démographique (graphiques 1, 2 et 3)

Dans les 23 régions pour lesquelles on possède 5 ans de recul, le nombre de nouveaux patients augmente chaque année de plus de 12 % entre 2010 et 2014. Cependant, si dans l'ensemble seule la moitié de cette augmentation

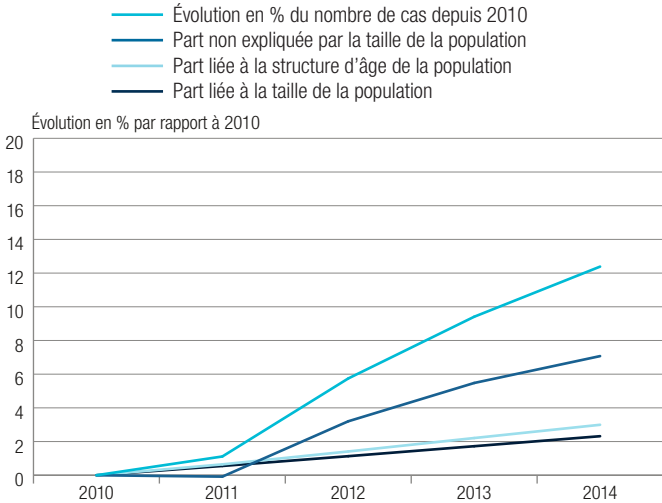
TABLEAU 1
Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par région de résidence, en 2014

	Nombre	Taux brut (pmh)	Taux standardisé (pmh)	Intervalle de confiance à 95 % du taux standardisé	Indice comparatif d'incidence	Intervalle de confiance à 95 % de l'indice comparatif d'incidence	Âge médian au démarrage (ans)
Auvergne - Rhône-Alpes	1 243	159	158	[149 - 167]	0,97	[0,92 - 1,03]	70,5
Bourgogne - Franche-Comté	431	150	137	[124 - 150]	0,84	[0,77 - 0,93]	70,4
Bretagne	448	134	126	[115 - 138]	0,78	[0,71 - 0,86]	71,6
Centre - Val de Loire	419	160	147	[133 - 161]	0,91	[0,82 - 1,00]	71
Corse	45	142	120	[84 - 155]	0,74	[0,55 - 0,99]	67,7
Grand Est	1 024	182	182	[171 - 193]	1,12	[1,05 - 1,19]	72,2
Hauts-de-France	1 063	176	195	[183 - 207]	1,20	[1,13 - 1,27]	70,8
Île-de-France	1 791	149	176	[168 - 184]	1,08	[1,03 - 1,14]	66,6
Normandie	528	157	153	[139 - 166]	0,94	[0,86 - 1,02]	71,5
Nouvelle-Aquitaine	905	152	133	[125 - 142]	0,82	[0,77 - 0,88]	71,4
Occitanie	963	166	150	[141 - 160]	0,93	[0,87 - 0,99]	73,4
Pays de la Loire	474	127	125	[114 - 137]	0,77	[0,71 - 0,85]	70,9
Provence - Alpes - Côte d'Azur	967	190	171	[160 - 182]	1,05	[0,99 - 1,12]	73
Total Hexagone	10 301	160	158	[155 - 161]	0,98	[0,96 - 0,99]	70,6
Guadeloupe	128	314	345	[284 - 406]	2,12	[1,78 - 2,53]	68,4
Guyane	45	162	356	[241 - 472]	2,19	[1,58 - 3,03]	63,4
Martinique	120	293	300	[245 - 354]	1,84	[1,54 - 2,21]	64,9
La Réunion	205	236	370	[315 - 425]	2,28	[1,96 - 2,64]	66,2
Total outre-mer	498	253	336	[306 - 367]	2,07	[1,89 - 2,26]	65,8
Total Pays	10 799	162	162	[159 - 165]			70,3

Champ • France entière, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée.

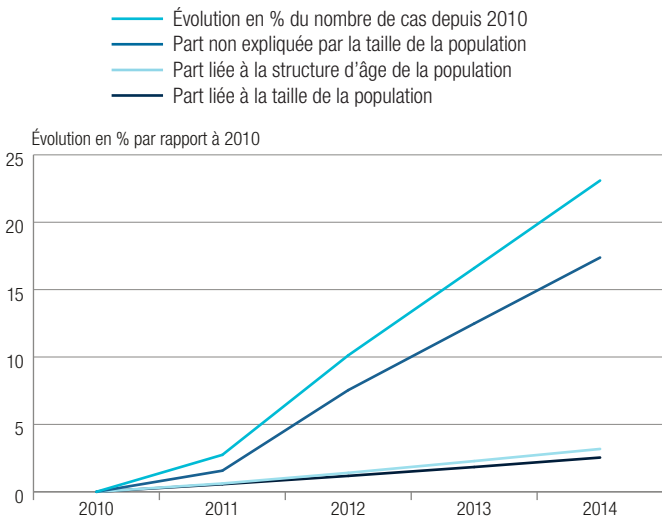
Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie (ABM).

GRAPHIQUE 1
Évolution du nombre de malades incidents en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2010 dans les 23 régions ayant contribué au registre de 2010 à 2014



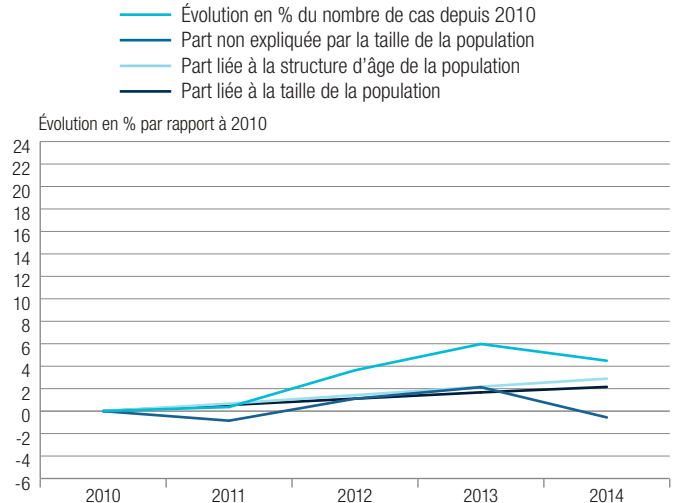
Champ • France entière, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée.
Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie (ABM).

GRAPHIQUE 2
Évolution du nombre de malades incidents diabétiques en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2010 dans les 23 régions ayant contribué au registre de 2010 à 2014



Champ • France entière, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée.
Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie (ABM).

GRAPHIQUE 3
Évolution du nombre de malades incidents non diabétiques en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2010 dans les 23 régions ayant contribué au registre de 2010 à 2014



Champ • France entière, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée.
Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie (ABM).

Insuffisance rénale chronique terminale (suite)

est directement attribuable au vieillissement et à l'évolution de la taille de la population (graphique 1), elle l'est totalement pour l'IRCT non associée au diabète (graphique 3), alors que la part d'augmentation non expliquée par ces deux facteurs est de 17 % pour l'IRCT associée au diabète (graphique 2). L'augmentation de l'incidence du diabète de type 2 dans la population, l'association fréquente du diabète avec l'obésité qui représente un facteur de risque indépendant

de progression de l'insuffisance rénale, et l'amélioration de la survie cardio-vasculaire décalée de quelques années, sont autant de facteurs potentiels explicatifs.

► Âge médian lors du démarrage des traitements de suppléance pour IRCT (tableau 1)

L'âge médian au démarrage du traitement de suppléance est de 70 ans avec des variations

régionales allant de 63 à 74 ans. Depuis 2010, cet âge médian au démarrage est stable.

► Taux d'accès à la liste d'attente de greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse) chez les moins de 60 ans (tableau 2)

À 24 mois, les patients de moins de 60 ans ont une probabilité de 63 % d'être inscrits sur la liste d'attente de greffe rénale, après prise en compte du risque concurrent de décès. Il existe d'importantes variabilités régionales avec des taux bas de moins de 40 % dans les régions ultramarines et des valeurs proches de 70 % en Bretagne, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire et Île-de-France.

Pour l'ensemble des 21 régions pour lesquelles on a un recul de 5 ans, la probabilité d'être inscrit au démarrage de la dialyse (inscription préemptive) chez les personnes âgées de moins de 60 ans, a nettement augmenté entre 2009 et 2013, passant de 13 à 19 %, contrastant avec la probabilité d'être inscrit à 12 mois qui a moins progressé, passant de 49 % à 52 % (graphique 4).

► Taux d'accès à la greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse ou lors d'une greffe préemptive) chez les moins de 60 ans (tableau 3)

À 24 mois, les patients de moins de 60 ans ont une probabilité de 32 % d'être greffés, après prise en compte du risque concurrent de décès. Il existe d'importantes variabilités régionales avec des taux bas de moins de 10 % dans les régions ultramarines et des valeurs à plus de 45 % en Bretagne et Pays de la Loire. ■

►► Organisme responsable de la production de la fiche : Agence de la biomédecine

TABLEAU 2

Taux d'incidence cumulée d'accès à la liste nationale d'attente d'une greffe de rein pour la cohorte des nouveaux patients de moins de 60 ans* ayant débuté la dialyse au cours de la période 2009-2014, selon la région

Région	Effectif	Taux d'accès à la liste			
		à M0		à M24	
		%	IC95%	%	IC95%
Auvergne - Rhône-Alpes	1 591	18,3	[16,4-20,2]	66,0	[63,3-68,5]
Bourgogne - Franche-Comté	523	21,2	[17,8-24,8]	63,4	[58,8-67,7]
Bretagne	574	23,5	[20,1-27,1]	68,3	[64,0-72,3]
Centre - Val de Loire	548	14,8	[12,0-17,9]	63,6	[59,0-67,8]
Corse	50	8,0	[2,6-17,5]	49,6	[33,3-63,9]
Grand Est	1 325	13,4	[11,6-15,3]	58,6	[55,6-61,4]
Guadeloupe	141	10,6	[6,2-16,4]	42,2	[32,5-51,6]
Guyane	78	2,6	[0,5-8,0]	13,7	[6,0-24,6]
Hauts-de-France	1 512	11,5	[10,0-13,2]	51,8	[49,0-54,5]
Île-de-France	3 674	22,3	[21,0-23,7]	76,7	[75,2-78,2]
Martinique	112			29,8	[18,9-41,6]
Normandie	684	16,8	[14,1-19,7]	59,3	[55,3-63,2]
Nouvelle-Aquitaine	1 061	22,0	[19,5-24,5]	69,4	[66,2-72,3]
Occitanie	1 133	17,8	[15,7-20,1]	63,8	[60,6-66,8]
Pays de la Loire	660	22,1	[19,0-25,4]	68,5	[64,4-72,3]
Provence - Alpes - Côte d'Azur	1 101	12,5	[10,7-14,6]	55,3	[52,0-58,5]
La Réunion	595	7,6	[5,6-9,9]	31,1	[27,1-35,2]
Total	15 362	17,5	[16,9-18,1]	63,3	[62,5-64,2]

* Inscrits préemptifs inclus (déjà inscrits lors du démarrage de la dialyse).

IC : intervalle de confiance.

Champ • France entière, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée.

Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie (ABM).

Synthèse

Depuis 2011, l'incidence globale de l'IRCT tend à nouveau à augmenter de 2 % par an alors que l'âge médian au démarrage est stable à 70 ans. Cette incidence et cet âge médian se situent dans les valeurs hautes observées en Europe. L'augmentation du nombre de nouveaux cas est essentiellement expliquée par le vieillissement et l'augmentation de la taille de la population sauf chez les patients diabétiques.

L'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades et encore souvent assez tardif pour ceux qui y parviennent. La probabilité d'être inscrit 24 mois après le démarrage de la dialyse est de 63 % chez les patients de moins de 60 ans. Par contre, l'inscription préemptive (avant le démarrage de la dialyse) a progressé de 13 % à 19 % entre 2009 et 2013.

TABLEAU 3

Taux d'incidence cumulée d'accès à la greffe rénale pour la cohorte des patients en IRCT de moins de 60 ans ayant débuté un traitement de suppléance par dialyse ou greffe rénale préemptive (sans passage par la dialyse) dans la période 2009-2014, selon la région

Région	Effectif	Taux d'accès à la greffe			
		à M0		à M24	
		%	IC95%	%	IC95%
Auvergne - Rhône-Alpes	1820	12,6	[11,1-14,2]	37,2	[34,8-39,7]
Bourgogne - Franche-Comté	557	6,1	[4,3-8,3]	36,4	[31,9-40,8]
Bretagne	623	7,9	[5,9-10,2]	51,1	[46,7-55,4]
Centre - Val de Loire	596	8,1	[6,0-10,4]	33,4	[29,2-37,7]
Corse	50			29,8	[16,0-44,9]
Grand Est	1420	6,7	[5,5-8,1]	26,2	[23,7-28,8]
Guadeloupe	142	0,7	[0,1-3,5]	11,6	[6,1-19,1]
Guyane	78				
Hauts-de-France	1576	4,1	[3,2-5,1]	21,6	[19,3-23,8]
Île-de-France	4013	8,4	[7,6-9,3]	28,4	[26,9-30,0]
Martinique	112			2,6	[0,5-8,1]
Normandie	748	8,6	[6,7-10,7]	35,8	[32,0-39,6]
Nouvelle-Aquitaine	1176	9,8	[8,2-11,6]	40,5	[37,3-43,6]
Occitanie	1307	13,3	[11,5-15,2]	36,5	[33,6-39,3]
Pays de la Loire	841	21,5	[18,8-24,4]	49,8	[46,0-53,5]
Provence - Alpes - Côte d'Azur	1181	6,8	[5,4-8,3]	34,5	[31,5-37,5]
La Réunion	602	1,2	[0,5-2,3]	4,8	[3,1-6,9]
Total	16842	8,8	[8,4-9,2]	31,9	[31,1-32,7]

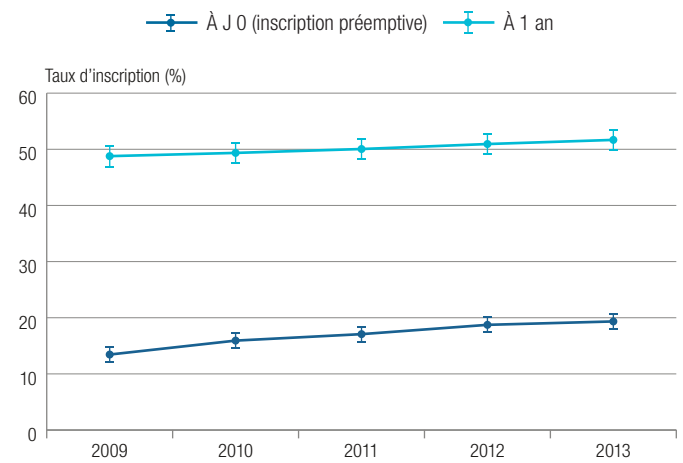
IC : intervalle de confiance.

Champ • France entière, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée.

Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie (ABM).

GRAPHIQUE 4

Évolution des taux d'incidence cumulée d'inscription en liste d'attente chez les personnes de moins de 60 ans, dans 21 régions, selon l'année de démarrage du traitement de suppléance



Champ • France entière, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée.

Source • Registre REIN – Réseau épidémiologie et information en néphrologie (ABM).

INDICATEURS • Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée

• Taux d'accès à la liste d'attente de greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse) chez les moins de 60 ans

• Taux d'accès à la greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse ou lors d'une greffe préemptive) chez les moins de 60 ans

► **Champ** : France, patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée, tous âges. ► **Source** : Le registre du REIN (Réseau épidémiologie et information en néphrologie) : registre national des patients recevant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe). ► **Mode de construction des indicateurs** : Incidence :

– Numérateur : nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive.

– Dénominateur : population couverte par le registre dont sont issus les cas (statistiques démographiques de l'INSEE).

Les taux d'incidence ont été standardisés sur l'âge et le sexe, selon la méthode de la standardisation directe, en prenant comme référence la population française au 30 juin 2014. L'indice comparatif d'incidence est le rapport des taux d'incidence de chaque région après standardisation directe sur le taux d'incidence globale.

L'analyse des cinétiques d'accès à la liste d'attente à partir de la date de mise en dialyse considère l'inscription comme événement d'intérêt et le décès avant inscription comme événement concurrent, la censure étant limitée aux seuls malades restant en dialyse à la fin de leur temps de participation. Dans le cas d'une inscription préemptive, le délai entre l'inscription et le démarrage de la dialyse est considéré comme nul. Les événements survenant après la première inscription (greffe, sortie de liste ou décès) ne sont pas pris en compte.

L'analyse des cinétiques d'accès à la greffe rénale à partir de la date du démarrage du traitement de suppléance considère la greffe comme événement d'intérêt et le décès avant greffe comme événement concurrent, la censure étant limitée aux seuls malades restant en dialyse à la fin de leur temps de participation. Dans le cas d'une greffe préemptive, le délai entre la greffe et le démarrage de la dialyse est nul. Les événements survenant après la première greffe (retour en dialyse, réinscription ou décès) ne sont pas pris en compte.

Les calculs prenant en compte les risques concurrents (méthode de Kalbfleisch et Prentice) ont été effectués à l'aide de la macro SAS % cuminc.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : L'extension progressive du registre ne permet d'étudier les tendances que sur 23 régions et sur un recul de 5 ans. Seuls les patients traités par dialyse ou greffe sont connus du registre REIN. Ainsi, certaines personnes atteintes d'une IRCT mais non traitées (patients âgés et/ou fragilisés) ne sont pas comptabilisées. La présence de comorbidités n'a pas été prise en compte dans l'accès à la liste d'attente ou la greffe rénale.

► **Références** :

– Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group, 2013, « KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease », *Kidney International supplements*.

– Agence de la biomédecine, rapports annuels de Rein [en ligne] : www.agence-biomedecine.fr/Le-programme-REIN

– Comparaisons internationales : Registre ERA EDTA, AMC Amsterdam, The Netherlands [en ligne] : www.era-edta-reg.org/index.jsp

– Haute Autorité de santé, Recommandation de bonnes pratiques, « Accès à la liste nationale d'attente » [en ligne] : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1751188/fr/transplantation-renale-acces-a-la-liste-d-attente-nationale

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

Santé mentale

Suicide et tentatives de suicide	288
Troubles psychotiques	290
Troubles de l'humeur	292

Suicide et tentatives de suicide

Contexte

Le suicide est l'acte le plus dramatique de la crise suicidaire. La prévention du suicide est une des priorités nationales depuis une vingtaine d'années. Les statistiques de décès par suicide sont issues des certificats de décès dont la base de données est gérée par le CépiDc-Inserm. Toutefois, une sous-évaluation est estimée à 10 % pour les données nationales, due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée au CépiDc-Inserm.

Pour les tentatives de suicide, facteur de risque important pour les décès par suicide, les sources d'information sont principalement les données hospitalières et les données déclaratives d'enquêtes en population. Contrairement aux données de mortalité, les biais possibles provenant des données d'hospitalisation n'ont pas été estimés.

Indicateurs

► Taux de décès par suicide en population générale

En 2013, 9 653 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine correspondant à un taux de décès par suicide de 15,5 pour 100 000 habitants. Le nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 260 et 2 393), de même que les taux de décès par suicide¹ (respectivement 25,4 et 7,3 pour 100 000 habitants, soit un taux plus de trois fois supérieur chez les hommes).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2013, il s'élève à 5,7 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 24 ans et à 37,2 pour 100 000 habitants de 75 ans et plus. En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale représente 17 % du total des décès chez les 15-24 ans et moins de 0,5 % du total des décès chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Globalement, entre 2000 et 2013, les taux de décès par suicide ont diminué de 22 % (graphique 1). La diminution est plus importante chez les sujets âgés (- 32 % chez les 75 ans et plus) et les plus jeunes (- 29 % chez les 15-24 ans). Par contre, on constate une augmentation chez les hommes de 45 à 64 ans (+ 4,3 % chez les 45-54 ans et + 3,9 % chez les 55-64 ans entre 2000 et 2013).

Les taux de décès par suicide varient fortement selon les régions sur la période 2011-2013 (cartes 1 et 2). En Bretagne, les taux¹ dépassent de 45 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite la Basse-Normandie (+ 43 %), et les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Poitou-Charentes (> + 15 %). Les régions Corse, Alsace, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (< - 20 % par rapport au taux moyen de la France métropolitaine). Entre 2000-2002 et 2011-2013, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans la plupart des régions.

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne en 2013, le taux de décès par suicide s'élève à 11,7 pour 100 000 habitants¹. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide (graphique 2). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait des différences en termes de qualité et d'exhaustivité des données.

► Fréquence relative des modes de suicide

En 2013, les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (56 %), l'arme à feu (14 %) et la prise de médicaments et autres substances (11 %). Ces modes diffèrent selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 60 % des suicides et l'utilisation d'une arme à feu de 18 %. Pour les femmes, la pendaison (43 %), l'ingestion de médicaments et autres substances (24 %) et le saut d'un lieu élevé (12 %) sont les modes les plus utilisés.

► Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

En 2014, 91 745 séjours hospitaliers en médecine et chirurgie pour tentative de suicide (TS) ont eu lieu en France (DROM inclus) chez des patients âgés de 10 ans et plus, correspondant à un taux d'hospitalisation de 159 pour 100 000 habitants¹. Contrairement aux décès par suicide, les tentatives de suicide concernent plus fréquemment les femmes. Ainsi, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est 1,5 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 190 et 125 pour 100 000. Les taux diffèrent aussi selon la classe d'âges, ils atteignent le niveau le plus élevé (389 pour 100 000) chez les adolescentes entre 15 et 19 ans (graphique 3).

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont passés de 174 pour 100 000 habitants en 2008 à 158 pour 100 000 habitants en 2014 et la diminution est plus marquée chez les femmes que chez les hommes (graphique 4).

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide varient fortement en fonction des régions (cartes 1 et 2). En 2014, les taux en Picardie et Nord - Pas-de-Calais dépassent de plus de 70 % le taux national. En Bretagne, Haute et Basse-Normandie, les taux sont aussi très élevés (+ 50 %). À l'inverse, les taux les plus bas sont observés en Guadeloupe, Alsace et Guyane où ils sont inférieurs de 60 % au taux national.

► Taux de personnes ayant déclaré au moins une tentative de suicide dans les 12 derniers mois

Selon le Baromètre santé, en 2014, en France métropolitaine, 0,8 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, sans différence significative selon le sexe (0,9 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes) ni selon l'âge chez les hommes. En revanche, chez les femmes, on observe un pic important entre 15 et 19 ans (2,6 %).

Entre 2010 et 2014, une augmentation des tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois est observée chez les hommes uniquement (0,3 % en 2010 *versus* 0,6 % en 2014, $p < 0,05$). ■

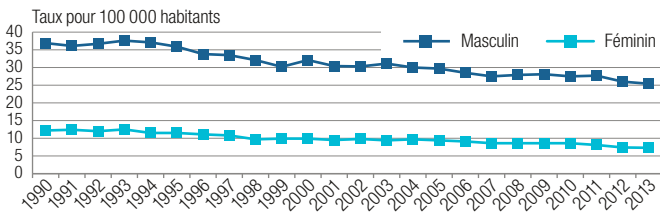
►► Organisme responsable de la production de la fiche : Santé publique France

1. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat 2011 Europe + EFTA).

🔄 Synthèse

Le taux de décès par suicide s'élève à 15,5 pour 100 000 habitants en 2013. Il est plus élevé chez les hommes et chez les personnes âgées. Entre 2000 et 2013, les taux de décès par suicide ont globalement diminué de 22 % mais chez les hommes de 45 à 64 ans, ils ont légèrement augmenté. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Au sein de l'Europe, la France se situe parmi les pays à taux élevé de suicide. Les tentatives de suicide concernent plus les femmes que les hommes, que ce soit lors d'enquêtes déclaratives en population générale ou dans les données d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est de 159 pour 100 000 habitants en 2014. Les adolescentes de 15 à 19 ans représentent le groupe avec le taux de tentative de suicide le plus important.

GRAPHIQUE 1
Taux* de décès par suicide selon le sexe, de 1990 à 2013

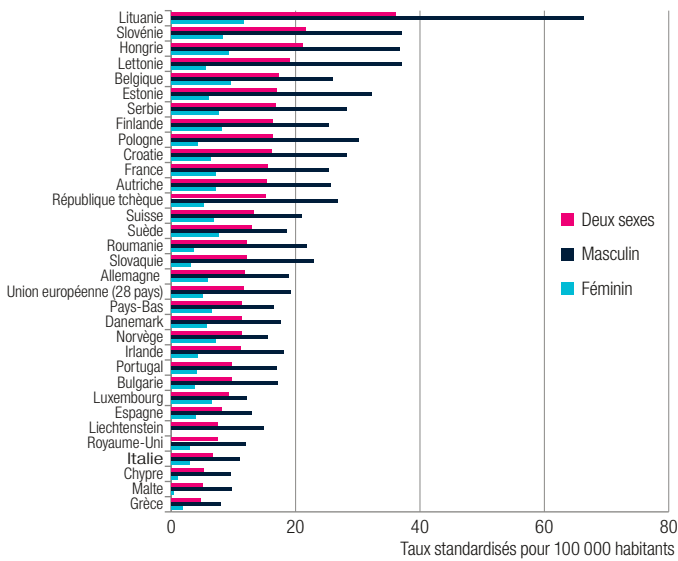


* Taux de décès pour 100 000 habitants, taux standardisés sur l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

Champ • France métropolitaine.

Sources • Certificats de décès (CépiDc-Inserm).

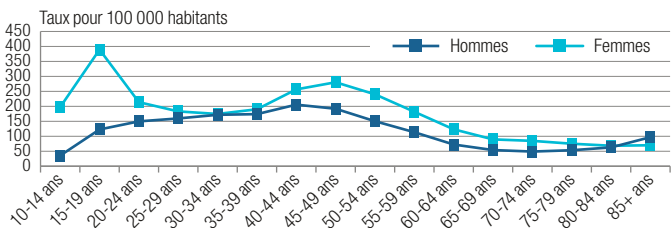
GRAPHIQUE 2
Taux* de décès par suicide dans l'Union européenne, en 2013



* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

Source • Eurostat.

GRAPHIQUE 3
Taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge en France, en 2014

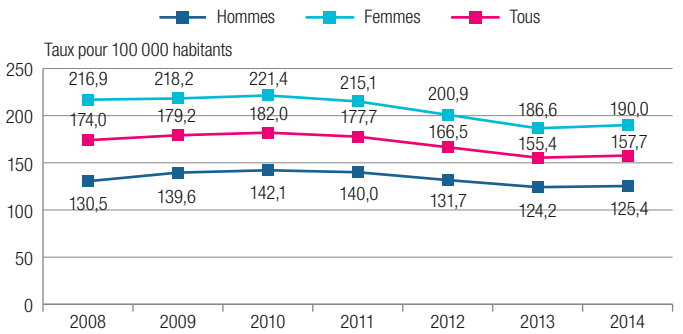


* Taux pour 100 000 habitants.

Champ • France entière.

Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France.

GRAPHIQUE 4
Taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide en France selon le sexe, entre 2008 et 2014



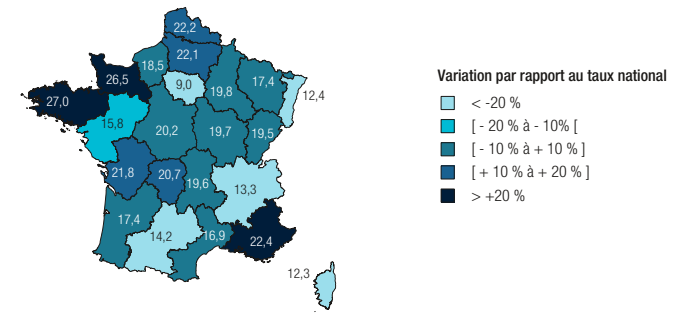
* Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants standardisés selon l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

Champ • France entière.

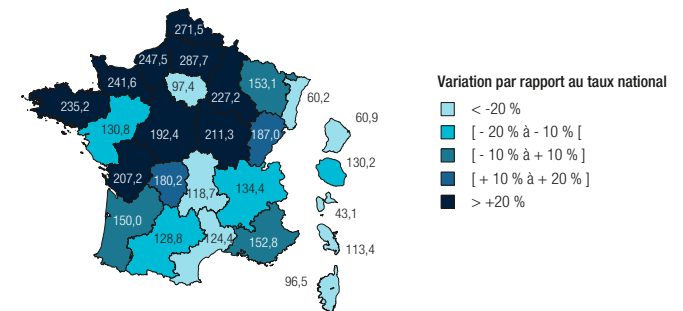
Source • PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 1 ET 2
Taux* de décès par suicide en 2011-2013 et taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon la région, en 2014

1. Taux de décès par suicide en 2011-2013¹



2. Taux d'hospitalisation pour TS en 2014²



*Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2011).

1. Taux moyen national de décès par suicide en 2011-2013 = 18,6

2. Taux moyen national d'hospitalisation pour TS en 2014 = 159

Note • Variation régionale = (Taux régional – Taux moyen national) / Taux moyen national.

Champ • France métropolitaine (1) et France entière (2).

Sources • Certificats de décès (CépiDc-Inserm) ; PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Décès par suicide

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc-Inserm). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la structure de l'âge de la population européenne 2011 (Eurostat, Union Européenne et EFTA). Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 X60-X84 et Y87.0. ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : CépiDc-Inserm.

INDICATEUR • Hospitalisation pour tentative de suicide

► **Champ** : France entière, population âgée de 10 ans ou plus. ► **Source** : PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la structure de l'âge de la population européenne 2011 (Eurostat, Union Européenne et EFTA). Pour les hospitalisations pour tentative de suicide, ont été retenus les codes X60-X84 en diagnostics associés (interdits en diagnostic principal dans le PMSI). ► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France.

Troubles psychotiques

Contexte

Les troubles psychotiques comprennent la schizophrénie ainsi que les troubles psychotiques aigus, les troubles schizotypiques, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants et autres psychoses non organiques non précisées selon la 10^e révision de la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10). La schizophrénie est considérée par l'OMS comme l'une des pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle, à l'instar d'autres maladies psychiatriques telles que les troubles bipolaires, les addictions et la dépression.

Ces troubles sévères se caractérisent par un début souvent précoce, à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, un risque de désinsertion familiale, professionnelle et sociale, un risque suicidaire important en l'absence d'une prise en charge adaptée, et des comorbidités somatiques, iatrogènes ou associées à des conduites addictives. Ils sont source d'incapacité, de souffrance et d'exclusion et contribuent largement à la morbidité ainsi qu'à la mortalité prématurée. En raison de leur faible prévalence dans la population générale, ces troubles sont peu accessibles par des enquêtes en population. Les données disponibles concernent surtout la seule schizophrénie et montrent que la prévalence vie entière pour cette dernière est de l'ordre de 4,0 pour 1 000 personnes, sans différence entre hommes et femmes¹.

Indicateurs

► Taux de personnes souffrant de troubles psychotiques et prises en charge par le système de soins en 2014

Environ 470 000 personnes souffrant de troubles psychotiques ont été prises en charge en 2014 par le système de soins français, ce qui correspond à une prévalence annuelle de 7,4 pour 1 000 habitants. Tous âges confondus, elle est 30 % plus élevée chez les hommes (8,3 pour 1 000 *versus* 6,4 pour 1 000 chez les femmes).

La population souffrant de troubles psychotiques prise en charge par le système de soins est principalement composée de sujets jeunes ou d'âge moyen : 79 % des hommes et 66 % des femmes sont âgés de 25 à 64 ans². Chez les hommes, la prévalence augmente régulièrement avec l'âge, pour atteindre un pic autour de 14 ‰ entre 35 et 49 ans, et décroître ensuite

régulièrement (graphique 1). L'allure de la courbe est différente chez les femmes : elle augmente régulièrement avec l'âge pour se stabiliser à partir de la cinquantaine à un taux de l'ordre de 10 ‰. Vers l'âge de 60 ans, les courbes se croisent et les taux féminins deviennent supérieurs aux taux masculins.

Parmi les personnes repérées par l'algorithme (cf. encadré méthodologique), 72 % bénéficient d'une prise en charge au titre de l'ALD 23 (affection psychiatrique de longue durée).

Il a paru intéressant de distinguer les bénéficiaires de la CMU-C des non bénéficiaires. Cet indice socio-économique a été pris en compte uniquement chez les personnes de moins de 60 ans³ : le taux de personnes souffrant de troubles psychotiques est supérieur chez les bénéficiaires de la CMU-C (10,9 ‰ *versus* 6,7 ‰ chez les non-bénéficiaires, après standardisation sur l'âge).

Les taux standardisés de personnes souffrant de troubles psychotiques prises en charge par le système de soins varient selon les régions (carte 1). Les régions Bretagne (9,1 ‰) et Provence - Alpes - Côte d'Azur (8,8 ‰) présentent les taux les plus élevés, les Hauts-de-France le taux le plus faible (6,2 ‰), l'Île-de-France se situe à un niveau intermédiaire (7,5 ‰). Les taux dans les départements et régions d'outre-mer sont tous inférieurs au taux national.

► Taux de personnes souffrant de schizophrénie et prises en charge par le système de soins en 2014

Environ 237 800 personnes souffrant de schizophrénie, soit 3,75 pour 1000 habitants, ont été prises en charge en 2014 par le système de soins. Ainsi, environ la moitié des patients souffrant de troubles psychotiques ont un diagnostic spécifique de schizophrénie. Le rapport de taux hommes/femmes, tous âges confondus, est de 1,8, plus élevé que celui que l'on observe pour les troubles psychotiques pris dans leur ensemble. Comme pour ces troubles, la population souffrant de schizophrénie prise en charge par le système de soins est relativement jeune : 85 % des hommes et 78 % des femmes sont âgés de 25 à 64 ans.

Chez les hommes, la prévalence augmente régulièrement avec l'âge, pour atteindre un pic autour de 9-10 ‰ entre 30 et 49 ans, et décroître ensuite régulièrement (graphique 1). Les taux sont inférieurs chez les femmes, ils augmentent régulièrement avec l'âge, forment un pic de l'ordre

de 5 ‰ autour de la cinquantaine et décroissent ensuite régulièrement. À partir de 65 ans, les courbes sont superposables pour les deux sexes.

Parmi les personnes repérées par l'algorithme, 65 % bénéficient d'une prise en charge au titre de l'ALD 23.

Comme pour les troubles psychotiques pris dans leur ensemble, le taux de personnes souffrant de schizophrénie est supérieur chez les bénéficiaires de la CMU-C (5,8 ‰ *versus* 3,9 ‰ chez les non-bénéficiaires, après standardisation sur l'âge).

Les taux standardisés de personnes souffrant de schizophrénie prises en charge par le système de soins varient selon les régions (carte 2). Les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur (4,9 ‰) et Bretagne (4,5 ‰) présentent les taux les plus élevés, les Hauts-de-France le taux le plus faible (3,0 ‰). Parmi les départements et régions d'outre-mer, la Guyane et La Réunion présentent des taux nettement inférieurs au taux national tandis que la Guadeloupe et la Martinique présentent respectivement un taux équivalent ou légèrement supérieur au taux national. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes

1. Saha S., Chant D., Welham J., McGrath J., 2005, « A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia », *PLoS Medicine*, 2(5):e141.

2. En population générale, cette tranche d'âge représente un peu plus de 50 % de l'ensemble de la population.

3. Le versement de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou minimum vieillesse place leurs bénéficiaires au-dessus du seuil de revenus permettant le droit à la CMU-C.

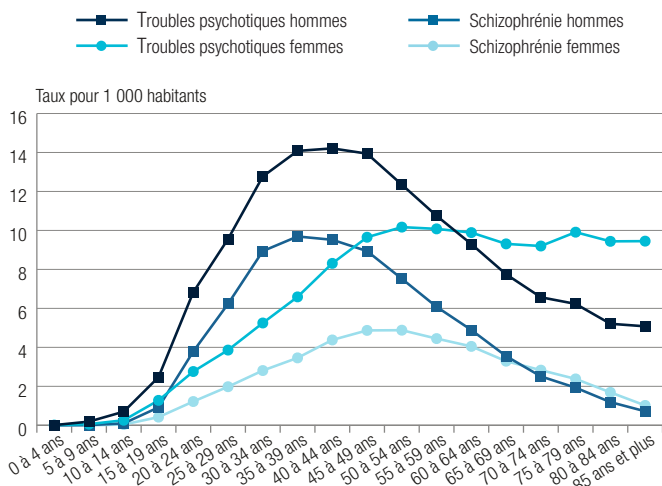
○ Synthèse

En 2014, en France, 7,4 personnes pour 1 000 habitants ont été identifiées comme présentant des troubles psychotiques, une schizophrénie pour la moitié d'entre elles. La prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques est, tous âges confondus, plus fréquente de 30 % chez les hommes par rapport aux femmes, et de 80 % pour la schizophrénie. Au-delà de 60 ans, la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques devient plus fréquente chez les femmes, du fait d'une diminution marquée de ces taux avec l'âge chez l'homme à partir de 50 ans mais pas chez la femme. Les causes de cette diminution restent à identifier.

Les courbes de taux de prise en charge pour la schizophrénie après l'âge de 60 ans sont superposables entre hommes et femmes.

GRAPHIQUE 1

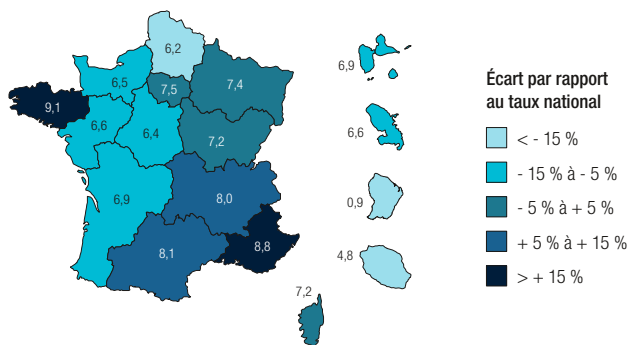
Taux de personnes souffrant de troubles psychotiques ou de schizophrénie prises en charge par le système de soins, selon l'âge et le sexe, en 2014 (pour 1000)



Champ • France entière.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS), exploitation Santé publique France.

CARTES 1

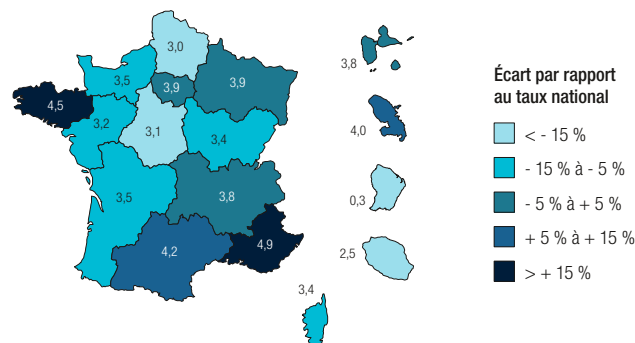
Taux régionaux de personnes souffrant de troubles psychotiques prises en charge par le système de soins, en 2014 (pour 1000)



* Taux national : 7,4 pour 1 000 habitants ; taux standardisés sur l'âge selon la population Eurostat UE + EFTA 2011.
Champ • France entière.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

CARTES 2

Taux régionaux de personnes souffrant de schizophrénie prises en charge par le système de soins, en 2014 (pour 1000)



*Taux national : 3,8 pour 1 000 habitants ; taux standardisés sur l'âge selon la population Eurostat UE + EFTA 2011.
Champ • France entière.
Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS), exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Taux de personnes souffrant de troubles psychotiques ou de schizophrénie et prises en charge par le système de soins en 2014

► **Champ** : France entière, tous régimes. ► **Source** : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Taux standardisés par âge (population de référence Eurostat UE + EFTA 2011) déclinés selon le sexe, le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et la région de résidence. Numérateur : Nombre de patients repérés par un ou plusieurs types de recours aux soins :

- prise en charge en 2014 en ALD n° 23 « Affections psychiatriques de longue durée » codée de F20 à F29 de la CIM-10 pour les troubles psychotiques ou codée en F20 pour une schizophrénie ;
- recours à l'hospitalisation en 2014 avec des troubles psychotiques (F20 à F29 de la CIM-10) ou une schizophrénie (F20) en diagnostic principal, relié ou associé (séjour en soins de courte durée – PMSI-MCO) ou en diagnostic principal ou associé (séjour en psychiatrie – RIM-P) ;
- remboursement de médicaments neuroleptiques ou antipsychotiques (classe ATC : N05A après exclusion de N05AL06 et N05AN01) à au moins trois dates différentes au cours de l'année 2014 et hospitalisation au moins une fois au cours des quatre années précédentes (2010-2013) avec des troubles psychotiques ou une schizophrénie en diagnostic principal, relié ou associé (établissement MCO) ou en diagnostic principal ou associé (établissement psychiatrique) ;
- suivi en ambulatoire (RIM-P) en 2014 en centre médico-psychologique (CMP), avec des troubles psychotiques ou une schizophrénie en diagnostic principal ou associé. Dans le RIM-P, le lien entre les différents actes réalisés en ambulatoire et les hospitalisations en psychiatrie se fait pour un même patient par l'intermédiaire d'un numéro d'identification permanent du patient (IPP) qui diffère du numéro ANO utilisé pour repérer les autres prises en charge (ALD, hospitalisations en MCO et en psychiatrie, remboursements de médicaments). Aussi, afin d'éviter au mieux les doublons, les personnes repérées en ambulatoire en 2014 ne sont prises en compte par notre algorithme que si elles ont été hospitalisées en établissement psychiatrique dans les quatre années précédentes (avec ainsi un numéro ANO qui permet le chaînage avec les autres modes de prise en charge).

► **Limites d'interprétation et biais connus** : Ne sont pas identifiées par cet algorithme les personnes qui à la fois ne bénéficient pas d'une prise en charge en ALD, sont suivies exclusivement en médecine libérale et n'ont pas connu d'hospitalisation au cours des années 2010-2014. Par ailleurs, le RIM-P est un système de recueil mis en place en 2006 avec une montée en charge progressive, l'exhaustivité des données transmises ainsi que la qualité des codages restent à évaluer.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes.

Troubles de l'humeur

Contexte

Les troubles de l'humeur se répartissent en deux grandes catégories : les troubles bipolaires et les troubles dépressifs. Ils constituent la principale pathologie prise en charge dans les établissements de santé spécialisés en psychiatrie, en termes de nombre de patients (près de 20 % de l'ensemble des patients).

Le diagnostic de la dépression répond à des critères très précis fixés par l'Organisation mondiale de la santé¹ et l'Association américaine de psychiatrie². Pour que le diagnostic de dépression puisse être posé, le patient dépressif doit présenter au moins cinq des neuf symptômes caractéristiques de la dépression, presque tous les jours depuis au moins deux semaines, dont obligatoirement l'un parmi les deux suivants : « humeur dépressive » et « anhédonie ».

En France, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés est estimée à 7,5 % parmi les personnes âgées de 15 à 85 ans³. Si globalement le recours aux établissements de santé est relativement faible, de l'ordre de 10 %, il est cependant plus élevé pour les cas de dépression les plus graves (Coldefy, Nestrigue, 2013 ; Baromètre santé 2005).

Anciennement connus sous le terme de « psychose maniaco-dépressive », les troubles bipolaires (TB) recouvrent un large spectre de manifestations cliniques et comprennent des épisodes maniaques, mixtes ou hypomaniaques, accompagnés habituellement d'épisodes dépressifs majeurs. Ils se caractérisent par un début souvent précoce, à l'adolescence ou au début

de l'âge adulte, un diagnostic souvent tardif (une dizaine d'années peut s'écouler après le début de la maladie), un taux de rechute élevé, un risque de désinsertion familiale, sociale, professionnelle et un risque suicidaire important en l'absence d'une prise en charge adaptée.

Leur prévalence en population générale est difficile à mesurer : en France, elle se situerait entre 0,2 % et 1,6 %.

Indicateurs

► Taux de personnes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire pour troubles dépressifs par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie

En 2014, environ 350 000 patients ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique public ou privé et/ou suivis en ambulatoire dans le secteur public pour troubles dépressifs, ce qui représente 17 % de l'ensemble des patients pris en charge dans ces établissements et correspond à un taux de recours de 5,3 pour 1 000 habitants, 6,6 ‰ pour les femmes et 3,9 ‰ pour les hommes. Le recours des femmes est donc 1,7 fois plus important que celui des hommes (tableau 1).

Avant l'âge de 15 ans, la prise en charge pour troubles dépressifs dans un établissement psychiatrique est relativement rare et concerne à peu près autant les garçons que les filles (respectivement 4 600 et 5 000 patients pris en charge en 2014). À partir de 15 ans et jusqu'à un âge avancé (80-84 ans), les femmes sont entre 1,6 et 2 fois plus souvent prises en charge dans

un établissement psychiatrique pour troubles dépressifs que les hommes (graphique 1). Le taux de prise en charge augmente de façon régulière à partir de 15-19 ans jusqu'à atteindre un taux maximal de 9,4 ‰ vers 50 ans. Chez les femmes, le taux de prise en charge pour troubles dépressifs diminue ensuite avec l'âge jusqu'à 5,2 ‰ chez les 90 ans ou plus, alors que chez les hommes, après une diminution jusqu'à 70-74 ans, ce taux remonte pour rejoindre et même dépasser légèrement celui des femmes à 90 ans ou plus.

Parmi les patients pris en charge pour troubles dépressifs dans les établissements ayant une activité en psychiatrie, 21 % sont exclusivement hospitalisés, les deux tiers sont exclusivement suivis en ambulatoire et 12 % sont hospitalisés et suivis en ambulatoire. Ainsi, près de 80 % des patients pris en charge ont bénéficié d'un traitement ambulatoire. La part de l'ambulatoire dans la prise en charge est encore plus importante aux âges extrêmes (graphique 2). Les rares enfants de moins de 15 ans suivis pour troubles dépressifs le sont quasi exclusivement en ambulatoire, essentiellement au sein des centres médico-psychologiques, et c'est encore le cas pour plus de 70 % des jeunes de 15 à 19 ans. Cette part se stabilise ensuite autour de 65 % puis augmente à nouveau pour les personnes les plus âgées (supérieure à 70 % pour les personnes de 80 ans et plus), prises en charge notamment à domicile ou en établissement médico-social.

► Taux de personnes souffrant de troubles bipolaires et prises en charge par le système de soins en 2014

L'indicateur calculé à partir du SNIIRAM permet d'évaluer à environ 216 000 le nombre de personnes souffrant de TB et prises en charge en 2014 par le système de soins, ce qui correspond à une prévalence annuelle ainsi estimée à 3,4 pour 1 000 habitants, 4,2 ‰ chez les femmes et 2,6 ‰ chez les hommes.

La prise en charge des patients souffrant de TB est à tout âge, excepté chez les enfants, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (en moyenne 1,6 fois plus fréquente).

La population souffrant de TB prise en charge par le système de soins est principalement composée de sujets d'âge moyen et élevé : les trois-quarts d'entre eux ont entre 35 et 74 ans (77 % des hommes et 75 % des femmes).

TABLEAU 1
Patients pris en charge* pour troubles dépressifs dans les établissements spécialisés en psychiatrie, selon le sexe, en 2014**

	Patients pris en charge pour troubles dépressifs			
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Rapport femmes/hommes
Nombre de patients	125 071	225 060	350 131	1,8
Taux brut de patients pris en charge (‰)	3,9	6,6	5,3	1,7
Taux standardisé*** de patients pris en charge (‰)	4,0	6,5	5,3	1,7

* Patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public.

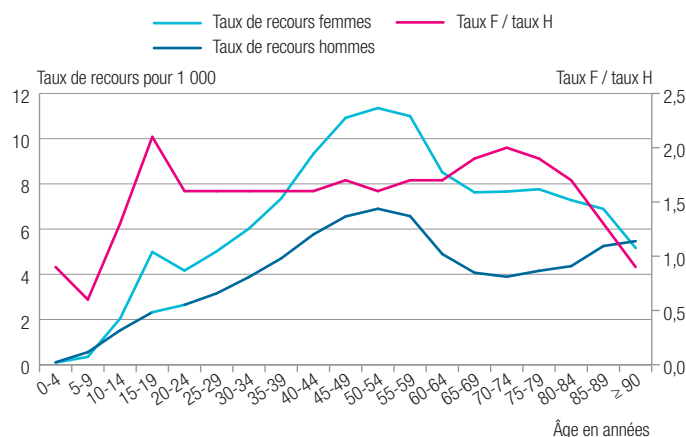
** Codes CIM-10, F32 à F39 en diagnostic principal ou associé.

*** La population de référence utilisée est la population française au 1^{er} janvier 2014.

Champ • France entière.

Sources • PMSI RIM-P (ATH) ; exploitation DREES ; données de population (INSEE).

GRAPHIQUE 1
Taux de patients pris en charge pour troubles dépressifs dans les établissements spécialisés en psychiatrie, selon l'âge et le sexe, en 2014 (pour 1000)



* Patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public.

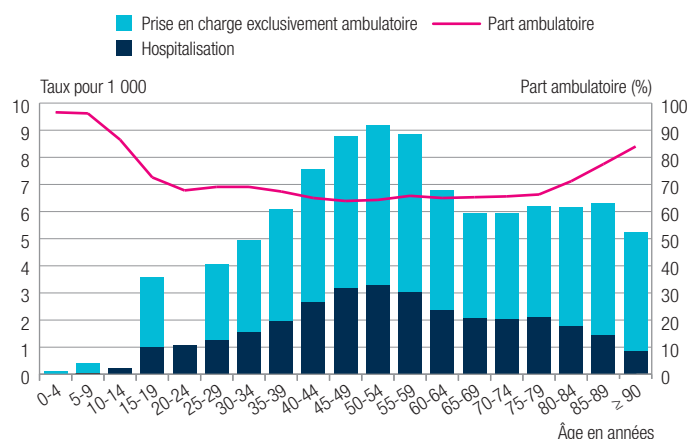
** Codes CIM-10, F32 à F39 en diagnostic principal ou associé.

Lecture • Le taux de recours des 15-19 ans est de 2,3 ‰ pour les hommes et de 5,0 ‰ pour les femmes, soit un taux féminin 2,1 fois plus élevé que le taux masculin.

Champ • France entière.

Sources • PMSI RIM-P (ATIH) ; exploitation DREES, données de population (INSEE).

GRAPHIQUE 2
Part des patients pris en charge* exclusivement en ambulatoire, pour troubles dépressifs, dans les établissements de santé spécialisés en psychiatrie, en 2014**



* Patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public.

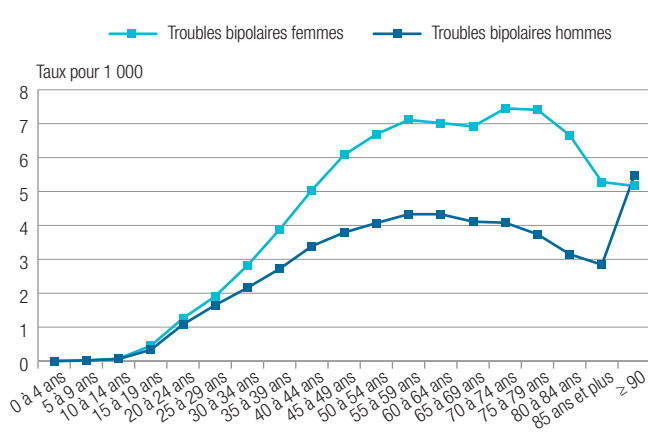
** Codes CIM-10, F32 à F39 en diagnostic principal ou associé.

Lecture • Parmi les 15-19 ans, le taux d'hospitalisation est de 1 ‰, le taux de prise en charge exclusive en ambulatoire de 2,6 ‰ et la part des patients suivis exclusivement en ambulatoire de 73 %.

Champ • France entière.

Sources • PMSI RIM-P (ATIH) ; exploitation DREES, données de population (INSEE).

GRAPHIQUE 3
Taux de patients souffrant de troubles bipolaires et pris en charge par le système de soins, selon l'âge et le sexe, en 2014 (pour 1000)



Champ • France entière.

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS), exploitation Santé publique France.

Troubles de l'humeur (suite)

Chez les femmes, le taux de prise en charge augmente régulièrement avec l'âge, pour atteindre un pic à environ 7,5 ‰ autour de 75 ans (graphique 3). L'allure de la courbe est assez similaire chez les hommes, avec un pic néanmoins plus précoce d'une quinzaine d'années, autour de 60 ans, et un taux plus bas, de l'ordre de 4,3 ‰.

Les taux standardisés de personnes souffrant de TB prises en charge par le système de soins varient selon les régions (carte 1). Les régions PACA (4,6 ‰), Occitanie (4,5 ‰), Nouvelle-Aquitaine (4,4 ‰), Corse (4,4 ‰) et Bretagne (4,0 ‰) présentent les taux les plus élevés, les régions Hauts-de-France (2,2 ‰) et Grand Est (2,4 ‰), les taux les plus bas. L'Île-de-France

se situe à un niveau intermédiaire (3,3 ‰). Dans tous les DROM, les taux sont plus bas que ceux observés en Métropole. ■

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et Santé publique France

1. 10^e révision de la Classification internationale des maladies, CIM-10.

2. 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5. Voir aussi : www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression

3. Baromètre santé 2010, INPES.

🔄 Synthèse

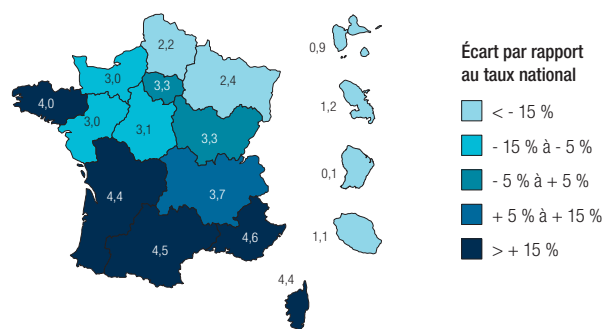
En 2014, 350 000 personnes ont été prises en charge pour troubles dépressifs dans les établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, soit un taux de prise en charge de 5,3 ‰, identique à celui de 2012. Ce taux est maximum entre 50 et 54 ans et il est 1,7 fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

En 2014, 216 000 personnes, soit 3,4 personnes pour 1 000 habitants ont été identifiées comme souffrant de troubles bipolaires et prises en charge par le système de soins.

Le taux de prise en charge est en moyenne 1,6 fois plus élevé chez les femmes.

Il existe un écart d'une quinzaine d'années entre le pic de prise en charge observé chez les hommes (55-64 ans) et celui observé chez les femmes (70-79 ans).

CARTE 1
Taux régionaux de personnes souffrant de troubles bipolaires prises en charge par le système de soins, en 2014 (pour 1000)



Note • Taux national : 3,4 pour 1 000 habitants. Taux standardisés sur l'âge selon la population Eurostat UE + EFTA 2010.

Champ • France entière.

Source • SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France.

INDICATEUR • Taux de personnes prises en charge en 2014 pour troubles dépressifs dans les établissements ayant une activité en psychiatrie

► **Champ** : France entière. ► **Source** : PMSI RIM-P (ATIH), exploitation DREES. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé et/ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public, pour troubles dépressifs, rapporté à la population française de l'année considérée, avec chaînage des prises en charge pour un même patient. À l'indicateur calculé dans le précédent rapport, « Patients en ALD ou hospitalisés dans les deux dernières années dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique », on a préféré un indicateur plus spécifique, dont on sait qu'il représente environ 10 % de l'ensemble des personnes dépressives, « Patients pris en charge pour troubles dépressifs par les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie ». Il n'est en revanche pas possible de rapprocher cette information de celle concernant les patients en ALD (330 000 en 2014). Sont inclus tous les patients ayant eu en 2014 au moins un diagnostic, principal ou associé, de troubles dépressifs (codes CIM-10 F32 à F39). Pour 74 % des patients inclus, le diagnostic le plus grave relevé est un épisode dépressif caractérisé (code F32), pour 19 % un trouble dépressif récurrent (code F33) et pour 6 % un autre trouble dépressif (code F34 pour 4 %, F38 pour 1 % et F39 pour 2 %). Le RIM-P, recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, a été mis en place en 2007, et est désormais considéré comme exhaustif. Sa qualité s'est améliorée au fur et à mesure de sa montée en charge. En particulier, en 2014, 95 % des patients hospitalisés sont repérés par un numéro de chaînage valide et le diagnostic est indiqué dans 94 % des séjours et 90 % des actes ambulatoires. ► **Limites d'interprétation** : L'activité ambulatoire effectuée dans le privé n'est pas dans le champ du RIM-P. Il n'est possible de compter sans double compte les malades que s'ils ont été hospitalisés ; les patients suivis exclusivement en ambulatoire sont comptés autant de fois que d'établissements différents fréquentés. Cette limite conduit donc à surestimer la file active : à titre d'exemple, concernant les seuls patients hospitalisés, le passage du nombre réel de patients (numéro ANO) au nombre de « patients-hôpital » (IPP) aboutit à une augmentation de la file active de 3,8 % des patients pris en charge pour troubles dépressifs. ► **Références** :

– Coldefy M. et Nestrigue C., 2013, « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé », *Études et Résultats*, DREES-IRDES, décembre.

– INPES, *Baromètre santé 2005*.

– Dossier d'information « Dépression », Inserm-Université de Bordeaux, août 2014 [en ligne] : www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression

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

INDICATEUR • Taux de personnes souffrant de troubles bipolaires (TB) et prises en charge par le système de soins en 2014

► **Champ** : France entière, tous régimes. ► **Source** : SNIIRAM-DCIR (CNAMTS) ; exploitation Santé publique France. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Taux standardisés sur l'âge (population de référence Eurostat UE + EFTA 2011) déclinés selon le sexe et la région de résidence. Numérateur : Nombre de patients avec TB repérés par un ou plusieurs types de recours aux soins :

– prise en charge en 2014 en ALD 23 « Affections psychiatriques de longue durée » codée F30-F31 de la CIM-10 ;

– recours à l'hospitalisation en 2014 avec des troubles bipolaires (F30-F31 de la CIM-10) en diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé (DA) pour le PMSI-MCO ou en DP ou DA pour le RIM-P ;

– remboursement de lithium (classe ATC : N05AN01), de certains anticonvulsivants (N03AF01, N03AF02, N03AG01, N03AG02, N03AX09), antipsychotiques (N05AD01, N05AH01, N05AH02, N05AH03, N05AH04, N05AL05, N05AX08, N05AX12) ou antidépresseurs (N06A sauf N06AX01) à au moins trois dates différentes au cours de l'année 2014 et au moins une hospitalisation au cours des quatre années précédentes (2010-2013) avec des troubles bipolaires (F30-F31 de la CIM10) en DP, DR ou DA (PMSI-MCO) ou en DP ou DA (RIM-P) et excluant les patients ayant un diagnostic (DP, DR ou DA) d'épilepsie ;

– suivi ambulatoire (RIM-P) en 2014 en centre médico-psychologique, avec des troubles bipolaires en DP ou DA. Dans le RIM-P, le lien entre les actes réalisés en ambulatoire et les hospitalisations en psychiatrie se fait pour un même patient par l'intermédiaire d'un numéro d'identification permanent du patient (IPP) différent du numéro ANO utilisé pour repérer les autres prises en charge (ALD, hospitalisations en MCO et en psychiatrie, remboursements de médicaments). Aussi, afin d'éviter au mieux les doublons, les personnes repérées en ambulatoire en 2014 ne sont prises en compte par notre algorithme que si elles ont été hospitalisées en établissement psychiatrique dans les quatre années précédentes (avec ainsi un numéro ANO qui permet le chaînage avec les autres modes de prise en charge).

► **Limites d'interprétation** : Ne sont pas identifiées par cet algorithme les personnes qui à la fois ne bénéficient pas d'une prise en charge en ALD, sont suivies exclusivement en médecine libérale et n'ont pas connu d'hospitalisation au cours des années 2010-2014.

► **Organisme responsable de la production de l'indicateur** : Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes.

Maladies infectieuses

Tuberculose	298
Grippe et couverture vaccinale associée	300
Infections VIH-sida	302
Hépatites chroniques B et C	304
Infections sexuellement transmissibles	306
Infections associées aux soins	308
Resistance aux antibiotiques	310

Tuberculose

Contexte

La tuberculose est une maladie due à un bacille (mycobactérie du complexe *Tuberculosis*) qui atteint le plus souvent les poumons et qui est transmissible par voie aérienne. L'identification rapide des cas de tuberculose maladie¹ et leur prise en charge appropriée restent les éléments les plus importants de la lutte antituberculeuse. Ils permettent de limiter la transmission de l'infection dans la communauté, tout en prévenant le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux. L'obligation vaccinale par le BCG a été suspendue en juillet 2007 et remplacée par une recommandation forte de vaccination des enfants exposés à un risque élevé de tuberculose. La surveillance de la tuberculose s'appuie principalement sur la déclaration obligatoire des cas mise en place en 1964. La surveillance de la résistance aux antituberculeux est coordonnée par le Centre national de référence (CNR) des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA), et s'appuie sur deux réseaux distincts complémentaires avec, d'une part, le réseau des laboratoires des CHU (Azay-Mycobactéries), réseau « sentinelle » existant depuis 1995 et, d'autre part, le réseau national de tous les laboratoires de biologie médicale pratiquant la mycobactériologie mis en place en 1992.

Indicateurs

► Nombre de cas de tuberculose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire et taux de déclaration-année 2014

En 2014, le nombre de cas de tuberculose déclarés est de 4 827, soit un taux de déclaration de 7,3 cas pour 100 000 habitants (graphique 1). Comparé à 2013 (4 934 cas), le nombre de cas baisse légèrement (- 2,2 %).

Dans les 29 pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a recensé 58 008 cas en 2014, soit un taux de déclaration de 12,8 cas/100 000 habitants.

Avec 1 786 cas déclarés en 2014, l'Île-de-France compte 37 % des cas de tuberculose maladie déclarés en France. La Guyane, l'Île-de-France et Mayotte restent toujours les trois régions au plus fort taux de déclaration (respectivement 24,1, 14,9 et 13,2 pour 100 000

(graphique 2). Dans toutes les autres régions (ancien découpage), le taux de déclaration est inférieur ou égal à 8 pour 100 000 (variant de 2,6 en Martinique à 8 pour 100 000 en Guadeloupe). Les hommes représentent 62 % des cas de tuberculose déclarés. L'âge médian des patients est de 40 ans (écart interquartile 28-60 ans). Les enfants de moins de 5 ans représentent 2,9 % des cas déclarés.

Le taux de déclaration de tuberculose par âge quinquennal et sexe dépasse 10 pour 100 000 chez les femmes de 25 à 29 ans ainsi que chez les hommes de 25 à 49 ans et de 75 ans et plus. Il est plus élevé chez les personnes nées à l'étranger (36,0 pour 100 000), qui représentent 60 % des cas déclarés en 2014, en particulier chez celles nées dans des régions à forte incidence de tuberculose (107,3 pour 100 000 parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne). Les cas de tuberculose déclarés en 2014 chez des personnes sans domicile fixe représentent 6,1 % des cas avec un taux de tuberculose estimé à 177 pour 100 000.

► Nombre de cas de tuberculose multirésistante (MDR) (total et décomposé en nouveaux cas et cas déjà traités)

Le nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR), résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, diagnostiqués en France par 185 des laboratoires de mycobactériologie participant au réseau du CNR (et ayant envoyé leurs données au 31 mai 2016) est de 110 en 2014, ce qui représente une proportion de 2,6 % des 4 196 cas à culture positive (complexe *M. tuberculosis*) colligés par le réseau. Parmi les 108 cas MDR déclarés en Métropole (peu d'informations ont pu être recueillies sur les deux cas diagnostiqués dans les DROM), 105 concernent des patients identifiés pour la première fois en 2014. L'analyse des caractéristiques de ces 105 cas incidents montre que 70 % sont des hommes, que l'âge médian est de 32 ans, 90 % des cas (N = 94) sont nés à l'étranger, 6 % sont séropositifs pour le VIH, et 45 % n'ont jamais reçu de traitement antituberculeux.

Durant les 22 années de la surveillance menée par le CNR-MyRMA, le pourcentage de cas MDR parmi l'ensemble des cas de tuberculose à culture positive diagnostiqués en France est passé de 0,4-0,7 % entre 1993 et 1998 à 0,9 % en 1999-2001, 1,1-1,4 % entre 2002

et 2010, 1,7 % en 2011 et 2,6 % en 2014. Le pourcentage de cas MDR en 2014 est le plus élevé parmi ceux observés depuis le début de la surveillance en 1992. Cette augmentation est principalement due à l'arrivée de malades en provenance d'Europe de l'Est. L'Île-de-France cumule 48,9 % du total des cas MDR enregistrés de 2008 à 2014. L'évolution du nombre de cas incidents de tuberculose MDR selon l'antécédent ou non de traitement antituberculeux confirme la tendance constatée depuis 2010, à savoir un nombre de cas déjà traités supérieur au nombre de cas jamais traités (graphique 3). À noter cependant une augmentation des données douteuses ou manquantes en 2014.

Dans les 29 pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, l'ECDC a recensé 1 463 nouveaux cas MDR parmi les 36 380 testés en 2014, soit 4 %. En 2014, la proportion de cas MDR était inférieure à 3,5 % dans la plupart des pays de l'ouest de l'Europe (sauf en Autriche 4,8 %) mais était de 11,9 % à 25,8 % dans les pays Baltes². ■

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

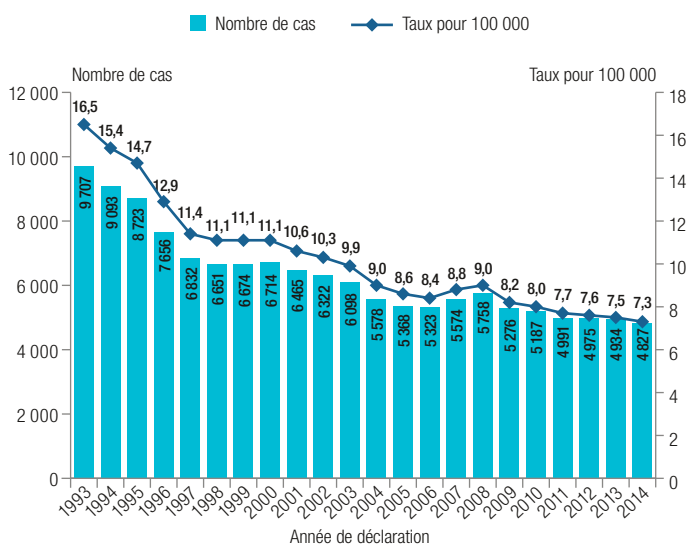
1. Après avoir été exposées au bacille de la tuberculose, un certain nombre de personnes vont être infectées et seules une partie d'entre elles vont secondairement développer la maladie. Il y a donc une distinction entre infection tuberculeuse et maladie tuberculeuse. La personne avec une infection tuberculeuse ne présente pas de signes cliniques et n'est pas contagieuse.

2. Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/304104/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2016.pdf?ua=1 (page 36).

○ Synthèse

Avec moins de 10 nouveaux cas de tuberculose maladie déclarés pour 100 000 habitants depuis 2004, la France est considérée au plan international comme un pays à faible incidence de tuberculose. Cette situation masque cependant des différences importantes entre zones géographiques et groupes de population. Le nombre de cas de tuberculose multirésistante, qui était stable depuis le début des années 2000, est en augmentation notable depuis 2011. Cette augmentation est principalement due à l'arrivée de malades en provenance d'Europe de l'Est.

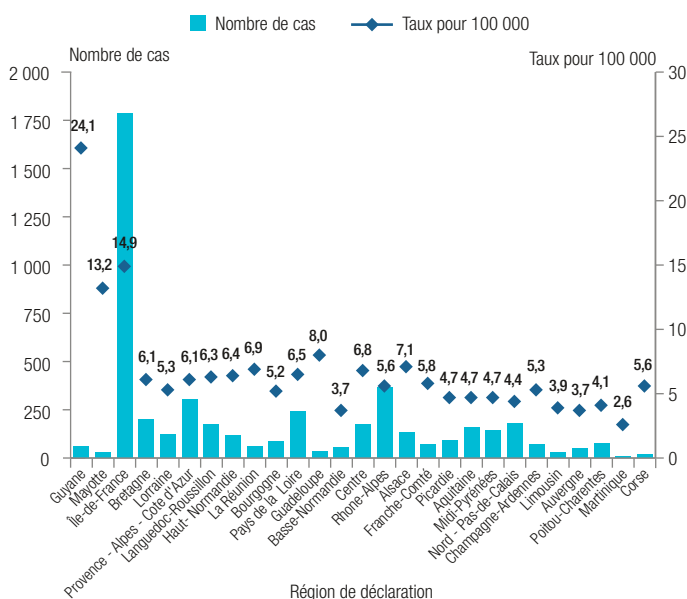
GRAPHIQUE 1
Évolution du nombre de cas déclarés et du taux de déclaration de tuberculose, 1993-2014



Champ • France entière.

Sources • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire (Santé publique France) ; statistiques démographiques (INSEE).

GRAPHIQUE 2
Nombre de cas déclarés et taux de déclaration de tuberculose (pour 100 000 habitants), par région*, en 2014

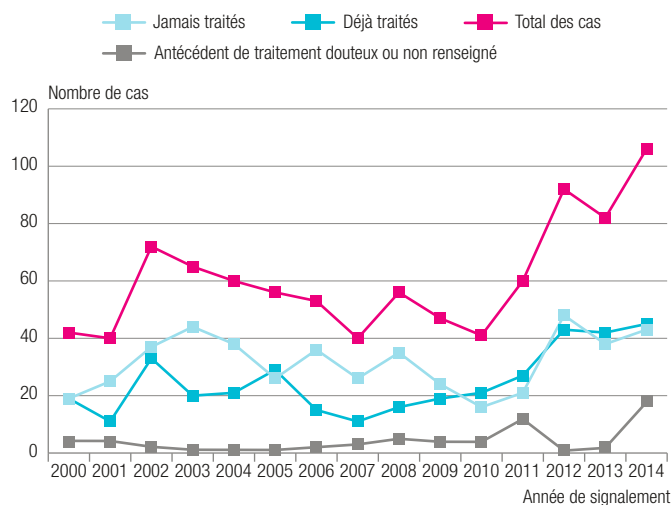


* Ancien découpage.

Champ • France entière.

Sources • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire (Santé publique France) ; statistiques démographiques (INSEE).

GRAPHIQUE 3
Évolution du nombre de cas incidents de tuberculose à bacilles multirésistants selon les antécédents de traitement antituberculeux, entre 2000 et 2014



Champ • France entière.

Source • Réseau des laboratoires de mycobactériologie (CNR-MyRMA).

INDICATEUR • Nombre de cas de tuberculose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire et taux de déclaration de tuberculose

► **Champ** : France entière. ► **Sources** : Surveillance des maladies à déclaration obligatoire (Santé publique France) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de déclarations obligatoires de tuberculose de l'année n pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier de l'année n + 1. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives : le taux d'exhaustivité est estimé à 70 % en France, avec de fortes disparités régionales.

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

INDICATEUR • Nombre de cas de tuberculose multirésistante (MDR)

► **Champ** : France entière. ► **Source** : Réseau des laboratoires de mycobactériologie (CNR-MyRMA). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de cas incidents diagnostiqués et confirmés par une culture positive à *M. tuberculosis*, résistants à la rifampicine et à l'isoniazide de l'année n. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Pour l'année 2014, les données proviennent de 185 laboratoires sur les 222 participants au réseau.

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

Grippe et couverture vaccinale associée

Contexte

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus *Influenzae*. Les virus grippaux responsables des épidémies saisonnières chez l'homme se répartissent entre 4 groupes : A(H3N2), A(H1N1)pdm09, B-Victoria et B-Yamagata. La grippe est responsable chaque hiver de plusieurs millions de cas en France. Elle peut être particulièrement sévère et conduire au décès chez des personnes fragiles, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus et celles présentant certaines pathologies chroniques. Cette population fragile, ainsi que les femmes enceintes et les obèses qui ont également un risque plus élevé de grippe compliquée, sont la cible de la stratégie vaccinale afin de réduire le nombre de complications liées à la grippe et de décès. L'impact de l'épidémie sur les structures de soins et sur la société (arrêts de travail) peut être très lourd. Il dépend entre autres du type de virus grippal circulant, de l'efficacité du vaccin et de la couverture vaccinale. Les moyens de lutte contre l'infection sont avant tout la vaccination à laquelle s'ajoutent les mesures barrières¹. Le traitement de la grippe est avant tout symptomatique ; un traitement curatif ou prophylactique par les antiviraux est indiqué dans certains cas. L'ampleur et la gravité de l'épidémie sont imprévisibles et nécessitent la surveillance d'indicateurs en médecine ambulatoire et hospitalière, associant données épidémiologiques et virologiques. La couverture vaccinale est estimée à partir des données de remboursement des vaccins contre la grippe saisonnière recueillies par la CNAMTS.

Indicateurs

► Estimation du nombre de consultations pour syndrome grippal en médecine de ville pendant l'épidémie

Au cours de la saison 2015-2016, l'épidémie démarre en Bretagne en semaine 3 (18 au 24 janvier 2016), s'étend à l'ensemble de la Métropole la semaine suivante pour se poursuivre 11 semaines (graphique 1). L'estimation du nombre de patients consultant pour syndrome grippal en médecine de ville en France métropolitaine, extrapolée à partir des données des médecins du réseau Sentinelles, est de 2,3 millions au cours de l'épidémie. Parmi les prélèvements de ces patients, le virus grippal de type B-Victoria a été identifié majoritairement (70 %). Une majorité

(42 %) des consultations concerne des enfants de moins de 15 ans, proportion élevée comme en 2010-2011 et 2012-2013 où le virus B circulait largement. L'ampleur et la gravité de l'épidémie sont considérées comme modérées, au contraire de l'épidémie de 2014-2015.

► Part des patients hospitalisés parmi ceux consultant pour grippe dans le réseau de services d'urgences Oscour®

Le nombre estimé d'hospitalisations pour grippe dans le réseau de services d'urgences Oscour® pendant la période épidémique est d'environ 3000, soit 5,2 pour 1 000 hospitalisations après passage aux urgences, proportion beaucoup moins élevée qu'en 2014-2015 (9,2/1 000). Les enfants de moins de 15 ans représentent 46 % de ces hospitalisations, pourcentage élevé comme en 2010-2011 et 2012-2013. Pour autant, la proportion d'hospitalisations parmi les passages aux urgences pour grippe pendant l'épidémie est de 6 %, dans les valeurs basses observées au cours des 5 dernières saisons, même chez les enfants de moins de 15 ans.

► Nombre de cas graves de grippe confirmée admis en réanimation pendant l'épidémie et virus dominant pendant l'épidémie

Pendant l'hiver 2015-2016, 1 109 cas graves ont été admis en réanimation. Comme il est classiquement observé, la majorité des patients (77 %) sont des personnes à risque², infectées par un virus A (60 %) alors qu'en médecine de ville le virus B est prépondérant (70 %). Les enfants de moins de 15 ans représentent 10 % des cas admis en réanimation, valeur habituelle. La part de patients présentant un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) reste élevée (64 %) et comparable aux valeurs les plus hautes observées en 2010-2011 (68 %) et 2013-2014 (56 %). La proportion élevée de patients présentant un SDRA pourrait être liée à un changement de définition du SDRA ou à la circulation du virus A(H1N1)pdm09 qui représente 27 % des virus grippaux identifiés en médecine ambulatoire en 2015-2016 (*versus* 39 % en 2010-2011 et 47 % en 2013-2014). *A contrario*, lors des deux saisons où la proportion de SDRA était la plus basse (autour de 45 %), les virus A(H1N1)pdm09 circulaient peu (19 % et 4 %). La létalité est comparable à celles observées les saisons

précédentes (19 %). 74 % des patients ciblés par les recommandations vaccinales et pour lesquels l'information sur la vaccination était connue (n = 623/858), n'étaient pas vaccinés.

► Couverture vaccinale contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus

À l'issue de la campagne de vaccination 2015-2016, l'estimation de la couverture vaccinale est de 50,8 % (*versus* 48,5 % l'an passé) chez les personnes de 65 ans et plus (tableau 1), loin de l'objectif de 75 % fixé par l'OMS (graphique 2). La baisse observée chaque saison depuis 2008-2009 s'est néanmoins interrompue cette année.

► Couverture vaccinale contre la grippe des personnes âgées de moins de 65 ans atteintes de pathologies chroniques ciblées par les recommandations vaccinales (hors femmes enceintes et personnes souffrant d'obésité morbide)

La couverture vaccinale des personnes de moins de 65 ans atteintes de pathologies chroniques ciblées par la vaccination s'élève à 39,1 % en 2015-2016 (*versus* 37,5 % l'an passé) (tableau 1) très loin de l'objectif de l'OMS. ■

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

1. Lavage fréquent des mains, réduction des contacts avec les personnes symptomatiques, utilisation de mouchoir à usage unique, port de masque...

2. Personnes de 65 ans et plus, femmes enceintes, personnes présentant une pathologie chronique ciblée par la vaccination ou une obésité morbide, personnes résidant en collectivités.

○ Synthèse

Le début, la durée, l'ampleur et la gravité de l'épidémie grippale saisonnière sont imprévisibles et différents d'un hiver à l'autre. L'infection peut être grave, voire mortelle au sein de la population fragile ciblée par la vaccination. Malgré la très bonne tolérance du vaccin, cette population ne se fait pas assez vacciner. La majorité des cas graves admis en réanimation ne le sont pas.

TABLEAU 1

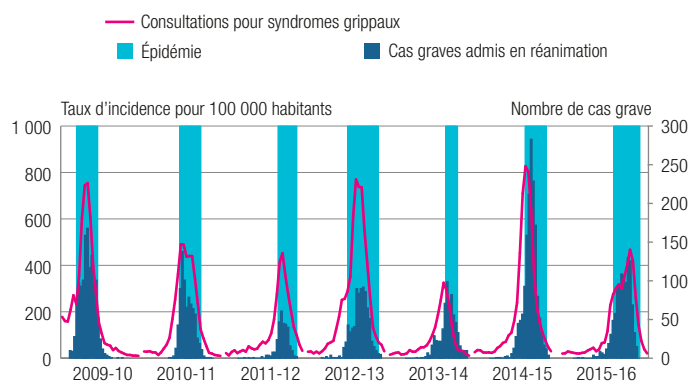
Couverture vaccinale chez les personnes de moins de 65 ans à risque (hors femmes enceintes et personnes souffrant d'obésité morbide) et chez les personnes de 65 ans et plus, 2008-2016 (en %)

Saison	Moins de 65 ans à risque	65 ans et +	Total
2008-2009	39,4 %	64,8 %	58,7 %
2009-2010	47,2 %	63,9 %	60,2 %
2010-2011	37,2 %	56,2 %	51,8 %
2011-2012	39,5 %	55,2 %	51,7 %
2012-2013	39,1 %	53,1 %	50,1 %
2013-2014	38,3 %	51,9 %	48,9 %
2014-2015	37,5 %	48,5 %	46,1 %
2015-2016	39,1 %	50,8 %	48,3 %

Champ • France métropolitaine, régime général (hors sections locales mutualistes).
Sources • SNIIRAM (CNAMTS) ; ESOPÉ (CNAMTS) pour population invitée.

GRAPHIQUE 1

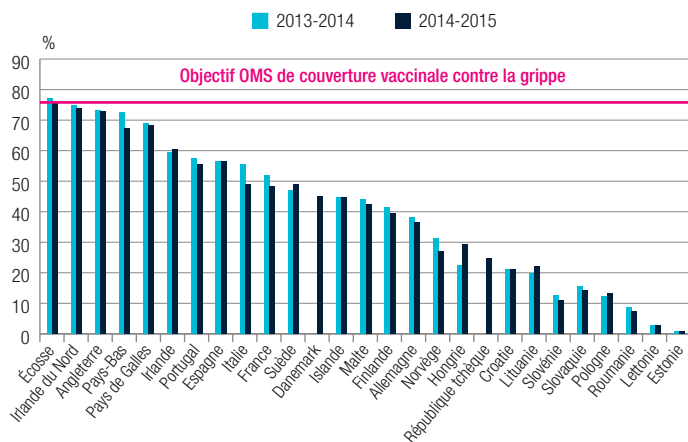
Taux de consultations pour syndrome grippal en médecine de ville et nombre de cas de grippe admis en réanimation par semaine, de 2009-2010 à 2015-2016



Champ • France métropolitaine.
Sources • Réseau Sentinelles ; statistiques démographiques (INSEE) ; surveillance des cas graves de grippe (Santé publique France).

GRAPHIQUE 2

Couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans 25 États membres de l'espace économique européen, pour les saisons 2013-2014 et 2014-2015 (en %)



Champ • 25 États membres de l'espace économique européen.
Source • ECDC.

INDICATEUR • Estimation du nombre de consultations pour syndrome grippal en médecine de ville pendant l'épidémie

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Sources** : Surveillance (réseau Sentinelles) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Estimation du taux de consultations pour syndrome grippal à partir du nombre de consultations signalées et décrites par les médecins du réseau Sentinelles. ► **Limites d'interprétation** : Tous les cas de grippe consultant ne sont pas comptabilisés et une minorité de cas comptabilisés ne sont pas de vraies gripes. Hypothèse de la représentativité des médecins Sentinelles dans l'extrapolation du nombre de cas signalés par ces médecins à l'ensemble des médecins généralistes de Métropole.

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

INDICATEUR • Part des patients hospitalisés parmi ceux consultant pour grippe dans le réseau de services d'urgences pendant l'épidémie

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Source** : Oscour® (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Proportion des personnes hospitalisées parmi les passages aux urgences pour grippe. ► **Limites d'interprétation** : Le diagnostic de grippe est la plupart du temps clinique et ne recouvre pas l'ensemble des passages ou des hospitalisations liés à la grippe. Le réseau Oscour® représente en 2015-2016 89 % des passages aux urgences.

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

INDICATEUR • Nombre de cas graves de grippe confirmée admis en réanimation pendant la période de surveillance

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Source** : Surveillance des cas graves de grippe (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de cas signalés par les réanimateurs à Santé publique France. ► **Limites d'interprétation** : Le système est à visée exhaustive sauf en Île-de-France : des mesures de l'exhaustivité sont en cours.

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

INDICATEUR • Couverture vaccinale contre la grippe

► **Champ** : France métropolitaine, régime général (hors sections locales mutualistes). ► **Sources** : SNIIRAM (CNAMTS) ; ESOPÉ (CNAMTS) pour population invitée. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Estimation de la couverture vaccinale à partir de la proportion de bons de vaccination retournés à la CNAMTS pour remboursement. Ces bons de vaccination sont envoyés par la CNAMTS aux personnes de 65 ans et plus, à celles présentant une affection longue durée ciblée par la vaccination ou aux bénéficiaires ayant eu au moins 4 remboursements distincts de traitement contre l'asthme ou la BPCO dans les 12 mois précédant juillet de l'année en cours. Les femmes enceintes et les personnes atteintes d'obésité morbide ne sont pas incluses dans cette estimation. ► **Limites d'interprétation** : Probable sous-estimation liée à un défaut de retour de tous les bons. Personnes à risque pas toujours identifiées par l'assurance maladie.

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

Infections VIH-sida

Contexte

Environ 170 000 personnes vivent avec le VIH en France fin 2014, dont près de 120 000 sont prises en charge par le régime général de l'assurance maladie pour leur infection. Le différentiel entre ces deux nombres s'explique par plusieurs facteurs : environ 25 000 personnes ignorent leur séropositivité, d'autres sont diagnostiquées mais non prises en charge et certaines personnes sont prises en charge par un autre régime d'assurance maladie.

Les différents indicateurs permettant de décrire la situation actuelle sont issus des données de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH mise en place en mars 2003, et des données de l'assurance maladie sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ces indicateurs montrent de fortes disparités en termes géographique ou populationnel. Deux populations sont particulièrement exposées au VIH : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Pour compléter les données sur le nombre de personnes découvrant chaque année leur séropositivité VIH, qui peuvent avoir été infectées plusieurs années auparavant, des méthodes mathématiques ont été développées pour estimer le nombre annuel de personnes qui se contaminent. C'est l'indicateur le plus pertinent pour suivre la dynamique de l'épidémie et contribuer à mieux cibler les efforts de prévention.

Indicateurs

▶ Nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH

Près de 6 600 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2014, nombre stable depuis 2007. Rapporté à la population française, le nombre de découvertes de séropositivité en 2014 est de 100 cas par million d'habitants. Les taux de découvertes sont supérieurs à la moyenne nationale en Guyane (711), en Île-de-France (244), et en Martinique et Guadeloupe (respectivement 239 et 221 en 2013) (carte 1).

La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité a augmenté entre 2003 et 2012 (de 57 % à 69 %), et s'est stabilisée depuis (69 % en 2014).

En 2014, l'âge médian au diagnostic est de 38 ans (36 ans chez les femmes et 39 ans chez

les hommes). La proportion de jeunes de moins de 25 ans est de 11 % (proportion stable depuis 2003) et celle des séniors de 50 ans et plus de 20 %, en augmentation progressive depuis 2003 (13 %).

La majorité (52 %) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2014 sont nées en France et un tiers (32 %) en Afrique subsaharienne. Cette répartition est stable sur les 3 dernières années, alors que, entre 2003 et 2012, la part des personnes nées en France a augmenté (de 42 % à 54 %) et celle des personnes nées en Afrique subsaharienne a diminué (de 43 % à 31 %).

Les rapports hétérosexuels restent le mode de contamination prépondérant des personnes diagnostiquées en 2014 (56 %). Les contaminations par rapports sexuels entre hommes représentent 42 % des diagnostics en 2014, et l'usage de drogues injectables, 1 % (graphique 1). Une stabilité des découvertes de séropositivité VIH est observée dans tous les groupes sur les dernières années, sauf chez les HSH, pour lesquels le nombre augmente significativement entre 2011 et 2014.

▶ Proportion de personnes découvrant leur séropositivité à un stade avancé

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2014, 39 % l'ont été à un stade précoce de l'infection (≥ 500 CD4/mm³ ou stade de primo-infection) et 26 % à un stade avancé (< 200 CD4/mm³ ou stade sida¹). Les diagnostics à un stade avancé concernent plus particulièrement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger. La part des diagnostics à un stade avancé de l'infection, qui avait diminué entre 2010 et 2013, se stabilise en 2014.

▶ Incidence du VIH

En 2012, on estime que 6 900 personnes ont été contaminées par le VIH en France. Après avoir diminué jusqu'en 2010, ce nombre s'est stabilisé sur la période 2010-2012. Sur cette même période, l'incidence est stable dans tous les groupes : chez les HSH, les hétérosexuels quels que soient leur lieu de naissance et leur sexe, et les usagers de drogues injectables (UDI).

Les HSH représentent la population la plus touchée, avec un taux d'incidence estimé à environ 1 000 contaminations par an pour 100 000 HSH (1 %). Ce taux d'incidence est

200 fois supérieur à celui estimé dans la population hétérosexuelle française, 18 fois supérieur à celui des UDI, et 9 fois supérieur à celui des personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère. Parmi ce dernier groupe, les femmes et les hommes de nationalités d'un pays d'Afrique subsaharienne présentent des taux d'incidence respectivement 79 et 29 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle de nationalité française.

▶ Nombre de personnes prises en charge pour leur infection VIH

En 2011, 120 800 personnes étaient prises en charge par le régime général de l'assurance maladie pour leur infection VIH (bénéficiaires de l'ALD ou hospitalisées au moins une fois sur les 5 dernières années ou recevant des médicaments spécifiques), dont deux tiers d'hommes (79 400) et un tiers de femmes (41 400). Les taux standardisés de personnes prises en charge sont les plus élevés en Guyane (13,0 pour mille), en Guadeloupe (4,8) et en Île-de-France (1,7). ■

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

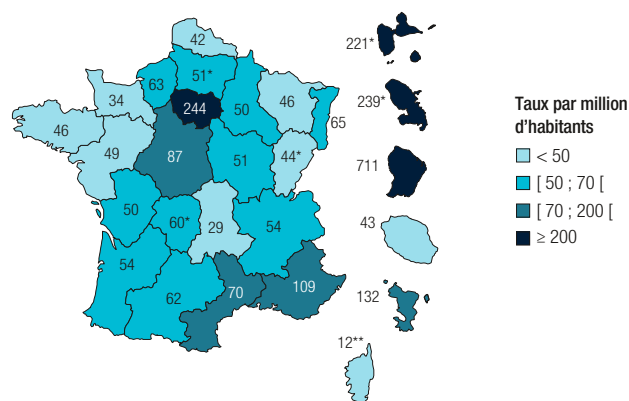
1. Le VIH s'attaque directement au système immunitaire (en pénétrant dans les lymphocytes CD4), c'est-à-dire au système de défense de l'organisme, d'où une susceptibilité accrue à un certain nombre d'infections opportunistes, qui définissent le stade sida.

🔄 Synthèse

Environ 6 600 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2014, dont 42 % d'HSH, 39 % d'hétérosexuels nés à l'étranger, 17 % d'hétérosexuels nés en France et 1 % d'usagers de drogues injectables. La seule tendance significative sur les dernières années est observée chez les HSH, pour lesquels le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH augmente depuis 2011. La tendance à une plus grande précocité des diagnostics sur les années récentes ne se poursuit pas en 2014 (39 % de diagnostics précoces). Les disparités régionales observées depuis 2003 persistent en 2014 : le nombre de découvertes de séropositivité ou de patients pris en charge pour leur infection rapporté à la population est plus élevé dans les départements français d'Amérique et en Île-de-France.

CARTE 1

Taux régionaux (ancien découpage) de découvertes de séropositivité VIH, en 2014



* Estimation 2014 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé pour l'année 2013.

** Estimation impossible à ce jour, le taux présenté est calculé à partir des données 2014 brutes (non corrigées).

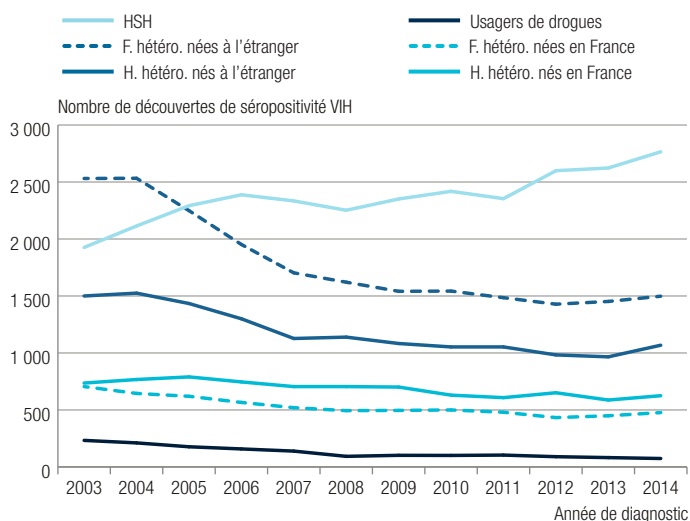
Note • Données au 31 décembre 2014 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

Champ • France entière.

Sources • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe et lieu de naissance, entre 2003 et 2014



HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Note • Données au 31 décembre 2014 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes.

Champ • France entière.

Source • Surveillance des maladies à déclaration obligatoire (Santé publique France).

INDICATEURS • Nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH

• Proportion de personnes découvrant leur séropositivité à un stade avancé et incidence du VIH

► **Champ** : France entière. ► **Sources** : Surveillance des maladies à déclaration obligatoire (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction des indicateurs** : L'estimation du nombre de découvertes de séropositivité prend en compte les délais de déclaration et l'exhaustivité de la déclaration obligatoire du VIH (71 % en 2014). De plus, les données sont corrigées pour les valeurs manquantes. Les estimations d'incidence du VIH sont réalisées, grâce à un modèle mathématique, à partir des données de la déclaration obligatoire (antécédents de dépistage notamment) et des résultats du test d'infection récente développé par le Centre national de référence du VIH. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Le nombre de découvertes de séropositivité VIH dépend d'une part du nombre de nouvelles contaminations, mais également du recours au dépistage (ainsi que des flux migratoires pour les personnes nées à l'étranger). C'est pourquoi, il est parfois difficile d'interpréter une tendance dans un sous-groupe exposé, d'où l'intérêt des calculs de modélisation pour estimer l'incidence. Si l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité est robuste au niveau national, les estimations produites au niveau régional peuvent parfois être entachées d'une plus grande incertitude, notamment lorsque les délais de déclaration varient beaucoup au cours du temps.

► **Références** :

– Infection par le VIH-sida et les IST, point épidémiologique du 23 novembre 2015 [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015

– Découvertes de séropositivité VIH et de sida, point épidémiologique du 1^{er} avril 2016 [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-1er-avril-2016

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

INDICATEUR • Nombre de personnes prises en charge pour leur infection VIH

► **Champ** : France entière (hors Mayotte), régime général. ► **Source** : SNIIRAM (CNAMTS). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Algorithme de définition de la pathologie : bénéficiaires du régime général en ALD au 31 décembre de l'année n, avec codes CIM-10 de maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des 5 dernières années (en diagnostic principal ou relié), et/ou hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec un VIH-sida comme complication ou morbidité associée (diagnostic associé), et/ou personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques au traitement du VIH-sida dans l'année n. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Le nombre de patients pris en charge peut être sous-estimé, dans la mesure où certains patients peuvent ne pas demander à bénéficier d'une ALD au titre de leur infection VIH et ne pas avoir été hospitalisés dans les 5 dernières années. Par ailleurs, une prise en charge ne préjuge pas d'un suivi médical optimal. ► **Référence** : www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf

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

Hépatites chroniques B et C

Contexte

Les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) sont des virus transmis par le sang contaminé, soit par contact direct, soit par l'intermédiaire d'un objet contaminé. Le VHB est également transmis par voie sexuelle (mode de contamination principal en France) et de la mère à l'enfant. Même si la France est un pays de faible endémicité pour le VHB et pour le VHC, les hépatites B et C représentent un problème de santé publique majeur du fait de la gravité potentielle de ces infections qui peuvent évoluer vers une cirrhose et/ou un carcinome hépatocellulaire, du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge. Les nouveaux traitements antiviraux permettent désormais la guérison des personnes infectées par le VHC¹, ce qui n'est pas encore le cas pour le VHB. La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour les personnes à risque élevé d'exposition et pour l'ensemble des nourrissons, avec un rattrapage chez les enfants et les adolescents de 11 à 15 ans révolus.

Dans le monde, les zones les plus touchées sont l'Afrique et l'Asie centrale et orientale pour l'hépatite C, l'Afrique subsaharienne et l'est de l'Asie pour l'hépatite B.

Indicateurs

► Prévalence de l'hépatite C en population générale métropolitaine

Le nombre de personnes de 18 à 80 ans ayant des anticorps (Ac) anti-VHC, donc ayant été infectées par le VHC, est estimé à 344 500 soit une prévalence de 0,75 % en population générale métropolitaine pour l'année 2011. Le nombre de personnes ayant une infection chronique par le VHC (ARN VHC positif) est estimé à 192 700, soit 0,42 % de la population générale métropolitaine. Le nombre de cas estimés tend à diminuer par rapport à 2004 (367 100 patients porteurs d'Ac

anti-VHC et 232 200 personnes infectées chroniques par le VHC). Les comparaisons doivent cependant rester prudentes du fait de méthodologies différentes.

Les principaux groupes à risque élevé d'exposition au VHC sont les usagers de drogues injectables, les personnes transfusées avant 1992 et les personnes nées dans un pays à forte prévalence du VHC (Moyen-Orient).

► Nombre de tests Ac anti-VHC et AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants

Dans un contexte d'augmentation de l'activité de dépistage des hépatites B et C dans les laboratoires de biologie médicale publics ou privés, le nombre de tests confirmés positifs rapporté à la population est estimé, en 2013, à 49 pour 100 000 habitants pour les Ac anti-VHC et à 49 pour 100 000 pour l'antigène (Ag) HBs (marqueur d'une infection chronique par le VHB). Il varie selon les régions. L'Île-de-France se démarque par un taux nettement supérieur aux autres régions métropolitaines, tant pour les Ac anti-VHC (109 / 100 000) que pour l'AgHBs (133 / 100 000) (cartes 1 et 2). Dans les DROM, le nombre de tests positifs rapporté à la population est plus faible que dans la majorité des régions métropolitaines pour les Ac anti-VHC. Pour l'hépatite B, ils sont plus élevés à Mayotte (242 pour 100 000), en Guyane (101) et en Guadeloupe (92).

► Incidence de l'hépatite B aiguë

En 2013, le nombre de cas d'hépatite B aiguë diagnostiqués est estimé à 291, soit une incidence estimée à 0,44 pour 100 000 habitants. En tenant compte des cas non diagnostiqués car non symptomatiques, le nombre de nouvelles infections est estimé à 1 092 en 2013. Près de sept cas sur dix sont des hommes. Ils sont en moyenne plus âgés que les femmes (44 ans *versus* 37 ans). Parmi les cas pour lesquels une

exposition à risque est retrouvée (37 % sur la période 2012-2014), les principales expositions à risque de transmission du VHB rapportées sont une exposition sexuelle à risque (partenaire sexuel porteur d'une infection chronique par le VHB, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, multipartenariat sexuel) et le séjour dans une zone d'endémie pour l'hépatite B. Près de 80 % des personnes pour lesquelles une exposition à risque est documentée ne sont pas vaccinées. ■

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

1. L'impact des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C ne peut être évalué à partir des indicateurs présentés dans cette fiche car l'estimation du nombre de personnes ayant une infection chronique par le VHC concerne 2011, année de mise à disposition des nouveaux traitements ; le nombre de tests confirmés positifs concerne les anticorps anti-VHC qui restent généralement positifs pendant de nombreuses années après guérison.

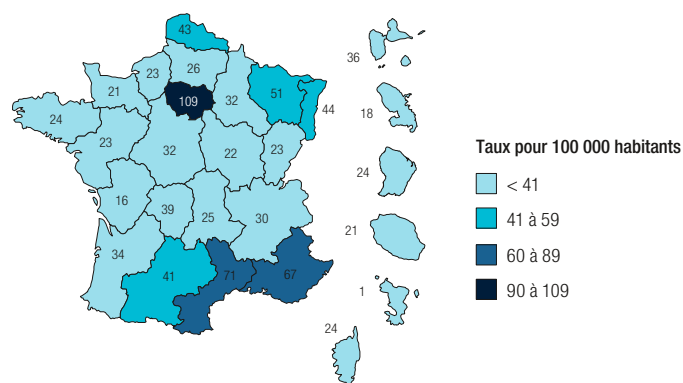
🕒 Synthèse

Le nombre de personnes ayant une hépatite chronique C en population générale métropolitaine a diminué entre 2004 et 2011. Avec l'utilisation, depuis 2011, de traitements contre l'hépatite C, plus efficaces et mieux tolérés, cette tendance devrait se confirmer et s'accroître. L'Île-de-France est la région où le nombre de tests confirmés positifs pour les Ac anti-VHC rapporté à la population est le plus élevé.

L'incidence de l'hépatite B aiguë est faible et tend à diminuer, mais pourrait être considérablement réduite si les recommandations vaccinales étaient mieux appliquées. Les cas sont essentiellement liés à une transmission sexuelle. C'est en Île-de-France, à Mayotte, en Guyane et en Guadeloupe que le nombre de tests confirmés positifs pour l'AgHBs rapporté à la population est le plus élevé.

CARTE 1

Nombre de tests anticorps anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants, en 2013

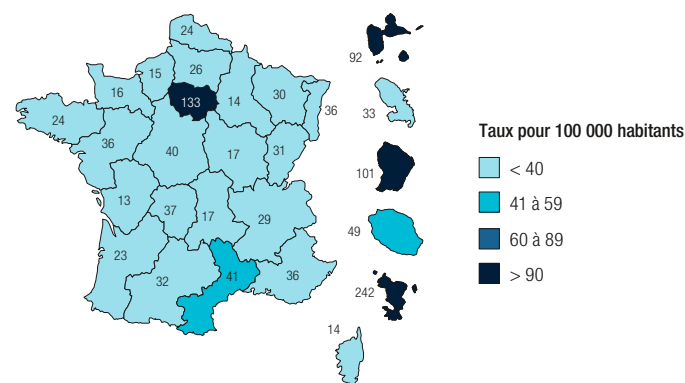


Champ • France entière.

Sources • Enquête LaboHep 2013, volet dépistage des hépatites B et C (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

CARTE 2

Nombre de tests anticorps AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants, en 2013



Champ • France entière.

Sources • Enquête LaboHep 2013, volet dépistage des hépatites B et C (Santé publique France); statistiques démographiques (INSEE).

INDICATEUR • Prévalence de l'hépatite C en population générale métropolitaine

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Source** : Modélisation (Pioche *et al.*, 2016) (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : La population métropolitaine a été divisée en cinq sous-groupes (usagers de drogues injecteurs, usagers de drogues non injecteurs, personnes transfusées avant 1992, personnes immigrées, reste de la population). Pour chaque sous-groupe, le nombre de personnes ayant des Ac anti-VHC et celui de personnes ARN-VHC positives ont été estimés en appliquant les prévalences des Ac anti-VHC et de l'ARN du VHC à la taille de ces sous-groupes, puis sommés et rapportés à la taille de la population de France métropolitaine pour obtenir les prévalences en population générale. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Limites liées aux sources de données et aux hypothèses de travail (Pioche *et al.*, 2016).

► **Références** :

- Pioche C., Pelat C., Larsen C., Desenclos J.C., Jauffret-Roustide M., Lot F., Pillonel J., Brouard C., 2016, « Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine 2011 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 13-14, p. 224-229 [en ligne] : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire

- Meffre C., Delarocque-Astagneau E., Le Strat Y., Dubois F., Steinmetz J., Lemasson J.M., *et al.*, 2007, *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire.

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

INDICATEUR • Nombre de tests anti-VHC et AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants

► **Champ** : France entière. ► **Source** : Enquête LaboHep (enquête nationale auprès des laboratoires de biologie médicale publics et privés), volet dépistage des hépatites B et C (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Le nombre de tests anticorps anti-VHC/AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants correspond au nombre de prélèvements confirmés positifs pour les anticorps anti-VHC/AgHBs pour la première fois dans le laboratoire rapporté à la population (estimations INSEE). ► **Limites d'interprétation** : L'interprétation des taux régionaux doit prendre en compte à la fois les différences interrégionales de prévalence et l'activité de dépistage. ► **Biais connus** : Ces résultats reposent sur une enquête transversale par échantillonnage des laboratoires. ► **Références** : Pioche C., Léon L., Larsen C., Lot F., Pillonel J., Brouard C., 2015, « Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 26-27, p. 478-484.

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

INDICATEUR • Incidence de l'hépatite B aiguë

► **Champ** : France entière. ► **Source** : Enquête LaboHep (enquête nationale auprès des laboratoires de biologie médicale publics et privés), volet hépatite B aiguë (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : L'estimation du nombre de cas d'hépatite B aiguë diagnostiqués (défini par la détection pour la 1^{re} fois au laboratoire en 2013 d'immunoglobulines M anti-HBc, en l'absence de portage chronique connu) a été réalisée après imputation multiple des données manquantes et prise en compte du plan de sondage. L'estimation du nombre de nouvelles infections repose sur un modèle développé en Grande-Bretagne. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Il est possible que des cas de réactivation d'une infection ancienne aient été considérés à tort comme des cas aigus (manque de spécificité de la définition de cas). La prise en compte des cas asymptomatiques repose sur un modèle ancien développé dans un autre pays. ► **Références** : Brouard C., Pioche C., Léon L., Lot F., Pillonel J., Larsen C., 2016, « Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 13-14, p. 237-243 [en ligne] : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire

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

Infections sexuellement transmissibles

Contexte

Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes constituent un problème de santé publique du fait de leur grande fréquence, de leur transmissibilité, de leurs complications (neurosyphilis...), de leurs séquelles (infertilité...) et parce qu'elles sont aussi des cofacteurs de transmission du VIH. L'infection à *Chlamydia* est l'IST bactérienne la plus fréquente. Les données de surveillance montrent que les IST continuent de progresser en France métropolitaine depuis la recrudescence de la gonococcie en 1998, la résurgence de la syphilis précoce en 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale en 2003. Cette progression est très marquée pour la gonococcie et la syphilis précoce chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Elle traduit une augmentation des comportements sexuels à risque dans cette population (rapports non protégés, y compris oraux-génitaux), observée dans les études comportementales depuis plusieurs années. Ces prises de risque sont plus fréquentes chez les HSH séropositifs pour le VIH.

Indicateurs

► Nombre de cas annuels d'infections à *Chlamydia*

En 2014, 14 227 cas d'infections à *Chlamydia* ont été diagnostiqués par les laboratoires du réseau Rénachla, dont le taux d'exhaustivité est estimé à 18 % en 2012. Une augmentation de 12 % du nombre de cas diagnostiqués par les laboratoires constants du réseau Rénachla est observée entre 2012 et 2014.

En 2014, 67 % des cas déclarés concernent des femmes. Un peu plus du quart (26 %) des patients déclarés ont été diagnostiqués en Île-de-France.

► Nombre de cas annuels de gonococcies

En 2014, 3 754 cas de gonococcies ont été diagnostiqués par les laboratoires du réseau Rénago dont le taux de d'exhaustivité est estimé à 23 % en 2012. Une augmentation de 25 % du nombre de gonococcies diagnostiquées par les laboratoires constants du réseau Rénago est observée entre 2012 et 2014.

Les données du réseau de cliniciens RésIST confirment cette tendance et montrent que cette augmentation est particulièrement importante chez les HSH (d'environ 100 % entre 2012 et 2014) comparativement aux hétérosexuels (30 % d'augmentation entre 2012 et 2014) (graphique 1). Elle est observée aussi bien en Île-de-France (environ 100 % d'augmentation chez les HSH et 50 % chez les hétérosexuels entre 2012 et 2014) que dans les autres régions métropolitaines (environ 100 % chez les HSH et 20 % chez les hétérosexuels entre 2012 et 2014). Un tiers des patients déclarés en 2014 ont été diagnostiqués en Île-de-France. Environ 14 % des HSH diagnostiqués pour une gonococcie en 2014 sont séropositifs pour le VIH.

► Nombre de cas annuels de syphilis précoces

En 2014, 1 272 cas de syphilis précoces ont été diagnostiqués dans les sites participants au réseau RésIST, en majorité des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Les HSH représentent plus de 80 % des cas déclarés.

Entre 2012 et 2014, le nombre de syphilis diagnostiquées augmente (graphique 2), particulièrement chez les HSH (environ + 50 %). Cette augmentation chez les HSH est d'environ 60 % en Île-de-France et de 40 % dans les autres régions métropolitaines. Une augmentation du nombre de cas diagnostiqués est également observée chez

les hétérosexuels, malgré un nombre encore faible de cas. Environ 40 % des HSH diagnostiqués pour une syphilis en 2014 sont séropositifs pour le VIH. Les patients diagnostiqués en Île-de-France représentent près de 30 % des cas de syphilis déclarés en 2014. ■

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

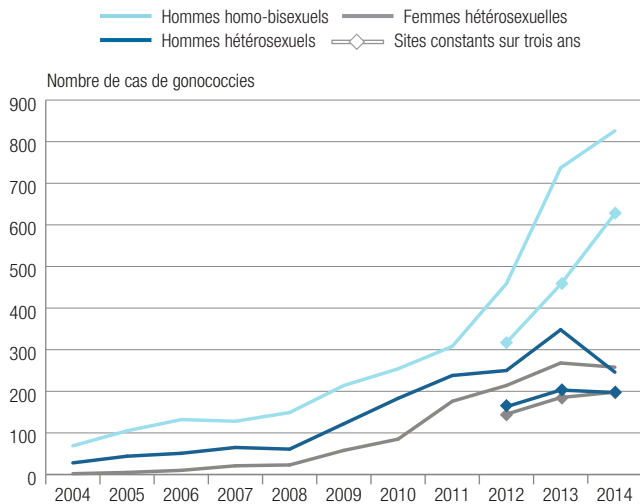
🔄 Synthèse

Le nombre d'infections à *Chlamydia*, de gonococcies et de syphilis précoces diagnostiquées continue de progresser de façon marquée entre 2012 et 2014, notamment chez les HSH. Cette augmentation est observée aussi bien en Île-de-France que dans les autres régions métropolitaines. Le niveau de co-infections par le VIH reste élevé chez les HSH, notamment chez ceux diagnostiqués pour une syphilis. Chez les hétérosexuels, une augmentation de la syphilis et de la gonococcie est également observée sur les 3 dernières années, mais à un niveau moindre. Dans un contexte de prévention combinée¹ de l'infection à VIH, où le préservatif n'est plus le seul outil disponible, le dépistage précoce et le traitement des IST bactériennes sont indispensables pour interrompre la chaîne de transmission des IST.

1. Approche de la prévention associant l'ensemble des outils disponibles : la prévention comportementale (utilisation du préservatif, stratégie de choix des partenaires et des pratiques sexuelles), le dépistage régulier (VIH, IST) et le traitement antirétroviral (prophylaxie préexposition, traitement post exposition, traitement des personnes séropositives).

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre de cas annuels de gonococcies selon l'orientation sexuelle, entre 2004 et 2014

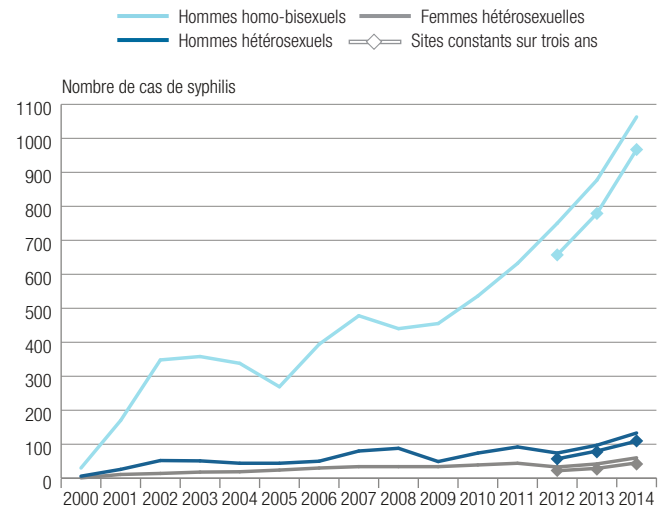


Champ • France entière.

Source • Réseau RésIST (Santé publique France).

GRAPHIQUE 2

Évolution du nombre de cas annuels de syphilis précoces selon l'orientation sexuelle, entre 2000 et 2014



Champ • France entière.

Source • Réseau RésIST (Santé publique France).

INDICATEUR • Nombre de cas annuels d'infections à *Chlamydia*

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Source** : Réseau Rénachla (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de cas d'infections à *Chlamydia* diagnostiqués et rapportés par le réseau pendant l'année n. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données issues des réseaux volontaires de surveillance, sans être exhaustives, permettent de suivre les tendances des IST au niveau national. Cet indicateur ne prend en compte que les cas diagnostiqués et rapportés par le réseau de surveillance. Les évolutions sont calculées sur les sites constants sur trois années.

► **Références** :

– *Bulletin des réseaux de surveillance des IST, données au 31 décembre 2014* [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST

– La Ruche G., Le Strat Y., Fromage M., Berçot B., Goubard A., de Barbeyrac B., Sednaoui P., Cambau E., Lot F., 2015, « Incidence of Gonococcal and *Chlamydia* Infections and Coverage of two Laboratory Surveillance Networks, France, 2012 », *Euro Surveillance*, 20(32);pii=21205. [en ligne] : www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21205

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

INDICATEUR • Nombre de cas annuels de gonococcies

► **Champ** : France métropolitaine pour le réseau Rénago et France entière pour le réseau RésIST. ► **Sources** : Réseaux Rénago et RésIST (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de cas de gonococcies diagnostiqués et rapportés par ces deux réseaux pendant l'année n. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données issues des réseaux volontaires de surveillance, sans être exhaustives, permettent de suivre les tendances des IST au niveau national. Cet indicateur ne prend en compte que les cas diagnostiqués et rapportés par les réseaux de surveillance. Les évolutions sont calculées sur les sites constants sur trois années.

► **Références** :

– *Bulletin des réseaux de surveillance des IST, données au 31 décembre 2014* [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST

– La Ruche G., Le Strat Y., Fromage M., Berçot B., Goubard A., de Barbeyrac B., Sednaoui P., Cambau E., Lot F., 2015, « Incidence of Gonococcal and *Chlamydia* Infections and Coverage of two Laboratory Surveillance Networks, France, 2012 », *Euro Surveillance*, 20(32);pii=21205. [en ligne] : www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21205

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

INDICATEUR • Nombre de cas annuels de syphilis précoces

► **Champ** : France entière. ► **Source** : Réseau RésIST (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de cas de syphilis précoce diagnostiqués et rapportés par le réseau pendant l'année n. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les données issues des réseaux volontaires de surveillance, sans être exhaustives, permettent de suivre les tendances des IST au niveau national.

Cet indicateur ne prend en compte que les cas diagnostiqués et rapportés par le réseau de surveillance. Les évolutions sont calculées sur les sites constants sur trois années. ► **Référence** : *Bulletin des réseaux de surveillance des IST, données au 31 décembre 2014* [en ligne] : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST

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

Infections associées aux soins

Contexte

Depuis 2001, le Réseau d'alerte, investigation et surveillance des infections nosocomiales (Raisin), associant les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et l'Institut de veille sanitaire (désormais Santé publique France), coordonne plusieurs surveillances nationales afin d'évaluer l'impact des programmes de lutte contre les infections nosocomiales.

Les indicateurs retenus ici sont issus du réseau ISO-Raisin de surveillance des infections du site opératoire (ISO) et du réseau REA-Raisin de surveillance des infections en réanimation ciblant des infections associées à un dispositif invasif – cathéter veineux central (CVC) – pour lesquelles une démarche de prévention permet une réduction des risques.

Indicateurs

► Incidence des infections du site opératoire

En 2014, parmi les 107 656 interventions chirurgicales surveillées, le taux d'ISO varie entre 0,4 % pour la chirurgie vasculaire et 2,9 % pour la chirurgie urologique (tableau 1). Les taux d'ISO les plus faibles sont observés pour les pontages aorto-coronariens avec greffon sur un autre site (aucune ISO identifiée mais seulement 1 134 interventions surveillées) et pour les cures de hernie au niveau lombaire ou la chirurgie d'exérèse veineuse des membres inférieurs (0,43 %). Les taux les plus élevés sont de 6,9 % pour la chirurgie colorectale. Le taux d'ISO varie selon le niveau de risque (de 0 à 3) d'acquisition d'infection nosocomiale des patients, mesuré par le score composite NNIS¹, de 0 % en ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur ou 0,2 % en chirurgie d'exérèse veineuse des membres inférieurs chez les patients de score NNIS 0, à 12,5 % pour les vésiculo-prostatectomies chez les patients de score NNIS 2 ou 3.

Parmi les 21 interventions ciblées, une évolution à la hausse significative a été retrouvée entre 2010 et 2014 pour 3 interventions : la cure de hernie inguinale ou crurale uni ou bilatérale de la paroi antérieure (respectivement + 79 % pour l'ensemble des patients et + 154 % pour les patients en NNIS 0), la chirurgie mammaire (respectivement + 45 % et + 41 %) et la résection transurétrale de la prostate (uniquement pour

l'ensemble des patients : + 32 % quelle que soit la technique et + 28 % sous endoscopie).

Un focus particulier a été fait sur les ISO en orthopédie prothétique (hanche et genou) de première intention car il s'agit d'une cible du Programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 : moins de 1 % d'ISO est attendu. L'analyse, restreinte aux ISO survenues dans les 30 jours post-intervention, ne montre pas d'évolution significative pour les poses primaires de prothèse de hanche, ni pour les poses primaires de prothèse de genou (tableau 2).

► Fréquence de survenue de bactériémies liées aux cathéters veineux centraux en réanimation

La surveillance en réseau des infections en réanimation (REA-Raisin) cible les infections associées à un dispositif invasif (intubation, cathéter veineux central) pour lesquelles une démarche de prévention est essentielle, dont les bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC).

Les données recueillies du 1^{er} janvier au 30 juin 2014 concernent 34 226 patients hospitalisés plus de deux jours en réanimation. Parmi ces patients, 22 317 patients ont été exposés à un CVC (65,3 %) avec une durée médiane d'exposition de 7 jours, un ratio de 1,21 CVC par patient et un ratio d'exposition par service (REDI) de 65,7 %.

Au total, au moins un épisode de BLC est rapporté pour 124 patients, soit 131 BLC survenues en moyenne 17,5 jours après la pose d'un CVC. L'incidence cumulée des BLC observées était de 0,56 pour 100 patients exposés à un CVC. Le taux d'incidence était de 0,51 BLC pour 1 000 jours d'exposition aux CVC.

Un résultat de culture est disponible pour l'ensemble des BLC. Les micro-organismes les plus fréquemment isolés de BLC sont : *Staphylococcus epidermidis* (22,8 %), *Staphylococcus aureus* (20,0 %), *Pseudomonas aeruginosa* (11,0 %), *Klebsiella pneumoniae* (8,3 %), *Enterobacter cloacae* (4,8 %) et *Escherichia coli* (2,1 %). Au total, 22,8 % des micro-organismes isolés de BLC sont des entérobactéries, dont 7,6 % des entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE), et 20,0 % des *Staphylococcus aureus*, dont 3,4 % des *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM).

Un taux d'incidence des BLC en réanimation inférieur à 1/1 000 jours de cathétérisme a été retenu comme cible quantitative de l'axe 3

« Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé » du Propias 2015. En 2014, l'incidence globale est de 0,51/1 000 jours de CVC, mais 42 services participant rapportent une incidence supérieure ou égale à 1/1 000 jours de CVC. À noter que 135 services participant sur 212 (63,7 %) ne rapportent aucune BLC sur la période de surveillance. Une analyse multivariée incluant 106 487 des 175 982 (60,5 %) patients inclus dans la surveillance entre 2009 et 2014 a permis d'identifier 3 facteurs favorisant la survenue d'une BLC : durée du cathétérisme, sexe masculin et transfert d'une autre réanimation, et 2 facteurs protecteurs : antibiotique à l'admission et âge élevé. Le risque ajusté, chaque année plus faible qu'en 2009, a néanmoins varié sur la période (graphique 1). On peut souligner que la rareté des BLC (estimée pour l'ensemble des réanimations de France à environ 500 épisodes par an) rend difficile l'interprétation des variations du risque de BLC.

En conclusion, l'incidence de BLC observée en 2014 par le réseau REA-Raisin reste très basse. Cela incite donc à développer en France des actions plus systématiques d'analyse des causes sur chaque cas de BLC, en particulier à SARM (indicateur du tableau de bord des IN : BNSARM), en complément des systèmes de surveillance actuels, le but étant la baisse de ce risque résiduel car l'indicateur est très sensible aux variations. ■

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

1. Score composite intégrant trois dimensions : état préopératoire du patient mesuré par le score ASA (American Society of Anesthesiologists) ; difficultés rencontrées au cours de l'intervention (évaluées par la durée de l'intervention) ; classe de contamination d'Altemeier.

○ Synthèse

En 2014, les indicateurs de surveillance des infections associées aux soins présentés ici restent orientés à la baisse, à l'exception des indicateurs concernant les infections du site opératoire dont certains sont en augmentation. L'objectif du Propias concernant l'orthopédie prothétique est cependant atteint. En réanimation, l'objectif du Propias est globalement atteint (0,51 BLC/1 000 jours de CVC) mais une proportion significative de services n'atteint pas cet objectif. Néanmoins, pour les infections du site opératoire comme pour les bactériémies liées aux cathéters veineux centraux, les taux mesurés restent très bas.

TABEAU 1
Taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO)
par groupe d'interventions ciblées, en 2014

	Nombre infections	Nombre interventions surveillées	Taux d'ISO (%)	IC95 %
Gynécologie-obstétrique	435	25 841	1,68	1,53 - 1,84
Digestif	548	31 893	1,72	1,57 - 1,86
Neurochirurgie	18	2 610	0,69	0,37 - 1,01
Orthopédie	257	26 415	0,97	0,85 - 1,09
Urologie	159	5 477	2,90	2,45 - 3,35
Coronnaire	32	1 159	2,76	1,80 - 3,72
Vasculaire*	33	7 691	0,43	0,28 - 0,58
Traumatologie	41	6 570	0,62	0,43 - 0,82

IC : intervalle de confiance.

* Chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur.

Champ • France entière, interventions chirurgicales ciblées.

Source • Surveillance nationale des infections du site opératoire (réseau ISO-Raisin).

TABEAU 2
Évolution du taux d'incidence des ISO (brut)
et pour les patients avec un NNIS-0) par intervention
pour la chirurgie orthopédique, en 2014

Interventions	2010	2011	2012	2013	2014	p
Prothèse de hanche (primaire ou de première intention)						
Nombre total	22 111	23 874	16 266	14 374	14 115	NS*
Taux d'incidence brut (%)	0,76	0,75	0,79	0,84	0,73	NS*
Nombre NNIS-0	13 992	14 688	9 786	8 379	8 305	NS*
Taux d'incidence NNIS-0 (%)	0,49	0,57	0,56	0,61	0,51	NS*
Prothèse de genou (primaire ou de première intention)						
Nombre total				9 430	10 363	NS**
Taux d'incidence brut (%)				0,34	0,41	NS**
Nombre NNIS-0				5 455	6 019	NS**
Taux d'incidence NNIS-0 (%)				0,22	0,35	NS**

NS = non significatif.

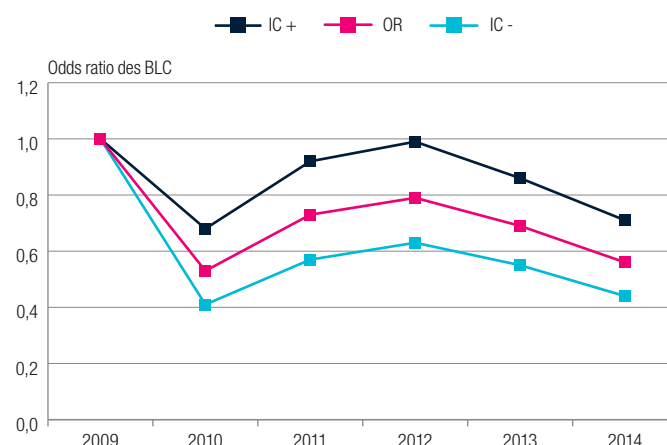
*Année 2010 *versus* année 2014.

** Année 2013 *versus* année 2014 (non surveillées avant cela).

Champ • France entière, interventions chirurgicales prothétiques de hanche et de genou (analyse restreinte aux ISO survenues dans les 30 jours postopératoires).

Source • Surveillance des infections du site opératoire (réseau ISO-Raisin).

GRAPHIQUE 1
Analyse multivariée des bactériémies liées au cathéter (BLC) :
évolution 2009-2014 des odds ratio (OR) et intervalles de
confiance à 95 % (bornes supérieures IC+ et inférieures IC-)



Champ • France entière, patients hospitalisés en réanimation plus de 2 jours.

Source • Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte (réseau REA-Raisin).

INDICATEUR • Taux d'incidence des infections du site opératoire

► **Champ** : France entière, interventions chirurgicales ciblées par groupe. **Digestif** : cholécystectomie avec ou sans geste sur la voie biliaire principale ; cure de hernie inguinale ou crurale, uni ou bilatérale ou de la paroi antérieure avec ou sans prothèse ; chirurgie colorectale ; appendicectomie. **Orthopédie** : prothèse de hanche (de première intention) ; reprise de prothèse de hanche ; prothèse de genou (de première intention) ; reprise de prothèse de genou. **Neurochirurgie** : laminectomie ; chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire. **Urologie** : résection transurétrale de prostate ; vésiculoprostatectomie. **Gynécologie** : chirurgie mammaire ; hystérectomie par voie abdominale ; hystérectomie par voie vaginale ; césarienne. **Vasculaire** : chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur. **Traumatologie** : ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur ; autre ostéosynthèse sauf crâne, rachis et extrémité supérieure du fémur. **Coronnaire** : pontage aorto-coronarien avec greffon local ; pontage aorto-coronarien avec greffon sur un autre site. ► **Source** : Surveillance des infections du site opératoire (réseau ISO-Raisin). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de patients avec une ISO/nombre de patients opérés ; stratification des indicateurs selon les types ou groupes d'interventions ciblées et selon le score NNIS – score composite intégrant trois dimensions : état préopératoire du patient mesuré par le score ASA (American Society of Anesthesiologists) ; difficultés rencontrées au cours de l'intervention (évaluées par la durée de l'intervention) ; classe de contamination d'Altemeier – ou le niveau de risque des patients. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Surveillance basée, en 2014, sur 107 656 interventions chirurgicales réalisées sur 6 mois dans 915 services hospitaliers relevant de 369 établissements sanitaires de court séjour volontaires pour participer à la surveillance. Pour certaines interventions, le nombre d'actes surveillés est faible.

► Références :

- Dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS>
- Haut Conseil de la santé publique, Société française d'hygiène hospitalière, 2010, « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins », rapport, septembre [en ligne] : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2010_recommandations_SFHH.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2012 « Annual Epidemiologic Report – Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data », Rapport, mars [en ligne] : www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf

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

INDICATEURS • Taux d'incidence de bactériémies liées aux cathéters veineux centraux en réanimation

• Taux d'incidence cumulée de bactériémies liées aux cathéters veineux centraux en réanimation

► **Champ** : France entière, patients hospitalisés plus de 2 jours en service de réanimation adulte. ► **Source** : Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte (réseau REA-RAISIN). ► **Mode de construction des indicateurs** : Taux d'incidence : nombre de bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)/nombre de jours d'exposition aux cathéters veineux centraux. Incidence cumulée : nombre de BLC sur le nombre de patients exposés. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Surveillance basée, en 2014, sur 34 226 patients hospitalisés plus de deux jours en réanimation entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2014, dans 212 services de réanimation relevant de 186 établissements sanitaires de court séjour volontaires pour participer à la surveillance, ce qui représente 50 % des lits de réanimation de France. Événement associé aux soins rare (moins d'un épisode par service sur 6 mois) rendant l'indicateur très sensible aux variations.

► Références :

- Dossier thématique « Infections associées aux soins » [en ligne] : www.santepubliquefrance.fr/raisin
- Pronovost P., *et al.*, 2006. « An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU », *The New England Journal of Medicine*, 355:2725-2732.

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

Résistance aux antibiotiques

Contexte général

La résistance aux antibiotiques (RATB) constitue un problème de santé publique majeur. L'étude BURDEN¹ conduite par Santé publique France en 2015 estime que 158 000 infections à bactéries multirésistantes (BMR) surviennent chaque année en France, dont 16 000 infections invasives ; 12 500 décès sont associés à ces infections (dont 2 700 aux infections invasives).

Le développement de la RATB se traduit par une réduction de l'arsenal thérapeutique

et peut conduire par l'émergence de multirésistances à des impasses thérapeutiques. Son développement est lié à la pression de sélection² exercée par les antibiotiques prescrits en santé humaine et animale (animaux d'élevage et animaux domestiques) et à la diffusion des BMR. La diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est ainsi un point majeur dans la lutte contre la RATB. L'autre déterminant principal de la résistance aux antibiotiques est le respect des règles d'hygiène et la bonne gestion des excréta qui sont indispensables

pour maîtriser la dissémination des bactéries multirésistantes.

Les surveillances de la RATB et de la consommation d'antibiotiques sont, depuis le début des années 2000, des actions cibles des plans nationaux successifs d'alerte sur les antibiotiques. Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins constitue une priorité (Axe 2) du Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015.

Résistance aux antibiotiques chez les staphylocoques dorés : résistance à la méticilline

Contexte

Depuis 2010, l'incidence des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) est en constante diminution. Néanmoins, la vigilance doit rester de mise. Les indicateurs suivis dans les précédents rapports ont été reconduits en 2014 et le Propias cible également cette résistance. Les bactériémies nosocomiales à SARM et l'analyse des causes profondes de chaque épisode sont la base d'un indicateur du tableau de bord des IN (BN SARM³).

Indicateurs

► Densité d'incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation

En 2014, selon le réseau BMR-Raisin⁴, la densité d'incidence (DI) des SARM est de 0,27/1 000 JH (journées d'hospitalisation) tous types de séjours hospitaliers confondus, variant de 0,20 à 0,34 selon les interrégions. Elle s'élève à 0,12/1 000 JH en soins de longue durée (SLD), 0,18 en soins de suite et de réadaptation (SSR) et 0,38 en court séjour (CS) ; toutefois la répartition n'est pas homogène en court séjour : en réanimation la DI est de 0,95 en raison de la fragilité des patients, leurs antécédents, la pression antibiotique et la charge en soins élevée.

Sur la cohorte des 624 établissements de santé (ES) ayant participé chaque année au réseau BMR-Raisin de 2010 à 2014, la DI globale des SARM diminue significativement de 0,42 à 0,30 mais aussi en CS, réanimation et SSR-SLD (graphique 1).

Les variations régionales observées de la DI SARM, représentées ici (carte 1) pour les spécialités de court séjour doivent être interprétées avec prudence car leurs déterminants restent à explorer.

► Proportion de souches de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) résistants à la méticilline parmi les *Staphylococcus aureus* hospitaliers

Exprimé en pourcentage de souches résistantes au sein de l'espèce, cet indicateur est utilisé par les cliniciens pour guider leurs prescriptions d'antibiotiques. En 2014, selon le réseau BMR-Raisin, la proportion de SARM parmi les souches hospitalières de *S. aureus* isolées de prélèvements à visée diagnostique, tous types de séjours et de prélèvements confondus, est de 17,2 %, variant de 15,3 % à 20,3 % selon l'interrégion. Les données françaises du réseau EARS-Net⁵ montrent des résultats similaires avec une proportion de SARM parmi les souches isolées d'hémocultures égale à 17,4 % en 2014. Cela situe la France juste au niveau de la proportion moyenne européenne de résistance à la méticilline (pondérée par la

population des pays participants) et parmi les 12 pays (France incluse) rapportant en 2014 une proportion de SARM comprise entre 10 et 25 %. La France est l'un des neuf pays européens rapportant une diminution significative de la proportion de SARM entre 2011 et 2014.

1. Institut de veille sanitaire, 2015, « Morbidité et mortalité des infections à bactéries multirésistantes aux antibiotiques en France en 2012. Étude Burden BMR », rapport, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, juin [en ligne] : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Morbidite-et-mortalite-des-infections-a-bacteries-multi-resistantes-aux-antibiotiques-en-France-en-2012

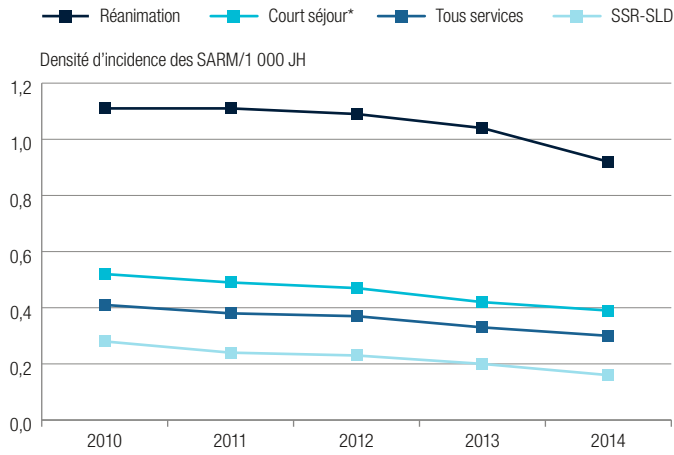
2. Une pression de sélection est une contrainte environnementale qui tend à orienter l'évolution d'une espèce dans une direction donnée. Ici, il s'agit de la sélection de bactéries naturellement résistantes aux antibiotiques prescrits qui deviennent prédominantes à la suite de la disparition des bactéries sensibles.

3. IN BN SARM : indicateur de qualité et de sécurité des soins sur le thème des infections associées aux soins ciblant les bactériémies nosocomiales à staphylocoque doré résistant à la méticilline. Indicateur mixte de moyen et de résultats centré sur les rares infections nosocomiales invasives, dont il est attendu qu'elles tendent vers zéro compte tenu de leur évitabilité potentielle. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_bn-sarm.pdf

4. Réseau BMR-Raisin : réseau national de surveillance des bactéries multirésistantes en établissements de santé.

5. Réseau EARS-Net : réseau européen de surveillance de la résistance aux antibiotiques.

GRAPHIQUE 1
Évolution de la densité d'incidence des SARM selon le type d'activité, de 2010 à 2014

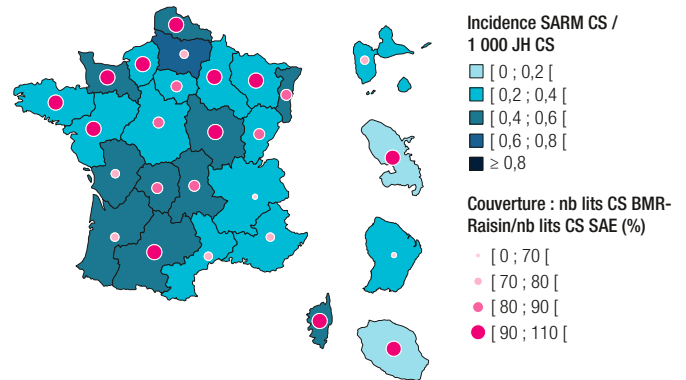


* Réanimation incluse.

Champ • France entière, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, cohorte de 624 ES ayant participé à la surveillance BMR-Raisin chaque année de 2010 à 2014.

Source • Réseau BMR-Raisin 2014.

CARTE 1
Densités d'incidences régionales des SARM pour 1 000 JH (court séjour, n = 981)



SAE : statistique annuelle des établissements.

Champ • France entière, patients hospitalisés, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, tous ES participants, données restreintes aux spécialités de court séjour hors psychiatrie (tous types d'ES confondus).

Source • Réseau BMR-Raisin 2014.

Résistance aux antibiotiques chez les entérobactéries

Contexte

L'évolution de la résistance aux bêtalactamines chez les entérobactéries et notamment chez *Escherichia coli* (*E. coli*), est particulièrement préoccupante. Le Propias 2015 cible également cette résistance.

Indicateurs

► Densité d'incidence des entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu (EBLSE) dans les établissements de santé pour 1 000 journées d'hospitalisation

La production de BLSE est le mécanisme le plus fréquent de résistance aux céphalosporines de 3^e génération (elle est retrouvée dans environ

80 % des cas chez *E. coli* et *K. pneumoniae*). En 2014, selon le réseau BMR-Raisin, la DI des EBLSE est de 0,62/1 000 JH tous types de séjours hospitaliers confondus, variant de 0,38 à 1,09 selon les interrégions. Elle s'élève à 0,26 en SLD, 0,42 en SSR et 0,46 en court séjour avec 2,67 en réanimation.

Sur la cohorte des 624 ES ayant participé chaque année au réseau BMR-Raisin de 2010 à 2014, la DI globale des EBLSE augmente significativement de 0,41 à 0,68 mais aussi en court séjour, réanimation et SSR-SLD (graphique 2). La DI des EBLSE a rejoint celle des SARM en 2010 et ne cesse d'augmenter (alors que celle des SARM continue de diminuer)

Les variations régionales observées de la DI des EBLSE (carte 2) en spécialité de court séjour doivent être interprétées avec prudence car leurs déterminants restent à explorer.

► Pourcentage de souches d'*E. coli* résistantes aux céphalosporines de 3^e génération

En 2014, selon le réseau EARS-Net, la proportion de résistance aux céphalosporines de 3^e génération (C3G) chez *E. coli* isolé d'hémocultures en France est de 9,9 %.

Le réseau EARS-Net rapporte, en 2014, sur la période 2011-2014, une augmentation significative de la proportion moyenne européenne de résistance aux céphalosporines de 3^e génération chez *E. coli* de 9,6 à 12,0 % (pondérée par la population de chaque pays participant), malgré une diminution par rapport à 2013 (12,6 %). Cette augmentation est significative dans 13 pays (dont la France) parmi les 29 pays participants sur cette période. Seul le Danemark rapporte une diminution significative sur la même période.

Bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe)

Contexte

Depuis 2004, des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) sont responsables d'épidémies dans des ES français. En 2004 également, les premiers épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) ont été signalés en 2004 et sont en très nette augmentation depuis 2012. Les proportions de résistance aux glycopeptides chez *Enterococcus faecium* ainsi que de résistance aux carbapénèmes chez les entérobactéries ont été retenues comme cible quantitative pour la maîtrise des BHRe dans le Propias 2015.

L'émergence régulière de nouvelles résistances témoigne du caractère évolutif de ce problème de santé publique, et un nouveau mécanisme de résistance plasmidique à la colimycine (*mcr-1*) a été décrit en 2016 dans de nombreux pays, notamment la Chine, les États-Unis, le Canada mais également en Europe et tout récemment en Nouvelle-Calédonie⁶. Il représente un risque pour la santé publique, car la colimycine est l'un des rares antibiotiques encore actifs sur les souches d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC). Son caractère transférable entre bactéries accroît considérablement le risque de voir apparaître à terme des souches de *E. coli* et globalement

d'entérobactéries totalement résistantes aux antibiotiques.

Indicateurs

► Pourcentage de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium*

En 2014, selon le réseau EARS-Net, la proportion de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* en France est de 0,5 %. Cela situe la France parmi les 16 pays européens où la résistance à la vancomycine chez *E. faecium* est la plus faible (< 1 %). Cette proportion de résistance dans l'espèce était de 5 % en 2004 et 3 % en 2005 et 2006, en lien avec plusieurs épidémies hospitalières, mais oscille autour de 1 % depuis plusieurs années. Si l'émergence des ERG paraît actuellement maîtrisée en France, il convient cependant de rester vigilant et de maintenir les efforts autour des premiers cas détectés en application des recommandations du Haut Conseil de la santé publique de 2013.

En Europe, selon le réseau EARS-Net, la proportion moyenne européenne de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* isolée d'hémocultures est de 7,9 % en 2014. Seuls 6 pays, dont la France, ont, en 2014, une proportion de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* inférieure à 1 %. De 2011 à 2014, la proportion

moyenne européenne de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* a augmenté significativement de 6,2 % à 7,9 %.

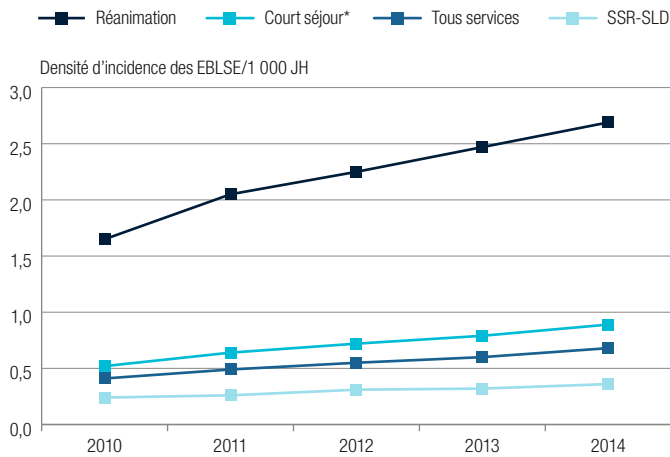
► Pourcentage de résistance aux carbapénèmes chez *Klebsiella pneumoniae*

En 2014, selon le réseau EARS-Net, la proportion de résistance aux carbapénèmes chez *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*) isolée d'hémocultures ou de liquide céphalo-rachidien (LCR) en France reste, comme dans 16 pays (France incluse), inférieure à 1 % (0,5 %). Néanmoins, dans d'autres pays la situation est plus inquiétante. Ainsi, la proportion de résistance aux carbapénèmes chez *K. pneumoniae* se situe en 2014 entre 1 % et 5 % dans sept pays, entre 5 % et 25 % dans trois autres pays et est supérieure à 30 % dans trois pays (Roumanie, Italie et Grèce).

Le réseau EARS-Net rapporte une augmentation significative de la proportion moyenne

6. Robin F., Beyrouthy R., Colot J., Saint-Sardos P., Berger-Carbonne A., Dalmasso G., Delmas J., Bonnet R., 2016, « MCR-1 in ESBL-producing *Escherichia coli* Responsible for Human Infections in New Caledonia » *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Dec 28. pii: dkw508. doi: 10.1093/jac/dkw508. [Epub ahead of print]

GRAPHIQUE 2
Évolution de la densité d'incidence des EBLSE selon le type d'activité, de 2010 à 2014

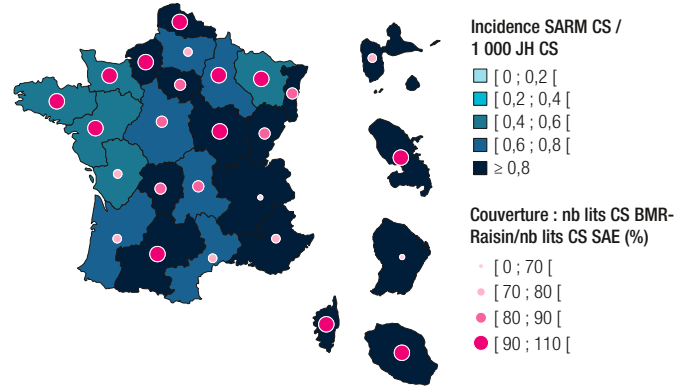


* Réanimation incluse.

Champ • France entière, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, cohorte de 624 ES ayant participé à la surveillance BMR-Raisin chaque année de 2010 à 2014.

Source • Réseau BMR-Raisin 2014.

CARTE 2
Incidences globales régionales des EBLSE pour 1 000 JH (court séjour, n = 981)



SAE : statistique annuelle des établissements.

Champ • France entière, tous ES participants, prélèvements à visée diagnostique, tous sites, données restreintes aux spécialités de court séjour hors psychiatrie (tous types d'ES confondus).

Source • Données BMR-Raisin 2014.

européenne de résistance aux céphalosporines de 3^e génération chez *K. Pneumoniae* de 6,0 % à 7,3 % (pondérée par la population de chaque pays participant). En France, si la proportion de résistance aux carbapénèmes

chez *K. pneumoniae* reste inférieure à 1 %, elle est en augmentation significative sur la période 2011-2014.

Le signalement des infections nosocomiales mis en place en France en 2001, montre que

les EPC sont en émergence. La situation épidémiologique au 31 décembre 2015 faisait état de 2 258 épisodes signalés à l'InVS depuis 2004 (un ou plusieurs cas d'EPC reliés par une chaîne épidémiologique⁷).

Résistance aux antibiotiques chez les pneumocoques

Contexte

Les infections à pneumocoques (ORL et respiratoires mais aussi méningites et septicémies) sont principalement observées en médecine de ville. La proportion de souches résistantes à la pénicilline était quasiment nulle en France dans les années 1980 puis a augmenté pour atteindre un pic à 48 % en 2002 avant de diminuer régulièrement depuis (22 % en 2014). La loi de santé publique de 2004 avait pour objectif de réduire à moins de 30 % la proportion de souches responsables d'infections graves (méningites et bactériémies) ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline et à l'érythromycine et de stopper la progression de la résistance aux fluoroquinolones. Ces objectifs sont atteints mais la vigilance reste de mise et les indicateurs suivis jusque-là ont été reconduits.

Indicateurs

► Incidence des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée (intermédiaire ou résistante) à la pénicilline

Les résultats présentés sont restreints aux souches isolées du liquide céphalo-rachidien

(LCR), pour lesquelles il est demandé aux laboratoires d'envoyer systématiquement les souches au centre national de référence (CNR) en distinguant les enfants de moins de 16 ans et les adultes. Les dernières données disponibles sont celles de 2014. L'incidence⁸ des méningites à pneumocoques est estimée à 8,0 cas par million d'habitants, toutes tranches d'âges confondues, à 7,8 cas chez les enfants de moins de 16 ans et à 8,1 cas chez les adultes.

Cette incidence est présentée pour les souches de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP), afin de suivre leur évolution dans un nouveau contexte épidémiologique en raison du remplacement du vaccin pneumococcique conjugué heptavalent par le vaccin pneumococcique conjugué 13-valent chez les enfants de moins de 2 ans en juin 2010. L'incidence des méningites à PSDP a enregistré une baisse de 56 % entre 2009 et 2014, toutes tranches d'âge confondues. Chez les enfants, l'incidence des méningites à PSDP a diminué de 64 % entre 2009 et 2014, avec une diminution de 39 % dès 2011. L'incidence des méningites à PSDP a aussi diminué de 53 % chez les adultes entre 2009 et 2014 ; diminution qui ne devient significative qu'à partir de 2012 (22 %). Parallèlement, entre 2009 et 2014, l'incidence

des méningites à pneumocoques sensibles à la pénicilline a diminué progressivement toutes tranches d'âge confondues de 8,9 à 6,4 cas pour un million d'habitants (-30 %) (tableau 1).

Les indicateurs en proportion de souches de pneumocoques isolées de bactériémies ou de méningites ayant une sensibilité diminuée (intermédiaire ou résistante) à la pénicilline G ou l'érythromycine sont également en diminution⁹.

7. Une chaîne épidémiologique est une succession de contacts permettant d'expliquer la transmission d'un agent pathogène entre les cas atteints d'une même maladie par contact direct entre les cas, transmission manuportée via une tierce personne commune ou les surfaces de l'environnement.

8. Les taux d'incidence sont corrigés pour prendre en compte la couverture nationale du réseau de surveillance et la sous-déclaration des cas.

9. Se référer au dossier thématique sur le site de Santé publique France pour plus de détails : <http://invs.santepubliquefrance.fr/ratb/>.

Consommation antibiotique en santé humaine

Contexte

À l'hôpital comme en ville, le suivi de la consommation d'antibiotiques constitue un outil de maîtrise des résistances aux antibiotiques. Les données disponibles sont celles de ventes d'antibiotiques à usage humain recueillies chaque année par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) auprès des exploitants de spécialités pharmaceutiques, distinguant les ventes en officine et les ventes aux établissements de santé. Ces données participent à la surveillance européenne dans le cadre du réseau ESAC-Net (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) et sont utilisées par le Plan national d'alerte sur les antibiotiques pour

mesurer l'impact global des actions entreprises sur le niveau des consommations. Elles sont complétées depuis 2007, pour le volet hospitalier, par les données du réseau national de surveillance de la consommation des antibiotiques dans les établissements de santé (Réseau ATB-Raisin). Ce réseau collige des données nationales et régionales de dispensation hospitalière, globales et par service, auprès d'établissements volontaires.

Indicateurs

► Consommation d'antibiotiques en ville rapportée à 1 000 habitants par jour

En 2015, la consommation d'antibiotiques en ville s'établit à 29,9 doses définies

journalières (DDJ) pour 1000 habitants et par jour (graphique 3).

Ce niveau confirme la tendance à une reprise de la consommation, observée depuis plusieurs années. Les pénicillines sont les antibiotiques les plus largement utilisés en ville. Prises dans leur ensemble, les bêta-lactamines (J01C+J01D) représentent 70 % de la consommation ambulatoire. Les tétracyclines constituent désormais la seconde grande classe la plus consommée ; viennent ensuite les macrolides et les quinolones (tableau 2).

La consommation d'antibiotiques en France demeure toujours très supérieure (d'environ 30 %) à la moyenne européenne (tableau 3). Le Propias prévoit une réduction de la consommation

TABLEAU 1
Incidence* des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) et à pneumocoques sensibles à la pénicilline, entre 2009 et 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Incidence* des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP)						
Enfants (0-15 ans)	5,3	5,8	3,2	2,2	3,1	1,9
Adultes (16 ans)	3,4	3,9	2,8	2,7	2,5	1,6
Tous âges	3,8	4,3	2,9	2,6	2,6	1,7
Incidence* des méningites à pneumocoques sensibles à la pénicilline						
Enfants (0-15 ans)	11,4	9,0	9,7	8,2	8,8	5,9
Adultes (16 ans)	8,3	8,5	7,8	7,4	7,6	6,5
Tous âges	8,9	8,6	8,2	7,6	7,8	6,4

* Les incidences sont exprimées par million d'habitants résidant en France métropolitaine.

Champ • France métropolitaine.

Sources • CNR des pneumocoques ; réseau Epibac.

TABLEAU 2
Structure de la consommation d'antibiotiques en ville exprimée en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour

Classe ATC	2000	2004	2008	2012	2015	% variation entre 2000 et 2015
J01A - Tétracyclines	3,3	3,5	3,4	3,3	3,3	-1,1 %
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	16,3	12,8	14,7	17,4	18,8	15,6 %
dont J01CA - Pénicillines à large spectre	10,9	7,0	8,2	9,7	11,3	3,5 %
dont J01CR - Association de pénicillines	4,7	5,2	6,0	7,3	7,2	54,7 %
J01D - Autres bêta-lactamines	4,6	3,1	2,5	2,4	2,1	-53,5 %
dont J01DD et J01DE - Céphalosporines de 3 ^e et 4 ^e gén.	1,6	1,5	1,7	1,7	1,6	0,3 %
J01E - Sulfamides et triméthoprime	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	-27,4 %
J01F - Macrolides	6,0	4,3	4,1	3,7	3,2	-46,5 %
J01G - Aminosides	0,1	0,1	0,1	0,04	0,0	-53,0 %
J01M - Quinolones	2,1	2,1	2,1	1,9	1,6	-25,3 %
J01R+J01X - Associations et autres antibactériens	0,5	0,9	0,5	0,5	0,5	-2,2 %
Total (nombre DDJ/1000H/J)	33,4	27,1	28,0	29,7	29,9	-10,4 %

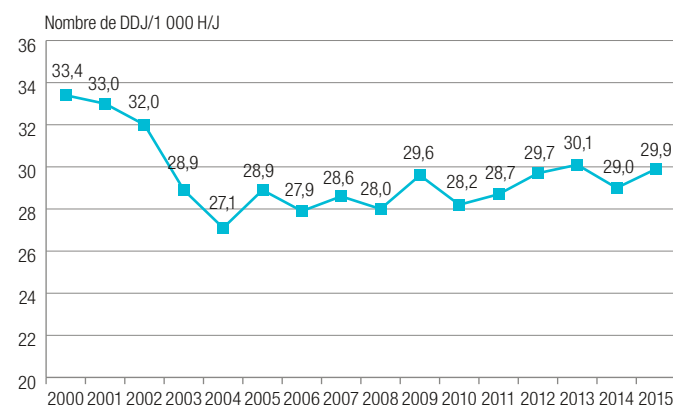
DDJ : doses définies journalières.

Classe ATC : classe anatomique, thérapeutique et chimique.

Champ • Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques transformées en DDJ, France entière 2000-2015.

Source • ANSM.

GRAPHIQUE 3
Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville exprimée en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour (H/J)

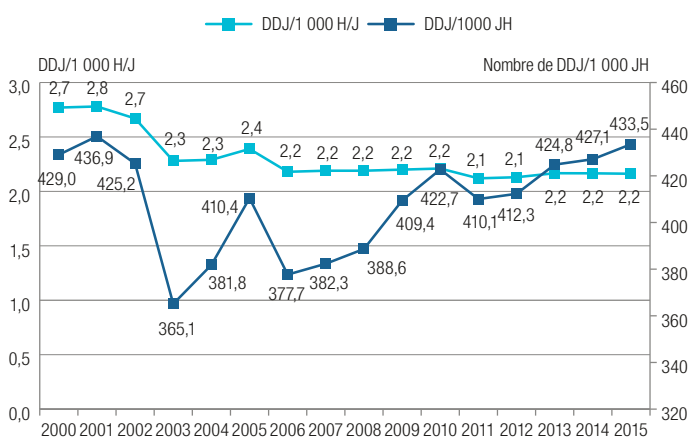


DDJ : doses définies journalières.

Champ • Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques transformées en DDJ, France entière 2000-2015.

Source • ANSM.

GRAPHIQUE 4
Évolution de la consommation d'antibiotiques dans les établissements hospitaliers exprimée en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour (H/J) et en nombre de DDJ pour 100 journées d'hospitalisation (JH)



DDJ : doses définies journalières.

Champ • Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques transformées en nombre de doses définies journalières (DDJ). France entière 2000-2015.

Source • ANSM.

INDICATEUR • Densité d'incidence et résistance au sein de l'espèce

► **Champ** : Staphylocoques, entérobactérie et entérocoques : patients hospitalisés ; pneumocoques : patients chez lesquels un pneumocoque a été isolé, dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien (LCR) ; France métropolitaine. ► **Sources** : Réseau BMR-Raisin, surveillance nationale 3 mois par an. Réseau EARS-Net France, basé sur 3 réseaux fédérés au sein de l'Onerva (réseau Azay-résistance, Réussir et Île-de-France, soit environ 60 laboratoires chaque année), surveillance 12 mois par an restreinte aux souches isolées d'hémocultures. Réseau Epibac (Santé publique France) et Centre national de référence (CNR) des pneumocoques. ► **Mode de construction des indicateurs** : 1/ Densité d'incidence (indicateur prenant en compte la durée d'exposition au risque, ici le nombre de journées d'hospitalisation des patients) : nombre de souches dédoublonnées isolées de tous prélèvements à visée diagnostique rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation (JH) des ES participants pour la période. Pour le pneumocoque, l'incidence est exprimée pour 1 million d'habitants. L'incidence des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) est estimée en extrapolant les pourcentages de l'incidence de PSDP observée par le réseau du CNR et des Observatoires régionaux des pneumocoques à l'incidence des méningites à pneumocoques estimée par le réseau Epibac. De plus, les estimations sont corrigées pour prendre en compte une sous-déclaration des cas par les laboratoires participants. 2/ Résistance au sein de l'espèce : nombre de souches résistantes à l'antibiotique étudié rapporté à 100 souches isolées d'hémoculture au cours de l'année et testées pour l'antibiotique étudié. ► **Limites d'interprétation** : Participation sur la base du volontariat. Surreprésentation des souches d'hémocultures isolées chez l'enfant pour la résistance des pneumocoques.

► Références :

- Dossier thématique « Résistance aux anti-infectieux » [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/ratb>

- Réseau Epibac, Surveillance des infections invasives à *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus agalactiae* (B) et *Streptococcus pyogenes* (A) en France [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-invasives-d-origine-bacterienne-Reseau-EPIBAC>

- Varon E., Janoir C., Gutmann L., 2014, Rapport d'activité du CNR des pneumocoques 2013 [en ligne] : <http://cnr-pneumo.com/docs/rapports/CNRP2014.pdf>

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

d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne d'ici 2020.

► **Consommation hospitalière d'antibiotique, rapportée à 1 000 habitants par jour et rapportée à 1 000 journées d'hospitalisation (JH)**

En 2015, la consommation d'antibiotiques dans les établissements hospitaliers s'est établie à 2,18 DDJ/1 000 H/J. En 2014, en retenant un second indicateur, elle s'était élevée à 427,1 DDJ/1 000 journées d'hospitalisation (graphique 3).

À l'hôpital, les bêta-lactamines constituent, comme en ville, la classe d'antibiotiques la plus utilisée (tableau 4). En particulier, l'association amoxicilline-acide clavulanique représente 4,1 % de la consommation dans les établissements hospitaliers, mesurée en nombre de DDJ. Parmi les autres bêta-lactamines, alors que la consommation des céphalosporines de 1^{re} et de 2^e générations a diminué dans des proportions importantes au cours de ces dernières années, celle des céphalosporines de 3^e et de 4^e générations a progressé fortement. En ce qui concerne les carbapénèmes, leur usage croissant est d'autant plus préoccupant que de nouvelles souches résistantes sont apparues. Le rythme de progression a toutefois beaucoup diminué depuis 2013. Quoique moins utilisées que les bêta-lactamines, les quinolones

représentent également une part significative de la consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux (10,7 %). Leur utilisation a cependant significativement diminué au cours de ces quinze dernières années (- 30 %)

Ces données sont cohérentes avec celles du réseau ATB-Raisin qui rapporte une consommation moyenne de 375 DDJ/1 000 JH en 2014. Des variations sont observées selon le secteur d'activité (de 61 DDJ/1 000 JH en psychiatrie à 1 468 en réanimation). Entre 2009 et 2014, l'analyse portant sur une cohorte d'établissements

ayant participé chaque année rapporte une augmentation de la consommation hospitalière globale de + 1,5 % sur la période (de 377 à 382 DDJ/1 000 JH) mais pour la première fois une consommation 2014 en diminution par rapport à 2013 (- 1,8 %). Par famille d'antibiotiques, la consommation des fluoroquinolones continue à diminuer par rapport à 2009, y compris pour la lévofloxacine (- 6,4 %). ■

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

🔄 **Synthèse**

Les données 2014 de surveillance des bactéries multirésistantes montrent une poursuite de la diminution de la résistance à la pénicilline chez *Staphylococcus aureus*, suggérant un impact positif des mesures de prévention de la transmission croisée¹. Elles montrent également une poursuite de la diminution de la résistance à la pénicilline et à l'érythromycine chez *Streptococcus pneumoniae* (la résistance aux fluoroquinolones restant faible). En revanche, la progression constante de la résistance des entérobactéries aux bêta-lactamines est inquiétante. Ce résultat montre l'impérative nécessité de poursuivre les efforts pour limiter la transmission croisée de ces BMR. La maîtrise de la diffusion des BHRa a fait l'objet de recommandations spécifiques dès la fin des années 2000 qui semblent par contre avoir eu un impact positif à ce jour, les objectifs du Propias en la matière étant atteints.

Parallèlement, la consommation d'antibiotiques ne diminue pas, contrairement à l'objectif de réduction de 25 % prévu par le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Le Propias prévoit de ramener la consommation d'antibiotiques au niveau de la moyenne européenne en 2020.

1. La transmission croisée définit la transmission de certains micro-organismes (bactéries, virus, champignons) de patient à patient, de l'environnement à un patient.

TABLEAU 3

Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville exprimée en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour (H/J)

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Allemagne	13,6	12,7	13,0	13,6	14,5	14,9	14,9	14,6
Belgique	25,3	23,8	22,7	24,2	27,7	28,4	29,8	28,4
Bulgarie	20,2	17,3	16,4	18,1	20,6	18,2	18,5	21,2
Espagne	19,0	18,0	18,5	18,7	19,7	20,3	20,9	21,6
France	33,4	32,0	27,1	27,9	28,0	28,2	29,7	29,0
Grèce	31,7	32,8	33,0	41,1	45,2	39,4	31,9	34,0
Italie	24,0	24,3	24,8	26,7	28,5	27,4	27,6	27,8
Pays-Bas	9,8	9,8	9,7	10,8	11,2	11,2	11,3	10,6
Pologne	22,6	21,4	19,1	n.d.	20,7	21,0	19,8	22,8
République tchèque	n.d.	13,9	15,8	15,9	17,4	17,9	17,5	19,2
Royaume-Uni	14,3	14,8	15,0	15,3	17,0	18,6	20,1	20,9
Suède	15,5	15,2	14,5	15,3	14,6	14,2	14,1	13,0

Champ • 12 pays européens 2000-2014.

Sources • ECDC et ANSM (pour les données françaises).

TABLEAU 4

Structure de la consommation d'antibiotiques dans les établissements hospitaliers exprimée en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour (H/J)

Classe ATC	2000	2004	2008	2012	2015	% variation globale
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	1,50	1,30	1,24	1,23	1,25	-16,5 %
<i>dont J01CA - Pénicillines à large spectre</i>	0,58	0,46	0,43	0,41	0,39	-33,1 %
<i>dont J01CR - Association de pénicillines</i>	0,84	0,77	0,74	0,75	0,79	-5,5 %
<i>dont J01CR02 - Amoxicilline et inhibiteur d'enzyme</i>	0,82	0,75	0,72	0,03	0,74	-9,4 %
<i>dont J01CR05 - Pipéracilline et inhibiteur d'enzyme</i>	0,02	0,02	0,02	0,03	0,05	148,7 %
J01D - Autres bêta-lactamines	0,39	0,23	0,23	0,29	0,32	-16,4 %
<i>dont J01DB - Céphalosporines de 1^{re} génération</i>	0,16	0,04	0,05	0,06	0,07	-58,5 %
<i>dont J01DC - Céphalosporines de 2^e génération</i>	0,09	0,03	0,02	0,02	0,02	-75,3 %
<i>dont J01DD et J01DE - Céphalosporines de 3^e et 4^e gén.</i>	0,08	0,14	0,13	0,19	0,19	135,2 %
<i>dont J01DH - Carbapénèmes</i>	0,014	0,018	0,024	0,032	0,035	155,7 %
J01E - Sulfamides et triméthoprim	0,06	0,04	0,04	0,04	0,04	-19,9 %
J01F - Macrolides	0,18	0,15	0,13	0,11	0,11	-38,3 %
J01G - Aminosides	0,13	0,07	0,06	0,05	0,06	-55,9 %
J01M - Quinolones	0,33	0,34	0,31	0,27	0,23	-29,5 %
J01R+J01X - Associations et autres antibactériens	0,12	0,14	0,13	0,13	0,14	17,2 %
Autres classes	0,07	0,11	0,03	0,01	0,02	-74,0 %
Total (nombre DDJ/1000 H/J)	2,77	2,39	2,18	2,12	2,18	-21,4 %

DDJ : doses définies journalières.

Classe ATC : classe anatomique, thérapeutique et chimique.

Champ • Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques transformées en nombre de doses définies journalières (DDJ). France entière 2000-2015.

Source • ANSM.

INDICATEURS • Consommation d'antibiotiques en ville rapportée à 1 000 habitants par jour

• Consommations hospitalières d'antibiotiques, rapportées à 1 000 habitants et rapportées à 1 000 journées d'hospitalisation

► **Champ** : France entière. ► **Source** : ANSM. ► **Mode de construction des indicateurs** : Consommations d'antibiotiques en ville et dans les établissements de santé, transformées en doses définies journalières (DDJ). Données de ventes issues des déclarations des exploitants de spécialités pharmaceutiques pour la France. Données du réseau européen de surveillance des consommations d'antibiotiques (ESAC-Net) / Réseau ATB-Raisin, surveillance 12 mois par an. ► **Limites d'interprétation** : Réseau ATB-Raisin : participation des établissements de santé sur la base du volontariat (représentant en 2012, 66 % des journées d'hospitalisation en France). ► **Biais connus** : ANSM : données de vente et non de consommation ; ANSM et Réseau ATB-Raisin : transformation en doses définies journalières effectuée sur la base d'une posologie standard internationale pour un adulte (DDJ), fixée par l'OMS. ► **Références** :

– Dossier thématique « Infections associées aux soins », 2013 [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/raisin>

– Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), « Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2010 et 2013 » [en ligne] : <http://ansm.sante.fr>

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : ANSM ; Santé publique France.

Références bibliographiques transversales

– Haut Conseil de la santé publique, 2013, *Prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHR)*, juillet [en ligne] : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20130710_recoprevtransxbhre.pdf

– Haut Conseil de la santé publique, 2010, *Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination*, février [en ligne] : www.hcsp.fr/Explore.cgi/hcsp20100202_enterobactBLSE.pdf

– Ministère en charge de la santé, *Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016* [en ligne] : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf

– Ministère en charge de la santé, 2015, *Programme d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias)*, juin [en ligne] : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propiasjuin2015-2.pdf>

Limitations fonctionnelles

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité	320
Atteintes de la vision chez l'adulte	322
Atteintes de l'audition chez l'adulte	324

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité

Contexte

Les limitations fonctionnelles ont un retentissement incontestable sur la qualité de vie des personnes atteintes de déficiences, que celles-ci soient liées au vieillissement, à des maladies chroniques ou à des lésions d'origine périnatale ou traumatique. Elles recouvrent l'ensemble des difficultés fonctionnelles à se déplacer, monter un escalier, voir, entendre... indépendamment de l'environnement, des aides techniques ou des aménagements. Certaines peuvent être compensées, plus ou moins complètement, par des aides techniques (comme des lunettes, un appareil auditif ou un fauteuil roulant) qui visent à en réduire le retentissement sur la vie quotidienne. Les restrictions d'activité représentent les difficultés effectivement rencontrées, compte tenu des aides disponibles et des aménagements de l'environnement pour la réalisation des activités, notamment des activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, se déplacer à l'extérieur...).

L'enquête Handicap-Santé 2008 volet Ménages est la source la plus récente permettant d'estimer de manière la plus complète possible la prévalence des limitations fonctionnelles dans toutes leurs dimensions, motrice, sensorielle et cognitive, et leur retentissement dans la population âgée de 18 ans ou plus vivant à domicile. Les données concernant cette enquête ne sont pas reprises dans cette fiche mais sont présentes dans l'édition précédente¹.

L'enquête ESPS 2014 en ménages est moins complète mais permet une mise à jour des données sur une partie des restrictions d'activité : les difficultés pour les soins personnels et les soins domestiques.

Indicateur

► Prévalence des difficultés pour les soins personnels et de l'aide reçue pour les soins personnels et les tâches domestiques

L'enquête ESPS 2014 permet d'obtenir des données récentes sur deux types d'activités courantes : les soins personnels (se coucher et se lever du lit, se laver, manger...) et les tâches domestiques (faire les courses, le ménage, les tâches administratives...). 5 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour la réalisation des soins personnels et 19 % pour les activités domestiques.

Les restrictions d'activité augmentent avec l'âge. Chez les 65 ans et plus, 16 % ont des difficultés pour les soins personnels et 43 % pour les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 34 % et 71 % des personnes. Avant 65 ans, la fréquence des difficultés pour les soins personnels et domestiques est très proche chez les hommes et chez les femmes. En revanche, à partir de 65 ans, pour chaque tranche d'âge, les restrictions déclarées sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes (graphiques 1).

Ces difficultés peuvent nécessiter l'intervention d'aide extérieure fournie par les proches ou par des professionnels. Globalement, 51 % des personnes ayant une ou plusieurs difficultés pour les soins personnels bénéficient d'une aide pour la réalisation de ces actes. Les femmes (54 %) sont plus nombreuses que les hommes (45 %) à bénéficier d'aide pour les soins personnels. Concernant les tâches domestiques, 49 % des personnes ayant des difficultés déclarent être aidées, les femmes (52 %) davantage que les hommes (45 %). ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

1. Prost T. et Rey S. (dir.), *L'état de santé de la population en France* - Édition 2015, DREES, 2015.

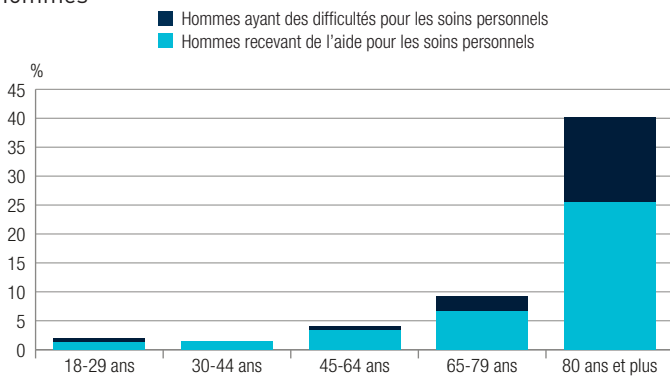
🕒 Synthèse

Les limitations fonctionnelles peuvent engendrer des difficultés dans les activités de la vie quotidienne comme la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques. Ainsi, 5 % des personnes de 18 ans et plus ont des difficultés pour les soins personnels et 19 % des difficultés à accomplir les tâches domestiques.

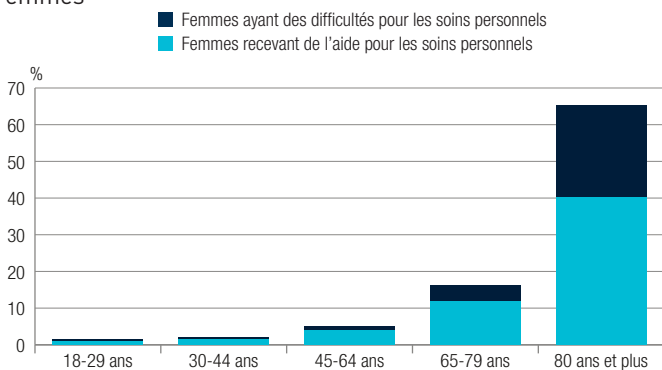
GRAPHIQUES 1

Prévalence des difficultés pour les soins personnels et de l'aide reçue pour les soins personnels, selon l'âge, chez les hommes et les femmes (en %)

Hommes



Femmes



Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage ordinaire.

Source • ESPS-EHIS 2014 (DREES-IRDES).

ENCADRÉ

Définitions

Les difficultés pour les soins personnels : avoir « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser seul une des activités suivantes :

- Se nourrir.
- Se coucher ou se lever du lit/s'asseoir ou se lever d'un siège.
- S'habiller ou se déshabiller.
- Se servir des toilettes.
- Se laver (bain ou douche).

Les difficultés pour les tâches domestiques : avoir « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser seul une des activités suivantes :

- Préparer à manger.
- Faire les courses.
- Utiliser le téléphone.
- Prendre des médicaments seuls.
- Faire des tâches ménagères légères.
- Faire des tâches ménagères lourdes.
- S'occuper des comptes et des démarches administratives.

INDICATEUR • Prévalence des difficultés pour les soins personnels et de l'aide reçue pour les soins personnels et les tâches domestiques

► **Champ :** France métropolitaine. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant en ménage dont un des membres est bénéficiaire d'un des trois régimes principaux d'assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI).

► **Source :** ESPS-EHIS 2014 (DREES-IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur :** Voir encadré « Définitions ». ► **Limites d'interprétation et biais connus :** L'Enquête santé et protection sociale est une enquête déclarative.

► **Références :**

– Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport de l'IRDES, n° 556.

– Espagnacq M., 2015, « Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale – Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008) », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 68.

► **Organismes responsables de la production de l'indicateur :** DREES-IRDES.

Atteintes de la vision chez l'adulte

Contexte

Les troubles de la vision¹ sont des atteintes sensorielles fréquentes : trois adultes sur quatre en déclarent. Si les troubles de la vision sont souvent corrigés par le port de lunettes ou de lentilles de contact, ils peuvent, lorsqu'ils ne sont pas ou mal corrigés, limiter les personnes dans leurs activités sociales et professionnelles, voire conduire à un isolement. Les indicateurs présentés sont calculés à partir de l'édition 2014 de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), à partir des individus de 15 ans ou plus déclarant spontanément avoir des troubles de la vision ou déclarant porter un appareillage correctif.

Indicateurs

► Proportion de personnes déclarant avoir des troubles de la vision, avec ou sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

En 2014, 73 % des personnes de 15 ans et plus déclarent avoir des troubles de la vision corrigés ou non. Les atteintes de la vision se généralisent avec l'âge : moins de la moitié des 15-34 ans en déclarent contre près de 95 % des personnes de 55 ans ou plus. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer des troubles (79 % d'entre elles contre 68 % des hommes), en particulier chez les moins de 45 ans (graphique 1). L'écart homme-femme se réduit avec l'âge, puisqu'il passe de plus de 15 % avant 45 ans à moins de 5 % après 55 ans.

La proportion de personnes se déclarant non voyantes est de 0,05 %.

► Proportion de personnes avec un trouble de la vision déclarant être non ou mal corrigées y compris avec des lunettes ou des lentilles de contact

La proportion de personnes non corrigées parmi les personnes déclarant un trouble de la vision est de 6 %. Cette proportion diminue avec l'âge car elle concerne moins de 3 % des plus de 55 ans contre plus de 7 % avant. Cependant, les troubles de la vision sont mal corrigés chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Ils le sont également lors de la période de début de la presbytie (45-54 ans) (graphique 2).

Les femmes déclarent moins souvent ne pas avoir d'appareil correctif que les hommes (5 % contre 7 %). Elles sont cependant plus fréquemment mal corrigées (30 % contre 27 %) et ce, quel que soit l'âge. La différence homme-femme est plus marquée chez les jeunes puisqu'elle atteint 7 % avant 45 ans et moins de 3 % après 55 ans.

L'accès à une correction suffisante varie en fonction du niveau d'étude (graphique 3) : les personnes sans diplôme présentent la proportion

la plus importante de troubles non corrigés (10 % des personnes souffrant de troubles visuels) ou mal corrigés (33 % des personnes souffrant de troubles visuels). À l'inverse, les personnes ayant un niveau d'étude au minimum égal à bac + 2 sont celles qui déclarent la meilleure prise en charge : 5 % de celles déclarant un trouble n'ont pas de correction et 22 % sont mal corrigées.

La prévalence des troubles de la vision déclarés et l'accès à une correction adaptée varient également selon la catégorie socioprofessionnelle. Les cadres ont la prévalence la plus élevée des troubles déclarés (79 %). Cependant, seulement 4 % d'entre eux ne sont pas corrigés et 21 % mal corrigés, probablement du fait d'un meilleur accès au diagnostic et aux soins. À l'inverse, peu d'ouvriers déclarent des troubles de la vision (58 %) ; près de 9 % sont non corrigés et plus de 25 % le sont mal. ■

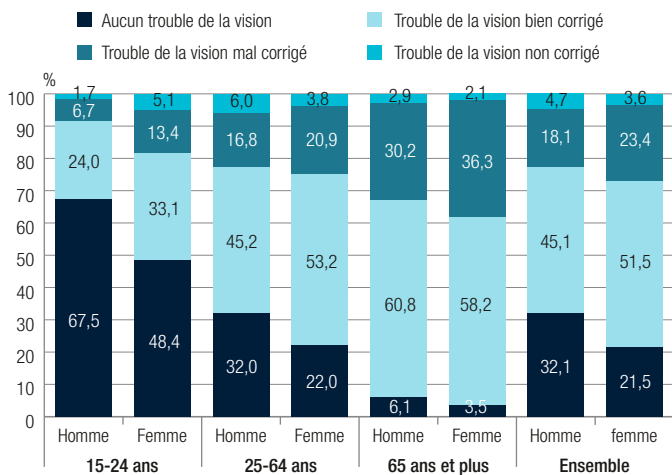
1. Voir également fiche « Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité ».

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

🕒 Synthèse

En 2014, trois adultes sur quatre déclarent avoir un trouble de la vision, parmi lesquels près de huit femmes sur dix, contre un peu moins de sept hommes sur dix. La prévalence des troubles de la vision déclarés augmente avec l'âge, avec environ 95 % après 55 ans. Parmi les personnes souffrant de troubles de la vision, 94 % ont un appareil correctif (lunettes ou lentilles de contact) mais 28 % déclarent être mal corrigées. L'accès à une correction adaptée chez les personnes déclarant des troubles de la vision augmente avec le niveau d'étude.

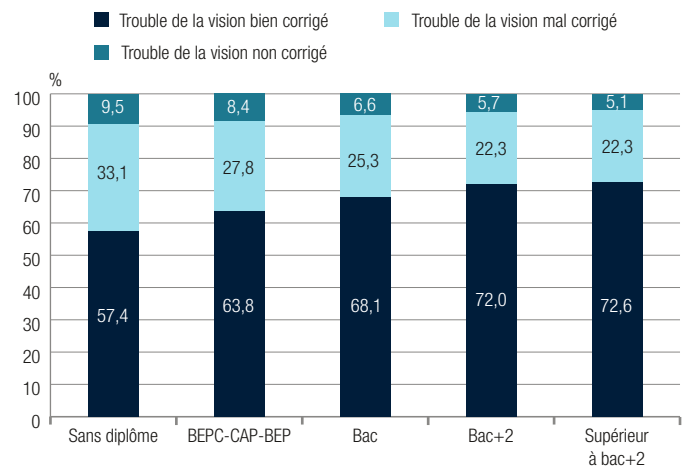
GRAPHIQUE 1
Proportion de personnes déclarant avoir un trouble de la vision selon l'âge et le sexe



Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.

Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES) ; exploitation DREES.

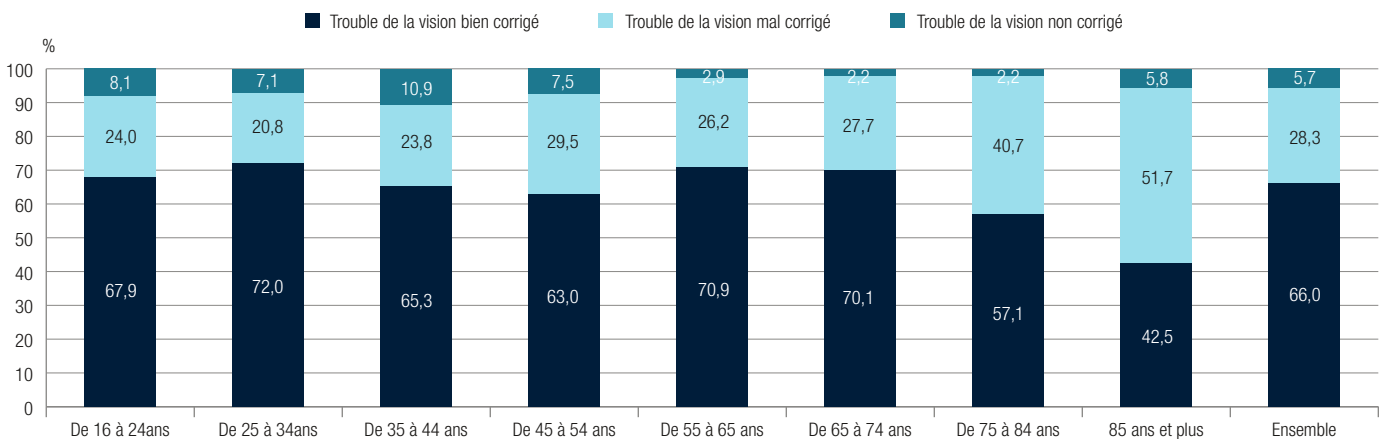
GRAPHIQUE 3
Répartition des personnes déclarant un trouble de la vision selon le niveau de diplôme et la correction du trouble (%)



Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire, hors étudiants et retraités.

Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

GRAPHIQUE 2
Répartition des personnes déclarant un trouble de la vision selon l'âge et la correction du trouble (%)



Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.

Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

INDICATEURS • Proportion de personnes déclarant avoir des troubles de la vision, avec ou sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique
• Proportion de personnes avec un trouble de la vision déclarant être non ou mal corrigées y compris avec des lunettes ou des lentilles de contact

► **Champ** : France métropolitaine, personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en ménage ordinaire, dont un est bénéficiaire de l'un des trois régimes principaux d'assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI). ► **Source** : Enquête santé et protection sociale 2014, DREES-IRDES. ► **Mode de construction des indicateurs** : L'Enquête santé et protection sociale permet de repérer à partir de plusieurs questions les personnes ayant des troubles de la vision. Sont considérées comme ayant des troubles de la vision les personnes qui :

– déclarent avoir un trouble de la vision avec ou sans dispositif de correction :

Question : « Avez-vous des difficultés pour voir (y compris avec vos lunettes ou lentilles de contact si vous en portez) ? » Réponse : « 1. Pas de difficultés ; 2. Quelques difficultés ; 3. Beaucoup de difficultés ; 4. Je suis non-voyant(e), je ne peux pas voir du tout. »

– déclarent porter des lunettes ou des lentilles de contact :

Question : « Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact pour corriger votre vue ? » Réponse : « 1. Oui ; 2. Non ; 3. Je suis non-voyant(e), je ne peux pas voir du tout. »

Ces indicateurs mesurent les troubles de la vision hors appareil correctif (lunettes, lentilles de contact) et le niveau de correction (bon, mauvais, inexistant).

La proportion d'individus non corrigés et la proportion d'individus mal corrigés ont été calculées parmi les personnes qui ont un trouble de la vision.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : Il s'agit de données déclaratives sans examen de santé.

► **Référence** : Calvet L., Delance P., Dufaure C., Laliman V., Quevat B., 2014, « Troubles de la vision », *Études et Résultats*, DREES, n° 881, juin.

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : DREES-IRDES.

Atteintes de l'audition chez l'adulte

Contexte

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

Les enquêtes santé et protection sociale permettent de mettre à jour ces informations, même si les indicateurs disponibles ne sont pas tous strictement identiques.

Indicateurs

► Prévalence des difficultés d'audition avec ou sans appareillage

En 2014, environ 9 % des personnes de 18 ans et plus déclarent avoir des difficultés d'audition sévères pour entendre ce qui se dit dans une conversation dans un environnement calme ou bruyant. 10 % des hommes déclarent des difficultés d'audition contre 8 % des femmes

(tableau 1), ce qui reste stable depuis 2012. Ces gênes s'accroissent avec l'âge, atteignant 41 % des personnes de 80 ans et plus (graphique 2), et sont en légère augmentation depuis 2012 (38 %).

► Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition

En 2014, environ 40 % des personnes déclarant des troubles de l'audition sévères possèdent un appareil auditif, contre 48 % en 2012 (tableau 1). Ce taux augmente avec l'âge. Il est de 23 % chez les 45-64 ans et atteint 57 % chez les personnes de 80 ans et plus. Toutefois, seules 48 % des personnes appareillées sont effectivement corrigées, c'est-à-dire qu'elles ne déclarent plus de troubles sévères de l'audition tandis qu'elles étaient 58 % en 2012. On ne peut dire si la subsistance de troubles auditifs après appareillage est la conséquence d'une mauvaise adéquation de la prothèse aux besoins ou bien si elle est due au fait que les troubles ne peuvent pas être corrigés totalement.

Si la prévalence des difficultés d'audition est plus forte chez les hommes, ils ont de surcroît légèrement moins fréquemment recours à des aides auditives que les femmes (39 % chez les hommes contre 41 % chez les femmes) pour une efficacité équivalente : 47 % des femmes et 48 % des hommes ont leurs difficultés

d'audition corrigées par le port d'un appareil auditif. Ces proportions et l'écart homme-femme se sont atténués depuis 2012, puisque 46 % des hommes avaient alors recours à une aide auditive contre 51 % des femmes, avec une meilleure efficacité chez celles-ci (52 % contre 48 % pour les hommes). ■

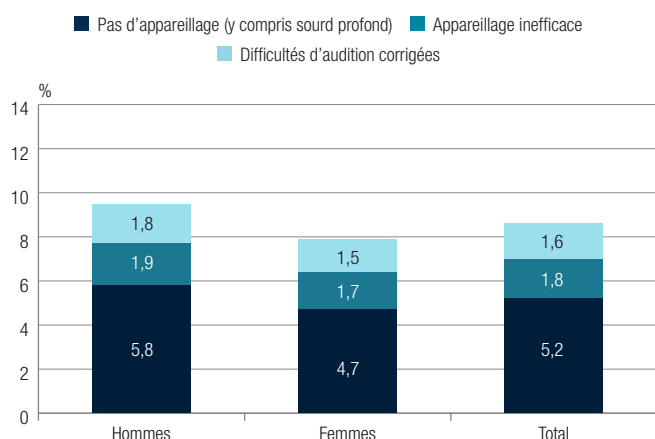
►► Organisme responsable de la production de la fiche : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

○ Synthèse

En 2014, les troubles sévères de l'audition touchent environ un adulte sur dix. La fréquence de ces troubles s'accroît avec l'âge : quatre personnes sur dix après 80 ans.

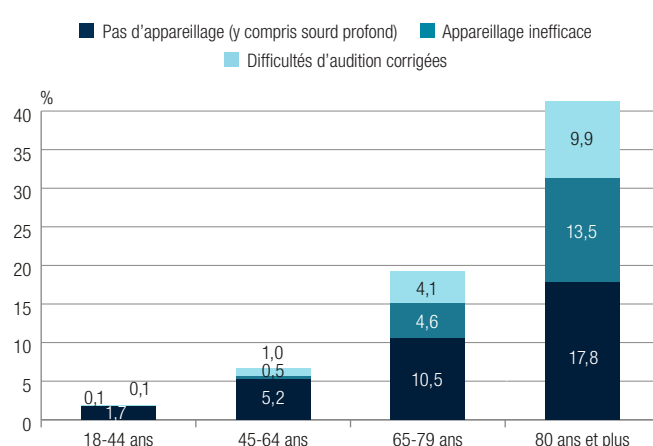
Quatre personnes sur dix atteintes de troubles sévères de l'audition sont appareillées, ce taux augmentant avec l'âge. Cependant moins d'une personne appareillée sur deux ne déclare plus de trouble sévère de l'audition. Bien que les hommes aient plus souvent des difficultés d'audition que les femmes ils recourent moins souvent à l'appareillage auditif.

GRAPHIQUE 1
Prévalence des difficultés d'audition selon le sexe (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage.
Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

GRAPHIQUE 2
Prévalence des difficultés d'audition selon l'âge (en %)



Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage.
Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

TABLEAU 1
Difficultés d'audition chez les personnes de 18 ans et plus

Âge	Prévalence des difficultés d'audition	% de difficultés d'audition appareillées	% d'appareillages efficaces	Prévalence des difficultés d'audition résiduelles après appareillage
18-44 ans	1,9 %	12 %	39 %	1,8 %
45-64 ans	6,7 %	23 %	65 %	5,7 %
65-79 ans	19 %	45 %	47 %	15 %
80 ans et plus	41 %	57 %	42 %	31 %
Ensemble 18 ans et plus	8,6 %	39 %	48 %	7,0 %

Lecture • 41 % des personnes âgées de 80 ans et plus ont des difficultés d'audition sévères. Parmi celles-ci 57 % disposent d'un appareil auditif qui est efficace dans 42 % des cas. Au total, 31 % des personnes de 80 ans et plus présentent des difficultés d'audition éventuellement après appareillage (soit l'appareillage ne permet pas d'entendre convenablement une conversation, soit elles ne sont pas appareillées).

Champ • France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménage ordinaire.
Source • EHIS-ESPS 2014 (DREES-IRDES).

INDICATEURS • Prévalence des difficultés d'audition avec ou sans appareillage

• Proportion de personnes qui déclarent avoir un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition

► **Champ** : France métropolitaine. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant en ménage dont un des membres est bénéficiaire d'un des trois régimes principaux d'assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI) et ayant renvoyé l'auto-questionnaire sur la santé. ► **Source** : Enquête santé et protection sociale 2014 (IRDES). ► **Mode de construction des indicateurs** : L'Enquête santé et protection sociale de 2014 permet de repérer dans la population de 18 ans et plus vivant à domicile les personnes qui expriment des difficultés à entendre par trois questions : le port d'un appareil auditif, les difficultés à entendre dans un environnement silencieux (avec appareil auditif si besoin), les difficultés à entendre dans un environnement bruyant (avec appareil auditif si besoin). La combinaison des réponses à ces questions permet d'identifier les personnes selon l'existence ou non d'un trouble de l'audition, le port d'un appareillage auditif et les gênes persistantes y compris après appareillage.

Indicateur « Prévalence des difficultés d'audition » : comprend les personnes sourdes, déclarant porter un appareil auditif (quelles que soient les capacités auditives déclarées ensuite) et celles ayant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas entendre du tout dans un environnement calme ou bruyant.

Indicateur « Prévalence résiduelle des difficultés d'audition après appareillage éventuel » : Comprend les personnes qui n'entendent pas une conversation (très difficilement ou pas du tout) qu'elles portent ou non un appareil auditif.

– Taux d'appareillage : parmi les personnes ayant des problèmes d'audition (en incluant les sourds), la part de celles qui sont appareillées.

– Appareillage efficace : parmi les personnes portant un appareil auditif, sont considérées comme ayant un appareillage efficace celles qui déclarent ne pas avoir de difficulté ou seulement quelques difficultés à entendre dans une pièce calme ou bruyante.

► **Limites d'interprétation et biais connus** : S'agissant d'une enquête déclarative, les troubles de l'audition déclarés sont ceux ressentis par les individus. Certains de ces troubles ne seraient pas objectivés par un audiogramme.

► **Références** :

– Haeusler L., De Laval T., Millot C., 2014, Étude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé », document de travail n° 131.

– Haeusler L. Mordier B., 2014, « Vivre avec des difficultés d'audition, répercussions sur les activités quotidiennes, l'insertion et la participation sociale », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 52.

► **Organismes responsables de la production des indicateurs** : DREES-IRDES.

Insécurité routière et traumatismes/ accidents de la vie courante

Insécurité routière	328
Accidents de la vie courante (AcVC)	330

Insécurité routière

Contexte

Les accidents de la route ont été responsables de 25 900 décès dans l'Union européenne (UE) en 2014. Le nombre de décès¹ dans l'UE a diminué de - 18 % entre 2010 et 2014. L'UE s'est fixée comme objectif de diviser par deux la mortalité routière entre 2010 et 2020. Au niveau national, l'objectif poursuivi est de réduire la mortalité sur les routes de Métropole à moins de 2 000 personnes tuées par an à l'horizon 2020.

Indicateurs

► Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route

La mortalité routière a augmenté en 2015 pour la seconde année consécutive. 3 616 personnes sont décédées sur les routes de France (+ 2 % par rapport à 2014) dont 3 461 en Métropole (+ 2 %) et 155 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) (- 10 %). Le taux de mortalité est de 54 personnes tuées par million d'habitants (p/M) en France entière, 54 en Métropole et 74 dans les DROM. Cet indicateur place la France métropolitaine au 12^e rang de l'UE (moyenne UE : 52 p/M) (graphique 1). Sur la période 2013-2015, seuls 31 départements sont en dessous de la moyenne nationale.

En 2015, en France métropolitaine², 25 % des accidents corporels (mais 63 % des personnes tuées) sont enregistrés sur les routes hors agglomération. Ces accidents occasionnent plus de décès du fait de la vitesse plus élevée qu'en agglomération. La moitié des tués sur la route sont des usagers de véhicule de tourisme, un quart conduisent des deux-roues motorisés (2RM). Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à mourir dans les accidents de la route et représentent 85 % des conducteurs tués. La mortalité routière est la première cause de décès des jeunes de 15 à 29 ans. Rapportée à leur population, la mortalité des 18-24 ans est de 119 p/M (graphique 2). La forte augmentation de la population des plus de 65 ans entraîne une croissance de leur part dans la mortalité routière. Ils représentent ainsi 49 % de la mortalité piétonne et 34 % de la mortalité cycliste. Les séniors de 75 ans et plus sont les plus touchés par la mortalité routière après les 18-24 ans. Comparé

à la population générale, un séniors a 1,6 fois plus de risque d'être tué sur la route que la moyenne.

► Présence d'alcool et de stupéfiants dans les accidents mortels de la route

Le taux légal d'alcool est de 0,5 g/l, sauf pour les conducteurs novices³ et conducteurs de bus dont l'alcoolémie ne peut dépasser 0,2 g/l. La conduite sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants expose au risque d'accident.

La part de l'alcool dans les accidents mortels est d'environ 30 % et est stable depuis 2000. En 2015, 788 accidents mortels ont impliqué un conducteur dont l'alcoolémie dépasse le seuil autorisé. Par extrapolation sur les accidents dans lesquels l'alcoolisation des conducteurs n'est pas connue, le nombre de décès dans les accidents avec alcool est estimé à 1 056. Dans les accidents mortels impliquant un conducteur au taux d'alcool illégal, le conducteur alcoolisé est présumé responsable de l'accident dans 87 % des cas. L'alcool au volant concerne toutes les générations hormis les plus âgées : 25 % des conducteurs de 18 à 24 ans et 23 % des 25-44 ans impliqués dans les accidents mortels sont alcoolisés (graphique 3). 92 % des conducteurs alcoolisés impliqués dans un accident mortel sont des hommes. La nuit, l'alcool est présent dans 40 % des accidents mortels en semaine et dans 63 % des accidents mortels les week-ends. Parmi les conducteurs alcoolisés impliqués dans un accident mortel, l'alcoolémie est supérieure à 1,5 g/l dans la moitié des cas.

Sur les 3 547 conducteurs contrôlés aux stupéfiants, 463 présentent un résultat positif (433 hommes et 30 femmes). La moitié de ces conducteurs ont également un taux d'alcool illégal. Parmi les conducteurs alcoolisés impliqués dans les accidents mortels, 37 % sont positifs aux stupéfiants. Dans le fichier national des bulletins d'analyse des accidents corporels (fichier BAAC), 1 936 accidents corporels impliquant au moins un conducteur testé positif aux stupéfiants sont recensés. Une estimation porte à 790 le nombre de personnes tuées dans ce contexte.

► Nombre de décès et de victimes par accidents du travail

En 2015, le fichier BAAC enregistre 483 personnes tuées lors d'un trajet lié au travail (soit

18 % de la mortalité routière pour laquelle le motif est connu). 359 personnes sont tuées lors d'un trajet « domicile-travail » (13 %) et 124 lors d'un déplacement « à usage professionnel » (5 %).

Quatre accidents corporels sur dix impliquent une personne sur un trajet lié au travail. Ces accidents corporels ont occasionné 4 520 blessés hospitalisés (24 % des blessés hospitalisés pour lesquels le motif est connu).

Une forte disparité homme-femme est à relever : les hommes représentent trois tués sur quatre sur les trajets domicile-travail et neuf tués sur dix sur les trajets de mission. Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les « cadres moyens et employés », les « ouvriers » et les « conducteurs professionnels », et représentent respectivement 35 %, 21 % et 11 % des décès dans les déplacements liés au travail. Sur ces déplacements, les personnes tuées le sont à 48 % dans des véhicules légers et à 26 % sur des 2RM. Les personnes tuées lors d'un trajet domicile-travail le sont durant les heures de pointe (graphique 4).

D'après le registre du Rhône⁴, 26 % des victimes sont accidentées en « trajet » domicile-travail et 5 % en « mission ».

Les victimes d'un accident en lien avec le travail sont moins gravement atteintes que les autres. La part des blessés graves et des tués est respectivement de 3,4 % et 0,2 % parmi les victimes en trajet, 4,7 % et 0,7 % parmi celles en mission et 6,6 % et 0,7 % parmi les autres.

La nature et la localisation des lésions sont davantage dépendantes du type d'usager que du motif du déplacement. ■

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche** : Observatoire national interministériel de la sécurité routière

1. Une personne tuée dans un accident corporel est une personne décédée dans les 30 jours suivant l'accident.

2. Données détaillées uniquement sur le champ métropolitain. Source : Bilan 2015 ONISR.

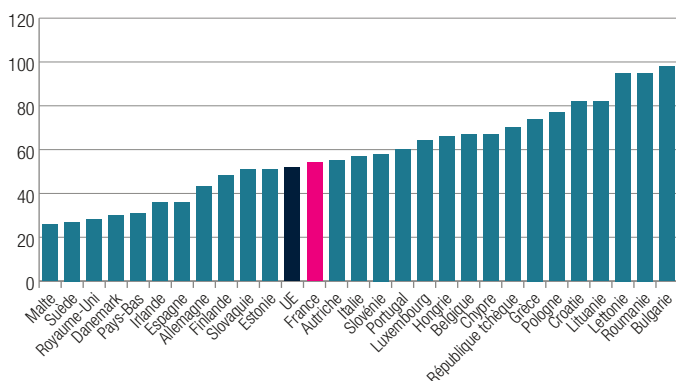
3. Obtention du permis datant de moins de deux ans.

4. Registre du Rhône des victimes d'accidents de la circulation routière (chiffres pour la période 2006-2012, victimes de 15 à 64 ans au motif de déplacement connu).

Synthèse

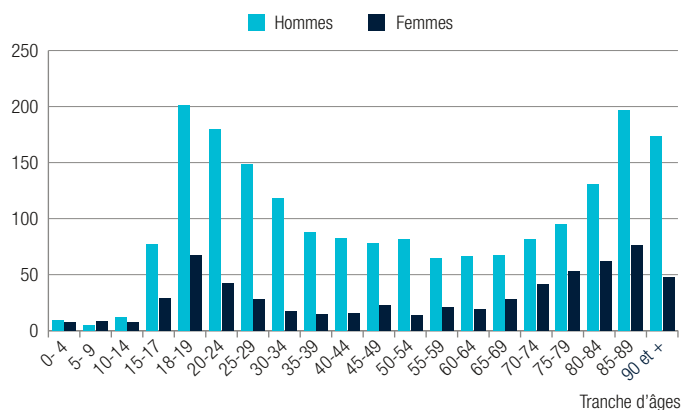
En 2015, la mortalité routière présente une augmentation pour la seconde année consécutive avec 3 616 décès en France. Trois personnes tuées sur quatre sont des hommes et les 18-24 ans sont les plus touchés. L'augmentation de la population des plus de 65 ans entraîne une hausse de leur part dans la mortalité routière. La conduite sous emprise de l'alcool ou de stupéfiants expose au risque d'accident. Une estimation porte à 1 056 le nombre de personnes tuées dans des accidents impliquant un conducteur dont l'alcoolémie dépassait le seuil autorisé. Les accidents sur un trajet lié au travail représentent 18 % de la mortalité. Dans ces accidents, 48 % des personnes tuées le sont dans des véhicules légers et 26 % sont sur des deux-roues motorisés.

GRAPHIQUE 1
Taux* de mortalité routière dans l'Union européenne, en 2015



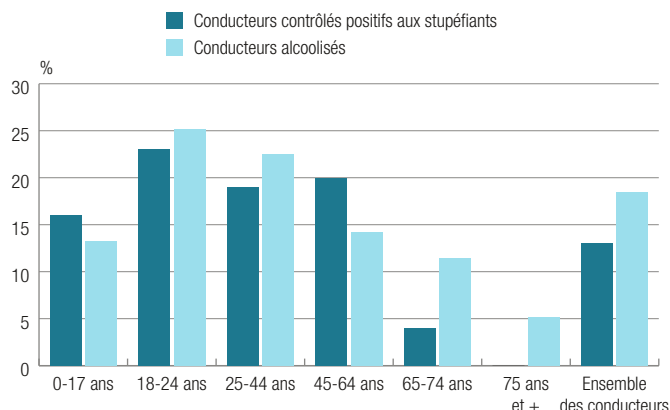
* Taux par million d'habitants.
Champ • États membres de l'Union européenne (données provisoires).
Source • Commission européenne.

GRAPHIQUE 2
Taux* de mortalité routière selon le sexe et l'âge, en 2015



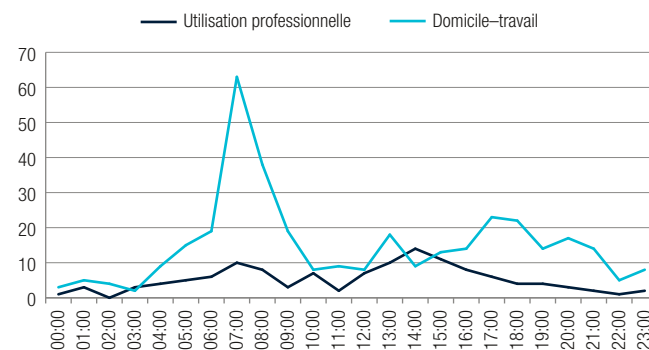
* Taux par million d'habitants de chaque classe d'âges.
Champ • France métropolitaine.
Sources • Fichier national des accidents corporels (ONISR); estimation localisée de population (INSEE).

GRAPHIQUE 3
Part des conducteurs alcoolisés et des conducteurs déclarés positifs aux stupéfiants parmi les conducteurs impliqués dans un accident mortel selon l'âge, en 2015 (en %)



Champ • France métropolitaine.
Source • Fichier national des accidents corporels (ONISR).

GRAPHIQUE 4
Nombre moyen de décès sur une journée dans un accident corporel lors d'un trajet domicile-travail ou lors d'un déplacement à usage professionnel selon l'heure de la journée, en 2015



Champ • France métropolitaine.
Source • Fichier national des accidents corporels (ONISR).

INDICATEURS

- Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route
- Présence d'alcool et de stupéfiants dans les accidents mortels de la route
- Accidents du travail

► **Champ** : France métropolitaine (France entière pour le taux de mortalité à 30 jours, Mayotte comprise), population tous âges. ► **Sources** : Fichier national des accidents corporels (ONISR); estimation localisée de population (INSEE). ► **Mode de construction des indicateurs** : Le fichier national des accidents corporels est constitué à partir des données issues des bulletins d'analyse des accidents corporels (BAAC) établis par les services de police et de gendarmerie. Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès à 30 jours après accident de la route (BAAC) et l'estimation localisée de population. ► **Biais connu** : Sous-estimation possible du nombre de décès à 30 jours. Le taux d'alcool et le résultat de tests aux stupéfiants ne sont pas renseignés dans le fichier BAAC pour l'intégralité des conducteurs impliqués dans les accidents. Les analyses sont réalisées sur les accidents mortels pour lesquels l'alcoolémie ou la positivité ou non au test stupéfiants de l'ensemble des conducteurs est renseignée, soit respectivement 82 % et 64 % des accidents mortels. ► **Référence** : www.securite-routiere.gov.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere ► **Organisme responsable de la production des indicateurs** : ONISR.

Accidents de la vie courante (AcVC)

Contexte

Les traumatismes peuvent être intentionnels : suicides, agressions et faits de guerre, ou non intentionnels : accidents de la circulation, du travail et de la vie courante (AcVC). Toutes classes d'âges confondues, les AcVC entraînent chaque année en France plus de 21 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et 5 millions de recours aux urgences. La diversité des situations de survenue des AcVC nécessite des sources épidémiologiques multiples : analyse de la mortalité, des recours à l'hôpital, enquêtes thématiques et/ou en populations spécifiques. Les AcVC sont évitables par des actions de prévention, de réglementation, de formation et d'information ciblées sur des populations, l'environnement physique et socioculturel propre à chaque type d'accident.

Indicateurs

► Mortalité par traumatisme

En 2013, on dénombre 36 234 décès par traumatismes en France métropolitaine selon les certificats de décès, soit un taux de mortalité standardisé de 49,6 pour 100 000 habitants (70,8 chez les hommes et 31,8 chez les

femmes). Parmi ces décès, 21 256 sont dus à des AcVC (10 554 chez les hommes, 10 702 chez les femmes), 9 643 à des suicides et 392 à des homicides. Environ 1 000 décès par accidents du travail et 623 décès traumatiques sont restés d'intention indéterminée. La sécurité routière établit chaque année un décompte plus précis des décès par accident de la circulation que le CépiDc : en 2013, elle recense 3 268 décès.

Le taux standardisé de décès par AcVC est de 27,3 pour 100 000 habitants (35,3 chez les hommes et 21,0 chez les femmes) ; 70 % de ces décès ont lieu chez les 75 ans et plus. Les chutes causent la moitié des décès (12 pour 100 000), suivies des suffocations (3,3), des intoxications (2,7), des noyades (1,4), et des incendies (0,6) (tableau 1). Entre 2000 et 2013, les taux standardisés de mortalité par AcVC ont diminué significativement de 2,2 % en moyenne par an : - 3,2 % par chute, - 2,2 % par noyade et par suffocation, - 2 % pour les décès par incendie. Les décès par intoxication ont augmenté de 4,3 % par an.

► Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès

Entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2015, selon l'enquête Noyades, il y a eu 1 266 noyades

accidentelles, dont 436 suivies de décès et 43 suivies de séquelles. Tous les âges sont concernés par ces accidents ; 18 % des noyés sont des enfants de moins de 6 ans (226 noyades dont 29 décès)¹. À partir de 20 ans la proportion de noyades suivies de décès augmente avec l'âge (graphique 1). Il y a eu 68 décès par noyade en piscine privée, 6 en piscine publique, 115 en cours d'eau, 65 dans un plan d'eau, 167 en mer et 15 en d'autres lieux. En piscine privée, les enfants de moins de 6 ans se sont noyés surtout à cause d'un manque de surveillance et de leur inaptitude à nager ; dans les cours d'eau et plans d'eau, les noyades sont souvent survenues après une chute, lors d'activités solitaires, ou après consommation d'alcool ; en mer, les noyés sont souvent des personnes de plus de 45 ans, ou ayant un problème de santé.

L'évolution des noyades accidentelles est marquée par l'année 2012 qui a compté le plus fort taux de létalité (rapport entre les noyades accidentelles suivies de décès et l'ensemble des noyades accidentelles) : 40 % contre 38 % en 2003, 32 % en 2004, 33 % en 2006, 34 % en 2009 et 2015 (tableau 2).

¹. Voir également la fiche « Accidents de la vie courante chez les enfants ».

TABLEAU 1

Nombre de décès, taux bruts et standardisés* de mortalité par type d'accidents de la vie courante, selon l'âge, en 2013

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu, flammes		Autres AcVC précisés		Autres AcVC non précisés		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
< 15 ans	24	0,20	36	0,31	57	0,48	4	0,03	23	0,20	7	0,06	39	0,33	190	1,62
15-24 ans	24	0,32	13	0,17	61	0,81	35	0,46	15	0,20	17	0,22	118	1,56	283	3,73
25-44 ans	139	0,85	80	0,49	141	0,87	324	1,99	51	0,31	86	0,53	290	1,78	1 111	6,83
45-64 ans	638	3,8	347	2,07	316	1,89	507	3,03	127	0,76	194	1,16	711	4,25	2 840	16,98
65-74 ans	687	12,3	305	5,44	170	3,03	173	3,09	56	1,00	117	2,09	461	8,22	1 969	35,12
75-84 ans	2 181	54,3	579	14,4	162	4,03	364	9,06	41	1,02	103	2,56	1 004	25,0	4 434	110,4
85 ans et plus	6 466	354,1	1 219	66,8	73	4,00	587	32,15	90	4,93	145	7,94	1 849	101,3	10 429	571,2
Total (taux standardisés)	10 159	12,44	2 579	3,30	980	1,43	1 994	2,74	403	0,57	669	0,94	4 472	5,86	21 256	27,27

N : nombre.

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, recensement général de la population 1999 (INSEE).

Champ • France métropolitaine.

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

TABLEAU 2

Nombre de noyades accidentelles suivies de décès ou séquelles, par lieu, de 2003 à 2015

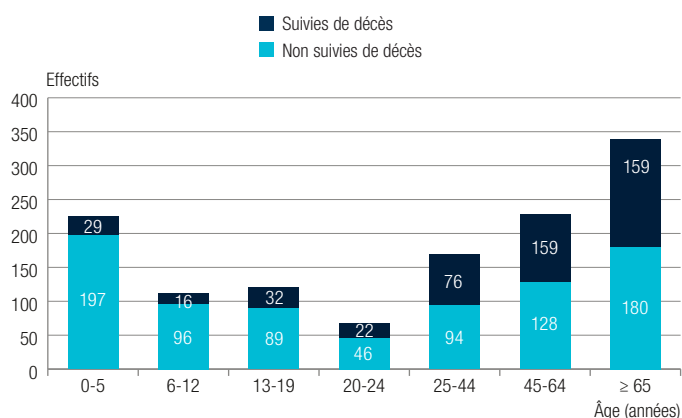
Lieu	Noyades suivies de décès						Noyades suivies de séquelles					
	2003	2004	2006	2009	2012	2015	2003	2004	2006	2009	2012	2015
Piscine	57	50	60	54	59	74	8	6	2	11	3	12
Cours d'eau	105	64	99	97	139	115	2	2	3	5	3	3
Plan d'eau	93	58	74	95	60	65	2	3	2	2	2	5
Mer	160	174	151	188	214	167	8	6	7	18	49	23
Autres lieux	20	22	17	28	25	15	1	1	3	0	2	0
Total	435	368	401	462	497	436	21	18	17	36	59	43

Champ • France entière, personnes ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés.

Sources • Enquêtes Noyades 2003, 2004, 2006, 2009, 2012, 2015 (Santé publique France).

GRAPHIQUE 1

Nombre de noyades accidentelles et de décès selon l'âge des victimes, en 2015*



* Période du 1^{er} juin au 30 septembre 2015.

Note • N=1266, dont 436 décès, 1 donnée manquante.

Champ • France entière, population ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés.

Source • Enquête Noyades 2015 (Santé publique France).

TABLEAU 3

Évolution du nombre et des taux bruts et standardisés* de personnes hospitalisées pour brûlures, entre 2009 et 2012

	2009	2010	2011	2012
Nombre de patients hospitalisés	8 825	8 846	8 670	8 365
Taux standardisé	13,7	13,7	13,4	12,7
Taux brut hommes/femmes	18,9/9,7	18,5/10,0	17,9/9,9	17,2/9,4
Taux standardisé régional le plus élevé/le plus faible	17,7/10,8	18,0/11,2	17,7/9,6	17,6/9,8

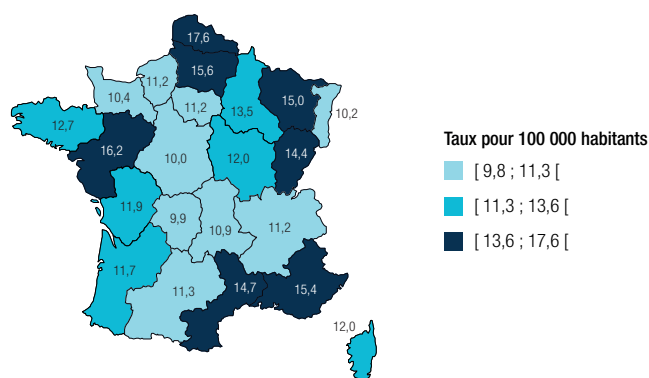
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, recensement général de la population 1999 (INSEE).

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

CARTE 1

Taux standardisés* régionaux (ancien découpage) de personnes hospitalisées pour brûlures, en 2012



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, recensement général de la population 1999 (INSEE).

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE) ; exploitation Santé publique France.

Accidents de la vie courante (AcVC) (suite)

► Taux de personnes hospitalisées pour brûlures

En 2012, selon le PMSI, en Métropole, 8 365 personnes ont été hospitalisées pour brûlures, ce qui correspond à un taux d'incidence brut de 13,2 pour 100 000 habitants (17,2 chez les hommes et 9,4 chez les femmes), très élevé chez les enfants de moins de 5 ans (60,3). La répartition des brûlés n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire français (carte 1). Les résultats de 2012 sont globalement proches de ceux des années 2009 à 2011 mais l'incidence des patients hospitalisés a légèrement diminué entre 2011 et 2012 (tableau 3). L'incidence des victimes de brûlures hospitalisées en France est cohérente avec plusieurs études menées à l'étranger : en Suède, 13,3 pour 100 000 habitants entre 2000 et 2004 ; en Norvège 15,5 pour 100 000 en 2007.

► Taux d'incidence des accidentés par AcVC avec un recours aux soins

Les résultats du Baromètre santé 2010 (cf. édition 2015 de ce rapport) montraient que

10,3 % des personnes de 15 à 85 ans déclaraient avoir eu, au cours des 12 derniers mois, un accident ayant entraîné une consultation chez le médecin ou à l'hôpital.

Chez les 15 ans et plus, les données de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) fournissent une estimation par modélisation du taux d'incidence des AcVC pris en charge aux urgences, en 2014 en France métropolitaine, de 60,5 pour 1000, ce qui correspond à près de 3,2 millions de personnes. Selon EPAC, 15 % des 15 ans et plus qui sont venus aux urgences pour AcVC ont été hospitalisés, 9 % chez les 15-64 ans, 35 % chez les 65 ans et plus.

D'après les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, le taux d'incidence annuel des accidentés par AcVC, tous âges et tous modes de prise en charge confondus, est estimé à 18,2 %, sans différence significative entre les hommes (18,7 %) et les femmes (17,8 %). Ce taux permet d'estimer à environ 11,5 millions le nombre de personnes résidant en France métropolitaine qui ont eu un AcVC avec recours aux soins en 2012.

Il s'agissait d'un recours à l'hôpital pour 5,6 millions d'entre elles, et parmi celles-ci 840 000 ont été hospitalisées. ■

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

🕒 Synthèse

Les accidents de la vie courante sont responsables en 2013 de 21 256 décès en France métropolitaine. Les causes principales de décès sont les chutes (10 159 décès), les suffocations (2 579), les noyades (980), les intoxications (1 994), les incendies (403). Pendant les 4 mois de l'été 2015, 436 personnes de tous âges ont perdu la vie par noyade. Plus de 8 000 personnes ont été hospitalisées pour brûlures en 2012. On estime que 11,5 millions de personnes ont chaque année un accident de la vie courante avec recours aux soins, dont 840 000 avec hospitalisation. Ces accidents sont évitables par des actions adaptées de prévention.

INDICATEUR • Nombre de décès, taux bruts et standardisés de mortalité par AcVC

► **Champ** : France métropolitaine. ► **Sources** : Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Codes de la CIM-10 de la liste de référence des causes de décès par AcVC. Analyse des décès en cause principale, sauf pour les chutes, en « causes multiples ». Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants sur la population moyenne de l'année en cours. Les taux de variations annuels moyens ajustés sur l'année et l'âge ont été estimés par un modèle de régression binomiale négative. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Ceux de la certification et du codage des causes de décès. ► **Référence** : Lasbeur L., Thélot B., 2017, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1, p. 2-12 [en ligne] : www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/mortalite_traumatismes

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

INDICATEUR • Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès

► **Champ** : France entière, entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2015. ► **Sources** : Enquêtes Noyades 2003, 2004, 2006, 2009, 2012 et 2015 (Santé publique France). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de noyades, suivies ou non de décès, ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Recueil sur la période estivale (4 mois), du 1^{er} juin au 30 septembre. ► **Référence** : Lasbeur L., Szego-Zguem E., Thélot B., 2016, *Surveillance épidémiologique des noyades. Enquête NOYADES 2015. 1^{er} juin-30 septembre 2015*, Saint-Maurice, Santé publique France et sa synthèse, juin 2016 [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Accidents/Noyades>

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

INDICATEUR • Taux de personnes hospitalisées pour brûlures

► **Champ** : France métropolitaine, toute personne hospitalisée pour brûlure. ► **Sources** : PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Nombre de personnes hospitalisées en 2012 avec diagnostic principal codé T20 à T32 en CIM-10 en France métropolitaine, pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2012. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Les décès hors hôpital (sur place) ne sont pas enregistrés dans le PMSI. ► **Référence** : Dupont A., Pasquereau A., Rigou A., Thélot B., 2016, « Les victimes de brûlures : patients hospitalisés en France métropolitaine en 2011 et évolution depuis 2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (5-6), p. 71-79 [en ligne] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Accidents/Brulures-Incendies>

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

INDICATEUR • Taux d'incidence des accidentés par AcVC avec un recours aux soins

► **Champ** : France métropolitaine, personnes prises en charge pour AcVC aux urgences d'une dizaine d'hôpitaux. ► **Source** : EPAC (Santé publique France).

Mode de construction de l'indicateur : Calculs et estimations de taux d'incidence annuels ou trimestriels. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Dus aux méthodes d'enquêtes, aux effectifs restreints d'hôpitaux (EPAC). ► **Référence** : Bonaldi C., Ricard C., Nicolau J., Bouilly M., Thélot B., 2014, « Estimates of Home and Leisure Injuries Treated in Emergency Departments in the Adults Population Living in Metropolitan France: a Model-assisted Approach », *Population Health Metrics*, 12 : 2, doi : 10.1186/1478-7954-12-2 [en ligne] : www.pophealthmetrics.com/content/12/1/2

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

INDICATEUR • Taux d'incidence des accidentés par AcVC avec un recours aux soins

► **Champ** : France métropolitaine, population âgée de 18 à 74 ans en ménage ordinaire. ► **Source** : ESPS 2012 (IRDES). ► **Mode de construction de l'indicateur** : Calculs et estimations de taux d'incidence annuels ou trimestriels (personnes déclarant un accident de la vie courante dans les 3 mois précédents avec recours aux soins). ► **Limites d'interprétation et biais connus** : Personnes affiliées au régime général, à la MSA ou au RSI. Biais dus aux méthodes d'enquêtes, aux données déclaratives (ESPS 2012). ► **Référence** : Paget L.M., Thélot B., *Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête santé et protection sociale 2012*, Saint-Maurice, Santé publique France, à paraître.

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

La santé bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire des adultes

336

Santé bucco-dentaire des adultes

Contexte

Les pathologies bucco-dentaires¹, essentiellement la carie dentaire et les maladies parodontales², représentent un problème de santé publique important. En France, un plan national de prévention 2006-2009 avait pour objectifs le développement d'une politique de prévention auprès des populations à risque et l'amélioration du recours aux soins. Parmi les déterminants influant sur la santé bucco-dentaire, la teneur en sucre de l'alimentation et la qualité de l'hygiène bucco-dentaire jouent un rôle prépondérant³. En plus des douleurs, des problèmes fonctionnels ou de la diminution de la qualité de vie qu'elles peuvent générer, les affections bucco-dentaires peuvent retentir sur l'état de santé général, notamment chez les patients immunodéprimés ou atteints de pathologies cardio-vasculaires, de diabète, de cancer et de pneumopathie obstructive chronique, en entraînant des complications infectieuses locales ou à distance⁴. L'interrelation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général est particulièrement prononcée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement se trouvant en situation de précarité. En effet, l'altération de leur capacité masticatoire en raison de la mobilité ou de la perte de dents et l'absence de recours aux soins se répercutent sur leur apport nutritionnel.

Toutes les études s'accordent pour reconnaître l'influence des facteurs sociaux sur l'état de santé bucco-dentaire. Ainsi, le recours aux soins, mesuré par la consommation de soins dentaires, est très inégal au sein des populations. Il est fortement lié aux niveaux de revenu et de couverture par l'assurance maladie complémentaire,

le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire⁵.

Indicateur

► Proportion d'adultes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours d'une année

En 2014, en moyenne, pour la France entière et tous âges confondus, un peu plus de 43 % des adultes ont eu recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste (tableau 1). Parmi eux, environ 9 % sont à la CMU-C : ainsi, un peu plus de 42 % (taux brut) des adultes couverts par la CMU-C ont consulté au moins une fois pour un soin dentaire (tableau 2). Le taux de recours au chirurgien-dentiste ne présage pas du besoin de soins : un recours au moins une fois sur une période annuelle peut être l'expression d'un meilleur suivi mais aussi d'un état de santé bucco-dentaire nécessitant des soins.

Ce sont les adultes de la classe d'âges des 45-64 ans qui ont le plus fréquemment recours au chirurgien-dentiste, avec un taux de 47 %, tandis que la classe d'âges des 85 ans et plus possède le taux le plus faible, à 26 %, ce que corroborent les études réalisées sur cette catégorie de population, peu consommatrice de soins dentaires.

Il existe des variations régionales dans le taux de recours avec des écarts prononcés, le taux maximum étant de 46 % en Bretagne et le minimum de 25 % en Guyane. Globalement, il est au plus bas dans les DROM puisqu'il n'excède pas 35 % hormis à La Réunion (carte 1). La part de

personnes couvertes par la CMU-C ayant consulté en 2014 pour un soin dentaire est très variable en fonction des régions puisqu'en Normandie elle concerne 38 % des bénéficiaires de la CMU-C (contre 41 % des non-bénéficiaires soit une différence de - 3 points) tandis que dans la région Occitanie, en Provence - Alpes - Côte d'Azur et en Corse elle avoisine les 48 % (contre 45 %, 44 % et 42 % respectivement soit une différence de + 3, + 4 et + 6 points). Dans Les DROM, seulement 37 % des individus couverts par la CMU-C ont consulté un chirurgien-dentiste en 2014. Cependant, cette part reste plus élevée que pour les individus non couverts par la CMU-C (33 %, soit une différence de + 3 points) (tableau 2). ■

►►► **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 « Santé bucco-dentaire des enfants ».
2. Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien des dents.
3. Petersen P.E., 2003 ; Bourgeois D. et coll. 2005.
4. King A., 2012 ; INPES, 2012.
5. TNS 2010 ; Celant et coll., 2014.

○ Synthèse

L'état de santé bucco-dentaire des personnes constitue un véritable enjeu de santé publique en raison de la prévalence des pathologies bucco-dentaires, essentiellement caries dentaires et maladies parodontales, et de leur impact sur l'état de santé global. Le taux de recours aux chirurgiens-dentistes est de 43 % dans la population adulte et varie de manière importante selon les régions.

TABLEAU 1

Proportion d'adultes par tranches d'âge et par région ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014 (en %)

	20-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et plus	Total
Auvergne - Rhône-Alpes	41,8	48,9	44,5	27,2	44,1
Bourgogne - Franche-Comté	42,1	46,9	41,9	23,9	42,9
Bretagne	44,6	50,5	46,3	26,8	46,3
Centre - Val de Loire	39,5	46,2	43,6	26,2	42,1
Corse	42,9	44,9	39,9	23,8	42,2
Grand Est	45,5	50,2	43,3	24,3	45,9
Hauts-de-France	40,6	43,2	36,7	18,4	40,1
Île-de-France	39,7	46,0	44,3	29,3	42,2
Normandie	39,8	44,2	39,3	21,5	40,6
Nouvelle-Aquitaine	40,1	46,7	44,8	28,2	42,9
Occitanie	42,8	48,8	45,5	27,7	44,7
Pays de la Loire	43,1	49,8	47,1	29,1	45,6
Provence - Alpes - Côte d'Azur	42,3	48,3	45,4	28,2	44,3
Départements et régions d'outre-mer	34,9	37,0	27,5	12,0	34,0
France entière	41,4	47,0	43,3	26,2	43,1

Note • Données 2014 en date de soins, taux bruts.

Champ • France entière, régime général y compris sections locales mutualistes, population âgée de 20 ans et plus.

Source • SNIIRAM (CNAMTS) ; exploitation DREES.

TABLEAU 2

Proportion d'adultes par type de couverture et par région ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014 (en %)

	CMU-C	Non CMU-C
Auvergne - Rhône-Alpes	43,8	44,1
Bourgogne - Franche-Comté	41,4	43
Bretagne	45,1	46,4
Centre - Val de Loire	40,7	42,2
Corse	47,8	41,9
Grand Est	44,4	46,1
Hauts-de-France	39,2	40,2
Île-de-France	42	42,2
Normandie	37,7	40,8
Nouvelle-Aquitaine	42,1	42,9
Occitanie	47,8	44,5
Pays de la Loire	43	45,8
Provence - Alpes - Côte d'Azur	47,7	44,1
Départements et régions d'outre-mer	36,5	33,0
France entière	42,3	43,2

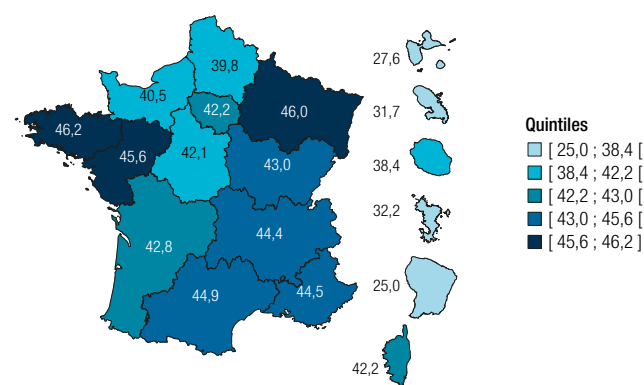
Note • Données 2014 en date de soins, taux bruts.

Champ • France entière, régime général y compris sections locales mutualistes, population âgée de 20 ans et plus.

Source • SNIIRAM (CNAMTS) ; exploitation DREES.

CARTE 1

Répartition régionale par quintiles de la proportion d'adultes ayant eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014 (en quintiles, en %)



Note • Données 2014 en date de soins, taux standardisés sur la structure démographique (âge et sexe) des consommateurs de soins ; classement des régions par quintile : chaque quintile comprend un cinquième des régions rangées par ordre décroissant.

Champ • France entière, régime général y compris sections locales mutualistes, population âgée de 20 ans et plus.

Source • SNIIRAM (CNAMTS) ; exploitation DREES.

INDICATEUR • Proportion d'adultes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours d'une année

► **Champ** : France entière, régime général y compris sections locales mutualistes, population âgée de 20 ans ou plus. ► **Source** : Données issues du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, SNIIRAM-DCIR (CNAMTS), régime général. ► **Mode de construction de l'indicateur** : Données en date de soins ambulatoires, en prenant en compte la liquidation jusqu'à fin juin de l'année suivante. Tous types de soins dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste omnipraticien ou par un chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale (ODF) en cabinet, en établissement privé et en centre de santé sont pris en compte. L'indicateur principal rapporte le nombre d'adultes (20 ans et plus) ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014 sur le nombre de consommateurs de soins du régime général. ► **Limites d'interprétation et biais connus** : La prévalence de soins dentaires est calculée à partir du nombre de personnes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste dans l'année sur le nombre de personnes appartenant au régime général ayant consommé au moins 1 soin dans l'année. ► **Référence** : Santé bucco-dentaire (principales données), DGS, avril 2009 [en ligne] : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf

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



1. Synthèse p. 10

2. Contexte démographique p. 36

3. Mesure des inégalités sociales,
déterminants sociaux
et territoriaux de la santé p. 50

4. État de santé global
de la population p. 70

5. Principales causes
de décès et de morbidité p. 96

6. Déterminants,
santé populationnelle
et pathologies spécifiques p. 112

7. Profils régionaux

7. Profils régionaux

Introduction	341
Auvergne - Rhône-Alpes	342
Bourgogne - Franche-Comté	346
Bretagne	350
Centre - Val de Loire	354
Corse	358
Grand Est	362
Guadeloupe	366
Guyane	370
Hauts-de-France	374
Île-de-France	378
La Réunion	382
Martinique	386
Mayotte	390
Normandie	394
Nouvelle-Aquitaine	398
Occitanie	402
Pays de la Loire	406
Provence - Alpes - Côte d'Azur	410
Typologie socio-sanitaire cantonale	415
Méthodologie	423

Introduction

Réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)¹, cette partie comprend 18 fiches régionales, une typologie socio-sanitaire cantonale et la méthodologie. Chacune des fiches présentées ci-après, en complément des données régionales présentes dans les indicateurs transversaux ou thématiques, se divise en quatre parties.

► Contexte démographique et social pour décrire la population et ses caractéristiques sociales

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la France est découpée en 17 régions² (13 régions en Métropole et 4 départements-régions en outre-mer) et un département d'outre-mer (Mayotte). Ce nouveau découpage a remodelé les perspectives régionales tant sur le plan démographique que social et sanitaire. Il a également modifié le paysage et les zones d'intervention de nombreux acteurs et décideurs des politiques publiques.

► État de santé de la population étudié à partir des données de mortalité

Cette section décrit l'évolution de l'espérance de vie, de la mortalité générale et prématurée et des deux principales causes de décès (cancers et maladies de l'appareil circulatoire) et des disparités infrarégionales.

► Situation relative aux conséquences sur la mortalité de l'alcool et du tabac

La consommation d'alcool et de tabac est un facteur de risque important de mortalité pour différentes pathologies. C'est le cas notamment des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), de la cirrhose du foie et de la psychose alcoolique ou alcoolisme pour l'alcool et des cancers du poumon, des cardiopathies ischémiques et des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) pour le tabac.

► Éclairage sur une thématique spécifique à chaque région, décrivant une particularité de l'état de santé de la population ou illustrant une priorité de santé publique régionale³

Cette quatrième partie aborde des thématiques variées (accidents de la circulation, santé-environnement, suicide, cancer, surpoids et obésité...), parfois à partir de sources et d'exploitations spécifiques à la région (1^{er} certificat de santé, bilans de santé, enquêtes spécifiques...). La contrainte de présenter des résultats à l'échelle des régions sous leur délimitation au 1^{er} janvier 2016 n'a pas toujours permis de valoriser des sources ou enquêtes originales, car encore non harmonisées sur ces nouveaux contours (santé des détenus, enquête auprès des professionnels de santé...).

Pour Mayotte, la production pérenne d'indicateurs sur la santé reste incomplète (systèmes d'information en santé pas encore totalement opérationnels, recueils de données insuffisamment informatisés...). Les causes médicales de décès ne sont pas disponibles au cours de la période étudiée comme dans les autres régions, ce qui ne permet pas de décrire l'évolution de la mortalité pour les deux principales causes de décès et la situation relative aux conséquences sur la mortalité de l'alcool et du tabac. C'est la raison pour laquelle seuls quelques indicateurs sont présentés au-delà des informations du contexte sociodémographique.

Afin de proposer une vision synthétique et de mesurer les inégalités territoriales de façon fine, une typologie reposant sur des indicateurs sociaux et de mortalité a été réalisée à l'échelle des « cantons ou villes »⁴ (des communes pour la Guyane et la Martinique). Elle permet de regrouper dans une même classe les cantons ou villes et communes, qui présentent des caractéristiques proches par rapport à la(aux) dimension(s) étudiée(s). Les classes obtenues, qui sont relativement dissemblables les unes des autres, sont décrites au regard de la zone d'analyse, à savoir la France (hors Mayotte). Une typologie complémentaire a été réalisée sur les seuls départements et régions d'outre-mer, afin de faire ressortir les caractéristiques spécifiques à ces territoires.

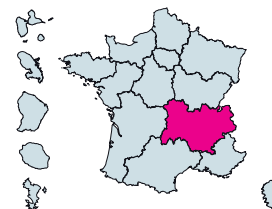
1. Les observatoires régionaux de santé (ORS) produisent différents documents sur l'état de santé de la population et ses déterminants, déclinables à des échelles infrarégionales, en mobilisant pour cela des données et enquêtes régionales qui viennent enrichir celles disponibles au niveau national. Les indicateurs produits par la FNORS sont mis à disposition sur le site public SCORE-Santé (www.score-sante.org).

2. Dans chaque fiche régionale, les rangs sont donnés sur 17 régions (hors Mayotte) et, sauf mention contraire, la valeur France correspond à la France hors Mayotte.

3. Ce choix s'est opéré en accord entre l'ORS et l'Agence régionale de santé.

4. Voir la rubrique Découpage géographique dans la partie méthodologique.

Auvergne - Rhône-Alpes



Contexte démographique

Avec près de 7,7 millions d'habitants lors du recensement de 2013, le nombre d'habitants de la région Auvergne - Rhône-Alpes est le deuxième derrière l'Île-de-France. Sa densité de 111,3 habitants au km², est proche de la moyenne nationale (103,6 hab./km²).

La population de la région a la même structure par âge que celle de l'ensemble de la France. Les moins de 35 ans représentent 43,0 % de la population, les 35-64 ans 39,3 % et les 65 ans ou plus 17,8 % (graphique 1).

Avec 72,3 habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, l'indice de vieillissement est proche de la moyenne nationale.

► Une dynamique démographique soutenue

La croissance démographique (+ 0,8 % par an en moyenne entre 2008 et 2013) est la 5^e plus élevée des 17 régions. Elle est majoritairement due à l'accroissement naturel, + 0,4 % par an, supérieur à la variation due au solde migratoire (+ 0,3 %). Le taux de variation naturel est certes très éloigné du plus important

observé en Guyane (+ 2,2 %), mais il est l'un des plus élevés des régions de Métropole. La variation due au solde migratoire, même modeste par rapport à quelques régions, est le signe d'une dynamique beaucoup plus favorable que dans la majorité des régions où il est nul, voire négatif.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,7 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 2,0 %. Le taux d'accroissement annuel est supérieur à la valeur nationale pour les moins de 20 ans (+ 0,1 % par an) et les 75 ans ou plus (+ 1,8 %).

► Une fécondité au-dessus de 2 enfants par femme

L'indice conjoncturel de fécondité, 2,01 enfants par femme en 2014, est au-dessus de la valeur moyenne nationale (1,98). Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans est le 3^e plus faible (4,1 ‰), après la Bretagne et la Corse, le taux national s'établissant à 6,0 ‰.

Contexte social

► Un contexte de l'emploi favorable

En Auvergne - Rhône-Alpes, la fragilité professionnelle et sociale est peu marquée. Elle figure parmi les 4 régions présentant le taux de chômage le plus faible (au sens du Bureau international du travail (BIT)), égal à 8,8 % des actifs en 2014 (9,9 % en France métropolitaine). La part standardisée d'inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est une des plus faibles (8,5 %) et place la région au 14^e rang sur 17. De même, la part des personnes de 25-34 ans ayant déclaré être peu ou pas diplômées lors du recensement de 2013 est l'une des plus faibles, avec 13,8 %.

► Des fragilités sociales peu accentuées

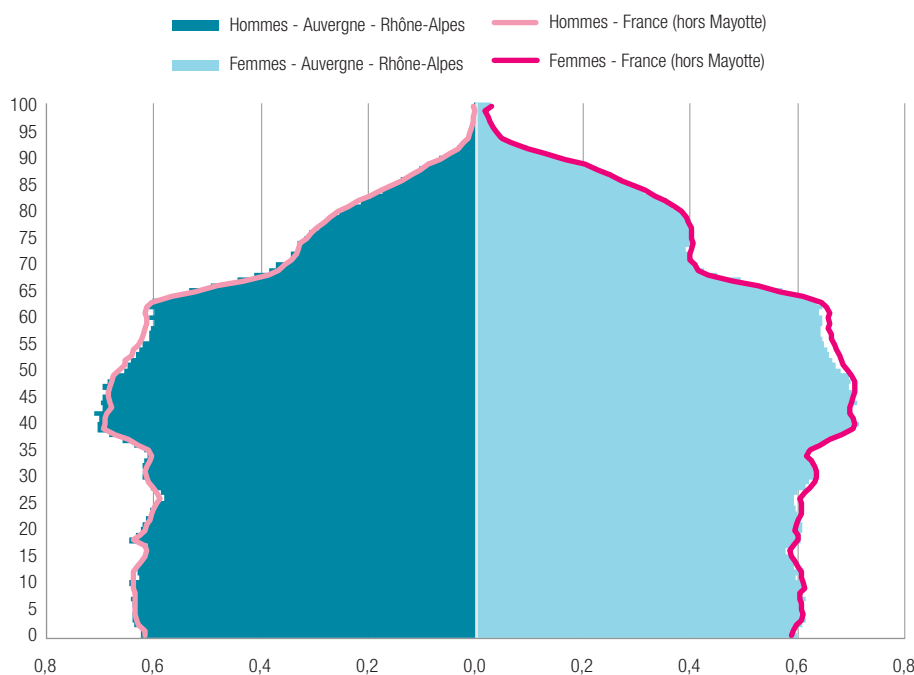
Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales en 2014 confirment cette situation favorable. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) toutes catégories confondues représentent 6,2 % des ménages en 2014, pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région parmi celles ayant les taux les plus faibles : 14^e rang sur 17. Le taux d'allocataires du RSA majoré, qui concerne les familles monoparentales, s'établit à 9,9 % pour une moyenne de 13,0 %, situant la région au 15^e rang. Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est également l'un des plus faibles : 2,9 % mais reste proche de la moyenne nationale de 3,1 %.

Avec un taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) modéré, soit 5,4 personnes pour 100 habitants en 2014, contre 7,5 au niveau national, la région se place également parmi celles ayant des taux les plus faibles (14^e rang sur 17).

Ce contexte se traduit par une part de foyers fiscaux non imposés faible – 46,3 % en 2012 –, mais proche de la moyenne nationale (48,0 %). Seule l'Île-de-France présente une part de foyers fiscaux plus faible (38,5 %).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 63 400 décès annuels moyens sont enregistrés en Auvergne - Rhône-Alpes en 2011-2013 : 32 080 chez les hommes et 31 357 chez les femmes.

► Une région avec une espérance de vie favorable

L'espérance de vie à la naissance dans la région est de 79,3 années pour les hommes (2^e meilleure espérance de vie française) et 85,6 années pour les femmes (3^e meilleure espérance de vie française). Elle est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France (78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes).

Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 8,1 années chez les hommes et 6,2 années chez les femmes. Ces gains sont plus élevés que ceux observés au niveau de la France métropolitaine : + 7,6 ans chez les hommes et + 6,0 ans chez les femmes.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il est passé de 8,2 années en 1982-1984 à 6,2 années en 2011-2013.

► Une sous-mortalité marquée aussi bien pour les cancers que pour les maladies de l'appareil circulatoire

La région Auvergne - Rhône-Alpes présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi

les plus bas de France. Elle se situe au 5^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 3^e rang pour les femmes en 2011-2013. Derrière l'Île-de-France, la région est la 2^e région française ayant une sous-mortalité prématurée (avant 65 ans), aussi bien pour les hommes que pour les femmes, avec un différentiel de - 11,5 % par rapport à la France métropolitaine.

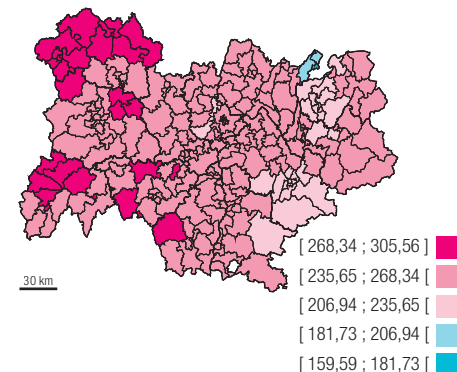
La région enregistre une sous-mortalité par cancers, avec un différentiel de - 4,8 % par rapport au niveau métropolitain. Cette situation place la région au 4^e rang pour les hommes et au premier rang pour les femmes. La mortalité par cancers a davantage diminué depuis 1982-1984 en Auvergne - Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine (graphique 2). Pour les moins de 65 ans, la région présente une sous-mortalité par cancers, avec un différentiel de - 10,8 % par rapport à la France métropolitaine.

La région présente également une sous-mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes comme chez les femmes, la plaçant au 3^e rang des 13 régions métropolitaines. L'écart avec la France s'est légèrement accentué : il était de - 1,6 % en 1982-1984, il est de - 3,9 % en 2011-2013. Le recul de la mortalité générale résulte principalement d'une forte baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire avec un taux standardisé, tous âges et tous sexes confondus, qui a diminué de 62,7 % entre 1982-1984 et 2011-2013. La mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires

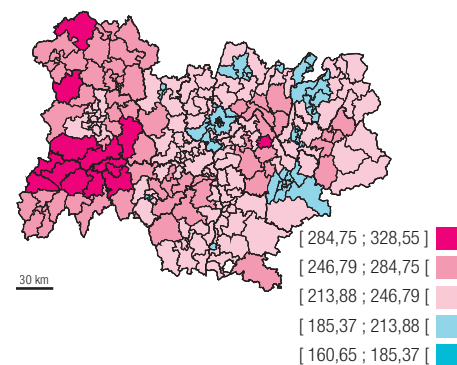
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

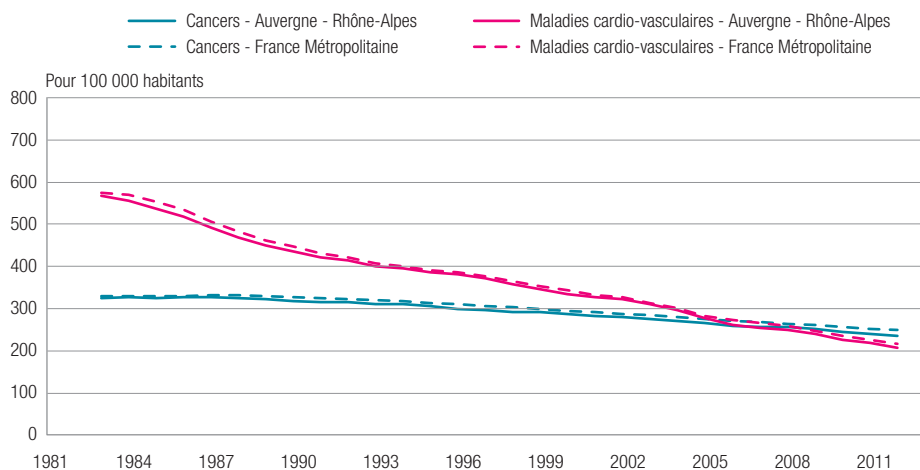


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

est l'une des plus faibles, avec un différentiel de - 13,9 % par rapport à la France métropolitaine.

En 2006-2013, au niveau infrarégional, une mortalité plus élevée par cancers est observée au sein des départements de l'Allier, au nord du Puy-de-Dôme et du Cantal, ainsi que dans quelques cantons de Haute-Loire et de l'Ardèche (carte 1). Les taux les plus bas de la région se situent autour d'Annecy et de Grenoble. S'agissant des maladies de l'appareil circulatoire, les taux de mortalité les plus élevés se retrouvent dans les départements auvergnats et tout particulièrement au sud du Puy-de-Dôme, au nord du Cantal et au nord-ouest de la Haute-Loire (carte 2). Les taux les plus bas sont observés principalement sur les départements à l'est de la Loire et de l'Ardèche notamment autour des villes de Lyon, Grenoble, Annecy, Chambéry et Bourg-en-Bresse.

Auvergne - Rhône-Alpes (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► **Malgré d'importants contrastes territoriaux, la situation de la mortalité, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, reste favorable**

Entre 2011 et 2013, 1 816 décès annuels moyens sont enregistrés pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important. Près de huit décès sur dix sont masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont connu un recul de 27,7 % dans la région, un peu plus important qu'au niveau national. Ce recul est plus marqué chez les hommes (- 30,1 %) que chez les femmes (- 22,5 %). Une baisse est également observée pour les cancers des VADS pour l'ensemble, pour les cirrhoses du foie chez les hommes et chez les femmes et pour les psychoses alcooliques ou l'alcoolisme pour l'ensemble.

En 2011-2013, une sous-mortalité pour toutes ces pathologies est observée, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Entre 2006 et 2013, la situation régionale est très contrastée selon les territoires. Les cantons de la moitié ouest de la région présentent globalement des taux de mortalité plutôt élevés, tout comme l'est des départements savoyards, tandis que les cantons de l'Ain, du Rhône, de l'Isère et de la Drôme ont des taux plutôt faibles (carte 3). Les territoires les plus densément peuplés sont ainsi dans une situation plutôt favorable.

► **Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque**

En 2011-2013, 9 611 décès annuels moyens sont enregistrés, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 21,4 % dans la région (- 20,9 % au niveau de la France). Cette baisse a concerné les hommes comme les femmes.

Les variations observées sont cependant différentes selon les pathologies et le sexe. Ainsi,

les taux standardisés de mortalité féminins ont augmenté entre 2001-2003 et 2011-2013 pour les cancers du poumon (+ 38,7 %), tandis qu'ils ont diminué chez les hommes (- 7,8 %). Pour la BPCO, les taux féminins sont restés stables, alors qu'ils ont reculé pour les hommes (- 16,8 %). Les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques ont baissé pour les hommes (- 35,8 %), comme pour les femmes (- 44,4 %).

En 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national est observée en lien avec ces pathologies, pour les femmes (6^e rang sur 17) et les deux sexes confondus (7^e rang). Cette sous-mortalité est retrouvée quel que soit le sexe pour les cancers du poumon et pour les cardiopathies ischémiques pour les deux sexes confondus. La mortalité par BPCO est en revanche identique à celle de la France pour les hommes comme pour les femmes.

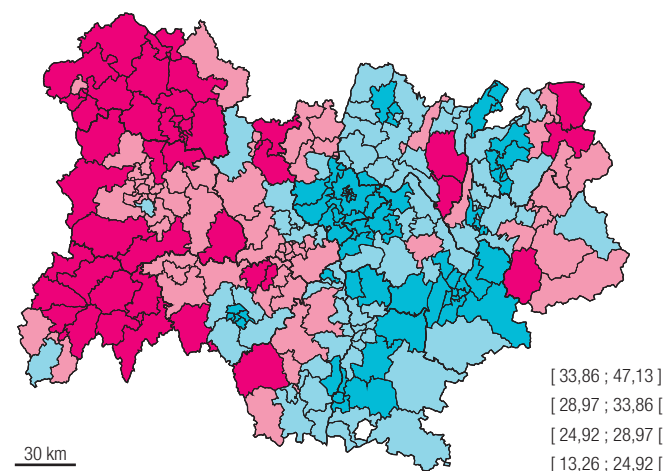
Entre 2006 et 2013, les territoires où les taux de mortalité sont les plus élevés se situent au sein des départements auvergnats (à l'exception des cantons du Puy-en-Velay et en périphérie, qui présentent des taux faibles), et dans le nord de l'Isère (carte 4). Les départements savoyards, et tout particulièrement les cantons d'Annecy et ceux en périphérie, ainsi que ceux de Bourg-en-Bresse sont marqués par des taux plus faibles.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

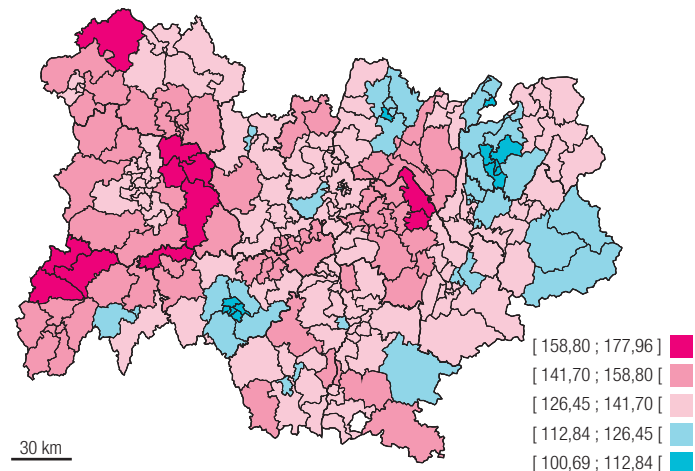
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé Auvergne - Rhône-Alpes

Santé environnementale

L'environnement joue un rôle majeur sur la santé des habitants. Son altération, souvent insidieuse, participe à l'expression de pathologies parfois très lourdes. La santé environnementale, à l'aide des plans régionaux santé-environnement (PRSE), vise à réduire les impacts sur la santé liés aux conditions de vie et à la qualité des milieux.

► Impact de l'environnement sur la survenue de cancers

L'impact de l'environnement sur la survenue de cancers est difficile à établir, en raison non seulement de la variabilité des expositions au cours de la vie d'un individu et des difficultés de mesure de ces expositions, mais également de facteurs de susceptibilité génétique individuels et d'habitudes de vie. Toutefois, des liens entre environnement et apparition de certains cancers sont prouvés comme l'exposition au radon, à la pollution atmosphérique, aux particules fines, dont les particules issues du diesel, pour le cancer du poumon. D'autres, émergents, sont toujours en cours d'investigation et font l'objet d'une attention particulière comme les perturbateurs endocriniens.

► Perturbateurs endocriniens

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont d'origine naturelle (hormones et phytoestrogènes) ou artificielle (parabènes, bisphénol A, phtalates, chlordécone...). L'organisme humain peut y être exposé par différentes voies. Les PE sont susceptibles de modifier le fonctionnement normal du système hormonal de l'individu lui-même ou de sa descendance, lors d'expositions du fœtus au cours de la grossesse ; les conditions dans lesquelles un individu débute sa vie influencent sa santé à très long terme [1], selon le concept de l'origine développementale de la santé et des maladies [2]. Les PE sont aujourd'hui suspectés d'être un des déterminants des troubles de la reproduction et de la fertilité, mais aussi d'effets métaboliques, de maladies cardio-vasculaires, voire de certains cancers hormono-dépendants : prostate, testicules, sein, utérus [3]. Les travaux montrent que les effets sur la santé d'une exposition à des perturbateurs endocriniens à de faibles doses dépendent de la période d'exposition.

Diagnostic santé-environnement en Auvergne - Rhône-Alpes

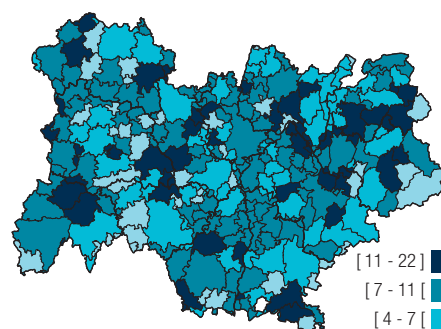
Les ministères de l'Environnement et de la Santé recommandent l'élaboration d'un diagnostic territorial santé-environnement s'appuyant sur une méthode déclinable sur l'ensemble des territoires. Cette méthode standardisée, confiée aux observatoires régionaux de santé (ORS) et au Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) dans trois régions expérimentatrices (Nouvelle-Aquitaine, Auvergne - Rhône-Alpes, Provence - Alpes - Côte d'Azur), rassemble des indicateurs permettant une description synthétique des enjeux locaux de santé-environnement. Le choix des indicateurs sanitaires s'est opéré à partir d'une revue succincte de la littérature et de discussions entre experts. La sélection des déterminants et des indicateurs est fondée sur les enjeux de santé-environnement, la disponibilité des indicateurs et la qualité des données. Les indicateurs sanitaires concernent des pathologies multifactorielles et liées à un agent unique. En Auvergne - Rhône-Alpes, l'échelle géographique retenue pour l'état des lieux est le bassin de vie.

CARTES 5 ET 6

Taux standardisé annuel d'admission en ALD pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)

Cancers des testicules et des organes génitaux

Taux annuel pour 100 000 hommes



France métropolitaine : 7,5
Auvergne - Rhône-Alpes : 7,7

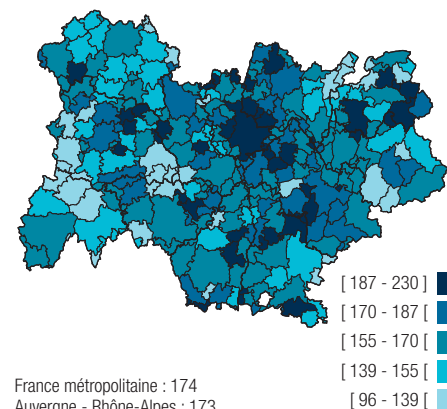
Sources • CCMSA ; CNAIMTS ; CNRSI ; INSEE ; exploitation ORS Auvergne et Rhône-Alpes.

► Cancers du sein, des testicules et des organes génitaux

En 2006-2013, pour les trois régimes d'assurance maladie, 273 nouvelles admissions en affection de longue durée¹ (ALD) pour cancers des testicules et des organes génitaux sont dénombrées en moyenne chaque année dans la région. Le taux standardisé sur l'âge correspondant est de 7,7 pour 100 000 hommes, taux similaire à celui observé en France métropolitaine (7,5). Dans trois bassins de vie² sur quatre, le taux standardisé annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer des testicules et des organes génitaux est inférieur à 10,1 pour 100 000 hommes (carte 5). À la même période, 6 837 nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein sont dénombrées en moyenne chaque

Cancers du sein

Taux annuel pour 100 000 femmes



France métropolitaine : 174
Auvergne - Rhône-Alpes : 173

année. Le taux standardisé sur l'âge correspondant est de 173 pour 100 000 femmes, taux similaire à celui observé en France métropolitaine (174). Dans trois bassins de vie sur quatre, le taux standardisé d'admissions en ALD pour cancer du sein est de 178 pour 100 000 femmes. Les zones où les taux sont les plus faibles se trouvent dans les bassins de vie à l'ouest de la région et au sud de la Savoie (carte 6). ■

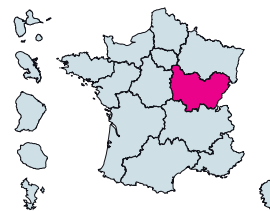
1. Les ALD permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelle : seules les personnes diagnostiquées pour lesquelles le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées.

2. Le bassin de vie, tel que défini par l'INSEE, est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Références

- [1] Gluckman PD, Hanseon MA, Cooper C, *et al.*, 2008, "Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease", *N Engl J Med*, 3; 359(1), Jul: 61-73.
[2] Charles M.-A., Junien C., 2012, « Les origines développementales de la santé (DOHaD) et l'épigénétique », *Questions de santé publique*, n° 18- septembre.
[3] Institut National du cancer, 2016, *Les cancers en France en 2015. L'essentiel des faits et chiffres*, février.

Bourgogne - Franche-Comté



Contexte démographique

Avec plus de 2,8 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Bourgogne - Franche-Comté est la 11^e région sur 17 la plus peuplée. Sa densité de 59,0 habitants au km², presque deux fois plus faible que la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 15^e rang des régions françaises devant la Corse et la Guyane.

► Une population relativement âgée

La population en Bourgogne - Franche-Comté est plus âgée que celle de la France (graphique 1). Les classes d'âges au-delà de 50 ans sont plus représentées.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 5^e plus élevé de France sur 17 régions : il est de 86,1 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une faible croissance démographique

La croissance démographique, égale à 0,1 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, est l'une des plus faibles de France (+ 0,5 %

par an) avec les régions Grand Est et Hauts-de-France, mais place la région devant la Guadeloupe et la Martinique. Cette faible croissance est liée au solde naturel (+ 0,2 % par an), deux fois plus faible qu'au niveau national (+ 0,4 % par an), et au solde migratoire qui est nul dans la région (+ 0,1 % en France).

La population des jeunes âgés de moins de 20 ans a diminué de 0,2 % entre 2008 et 2013, alors qu'elle a augmenté de 0,1 % en France. La population âgée de 75 ans ou plus s'est accrue de 1,5 %, contre 1,8 % au niveau national. Le vieillissement de la population est un peu plus rapide que dans l'ensemble de la France.

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,90 enfant par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. La région se situe parmi celles ayant un indice plus faible : 13^e rang des 17 régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, égal à 5,1 ‰, est inférieur à la moyenne nationale (6,0 ‰), ce qui place la région en 11^e position des régions françaises, proche de la moyenne métropolitaine.

Contexte social

► Des indicateurs de précarité économique plutôt favorables

Les taux d'allocataires de prestations sociales sont, pour la plupart des prestations, inférieurs à la moyenne nationale. Ainsi, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 6,4 % des ménages pour un taux national de 8,6 % ; le RSA majoré est versé à 11,6 % des familles monoparentales contre 13,0 % en France et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) couvre 5,6 % de la population, contre 7,5 % en France. Pour ces trois indicateurs de précarité, la région se place parmi celles ayant des taux faibles : 13^e rang sur 17.

La région se distingue toutefois par un taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (3,7 %) plus élevé que dans l'ensemble de la France (3,1 %), situant la région au 5^e rang au niveau national.

La part de foyers fiscaux non imposés – 47,5 % en 2012 – est proche de la moyenne nationale (48,0 %). Seules trois régions (Île-de-France, Auvergne - Rhône-Alpes et Centre - Val de Loire) ont une part inférieure à celle de la Bourgogne - Franche-Comté.

► Un marché de l'emploi en stagnation

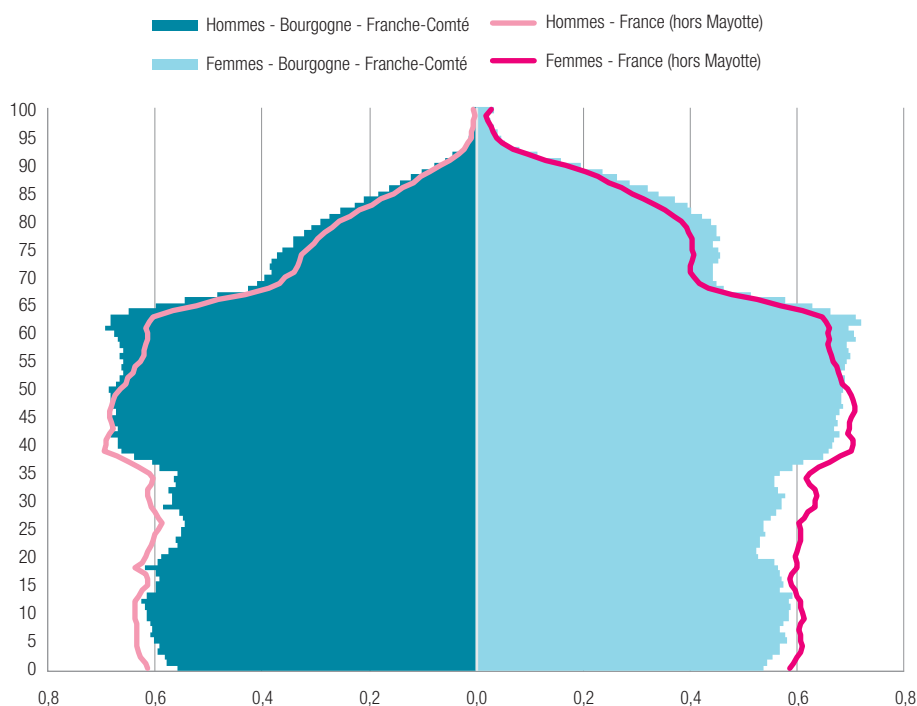
Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)), égal à 9,2 % en 2014, est inférieur au taux métropolitain (9,9 %).

Le marché du travail est fragilisé par la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées, qui est plus élevée que la moyenne nationale : 15,3 % contre 15,1 %.

La part standardisée des inactifs, parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est inférieure à la moyenne nationale : 8,7 % contre 9,5 %, situant la région au 12^e rang des régions françaises avec une part d'inactifs élevée.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

En 2011-2013, 28 183 décès annuels moyens sont enregistrés en Bourgogne - Franche-Comté, dont 14 364 chez les hommes et 13 820 chez les femmes.

► Une espérance de vie qui augmente plus lentement que dans le reste de la France

Au cours de la période 2011-2013, l'espérance de vie dans la région est égale à 78,0 ans pour les hommes, contre 78,6 ans en France et à 84,8 ans pour les femmes, contre 85,0 ans au niveau national.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. En 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a augmenté plus lentement qu'en France métropolitaine, aussi bien chez les hommes (+ 7,2 ans contre + 7,6 ans au niveau national) que chez les femmes (+ 5,4 ans contre + 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est aujourd'hui plus réduit : il était en Bourgogne - Franche-Comté de 8,5 années en 1982 à 1984 et est en 2011-2013 de 6,8 années. Ces écarts restent plus importants que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire

Les taux standardisés de mortalité toutes causes sont équivalents au taux national chez les

femmes (689 décès pour 100 000 contre 681 en 2011-2013) et supérieurs chez les hommes (1 195 contre 1 152). Pour les deux sexes réunis, la surmortalité est égale à 2,8 % par rapport au niveau national. Elle est un peu plus élevée pour la mortalité prématurée avant 65 ans (+ 4,7 %).

Le niveau de mortalité par cancers n'est pas significativement différent du niveau métropolitain pour l'ensemble des deux sexes. Le taux standardisé est égal à 253,0 pour 100 000 en 2011-2013 contre 250,5 en France métropolitaine. Ce niveau place la région en 9^e position sur 13 pour les femmes, et en 7^e position pour les hommes. Par rapport à la période 1982-1984, la mortalité a diminué un peu plus lentement qu'en France métropolitaine : - 22,4 % contre - 24,0 % (graphique 2). Avant 65 ans, la mortalité prématurée par cancers est également proche du niveau métropolitain, quel que soit le sexe, et elle évolue au même rythme.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers dans l'Yonne, la Nièvre et l'ouest de la Côte-d'Or et une mortalité plus faible autour de Dijon, Le Creusot et Mâcon, ainsi que dans la Bresse, le sud-ouest du Jura, l'ouest du Doubs et le sud de la Haute-Saône (carte 1).

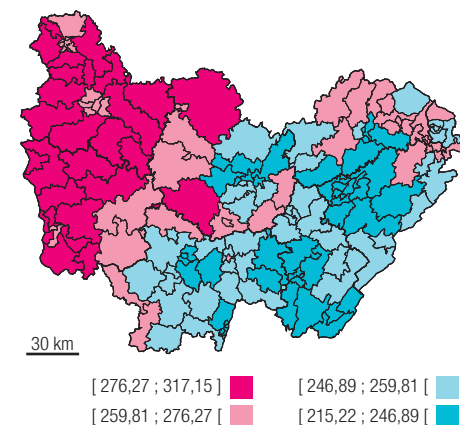
On observe une surmortalité par maladies cardio-vasculaires de 4,7 % par rapport à la France métropolitaine en 2011-2013. Cette surmortalité, légèrement plus forte chez les hommes (+ 5,0 %) que chez les femmes (+ 4,2 %), n'existait pas en 1982-1984. La mortalité a diminué un peu moins

rapidement dans la région entre 1982-1984 et 2011-2013 (- 60,0 %) qu'en France métropolitaine (- 61,8 %) (graphique 2). Avant 65 ans, la surmortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires, égale à 4,6 % par rapport à la France métropolitaine, est proche de la surmortalité tous âges confondus.

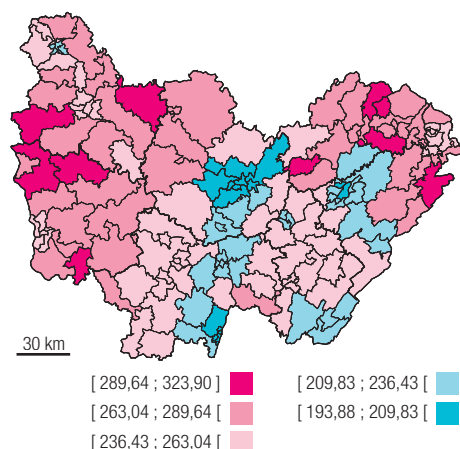
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires les plus élevés sont observés dans les zones rurales de la Nièvre et de l'Yonne, en Haute-Saône et dans l'est du Doubs (carte 2). Les taux les plus faibles sont observés en zones urbaines, surtout autour de Dijon, Mâcon et Besançon.

CARTES 1 ET 2 Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers

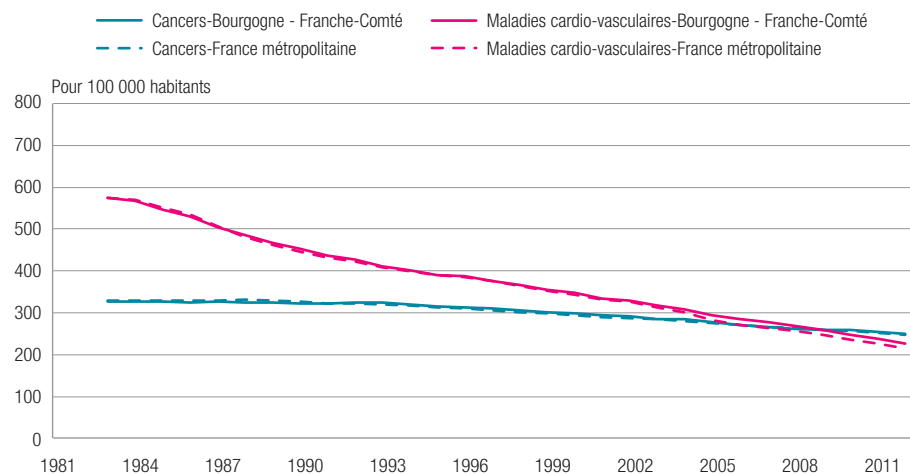


Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Source • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Bourgogne - Franche-Comté (suite)

Alcool et tabac : des déterminants forts

► Une mortalité proche de la moyenne nationale pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 900 décès annuels moyens, pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, sont dénombrés dont 78 % d'hommes et 22 % de femmes.

En 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont diminué de 26,2 %, un rythme proche de la baisse nationale (- 25,8 %). La baisse est plus rapide pour les hommes (- 29,8 %) que pour les femmes (- 13,4 %). Pour les deux sexes confondus, la diminution est plus importante en ce qui concerne les cancers des VADS (- 32,5 %) et les cirrhoses du foie (- 23,7 %) que pour les psychoses alcooliques (- 12,2 %).

Pour chacune de ces trois pathologies, la mortalité n'est pas significativement différente de la moyenne nationale. La région se situe au

9^e rang sur 17 pour la mortalité des trois pathologies regroupées, ainsi que pour la mortalité par cirrhoses du foie et par psychoses alcooliques. Elle occupe la 10^e position en ce qui concerne les cancers des VADS.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, la mortalité pour l'ensemble de ces trois pathologies est particulièrement élevée dans la Nièvre et l'Yonne, dans le Châtillonnais et l'Autunois, ainsi que dans le nord de la Haute-Saône (carte 3).

► Une légère surmortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 4 303 décès sont dénombrés chaque année en moyenne, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers de ces décès sont masculins et un tiers sont féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 18,9 %, soit un peu moins que dans l'ensemble de la France (- 20,9 %). Cette mortalité a diminué presque au même rythme

chez les hommes (- 19,3 %) que chez les femmes (- 18,6 %). Comme dans le reste de la France, la diminution de la mortalité par cardiopathies ischémiques (- 35,9 % dans la région pour les deux sexes réunis) est plus importante qu'en ce qui concerne la BPCO (- 2,8 %). La mortalité par cancers du poumon reste stable. Pour cette dernière, on observe une augmentation de 44,6 % chez les femmes, qui est un peu plus importante qu'au niveau national (+ 42,0 %).

En 2011-2013, la Bourgogne - Franche-Comté occupe la 11^e place des régions françaises pour la mortalité en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La surmortalité est égale à 4,6 % par rapport au national pour l'ensemble de ces trois pathologies ; elle atteint 6,0 % pour les cancers du poumon et 6,4 % pour les cardiopathies ischémiques.

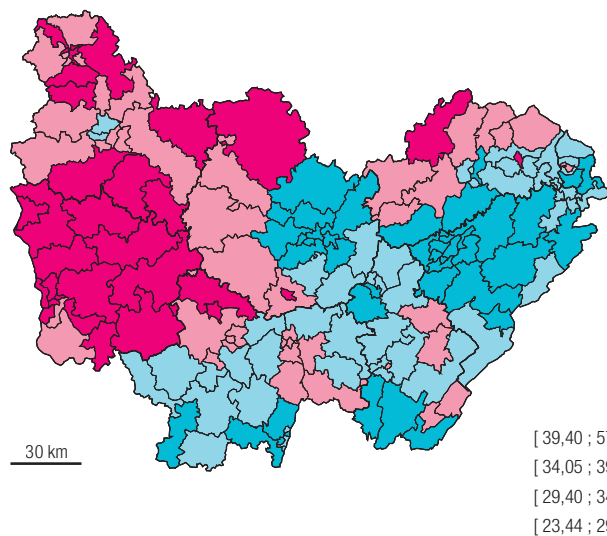
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour des pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque sont plus élevés dans le nord de la région, particulièrement en Haute-Saône et dans l'Yonne, dans le nord de la Nièvre, l'ouest de la Côte-d'Or, le territoire de Belfort et le Pays de Montbéliard (carte 4). Les taux sont plus faibles de Dijon à Mâcon, dans l'ouest du Doubs, dans le Jura – de Saint-Claude à Champagnole.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

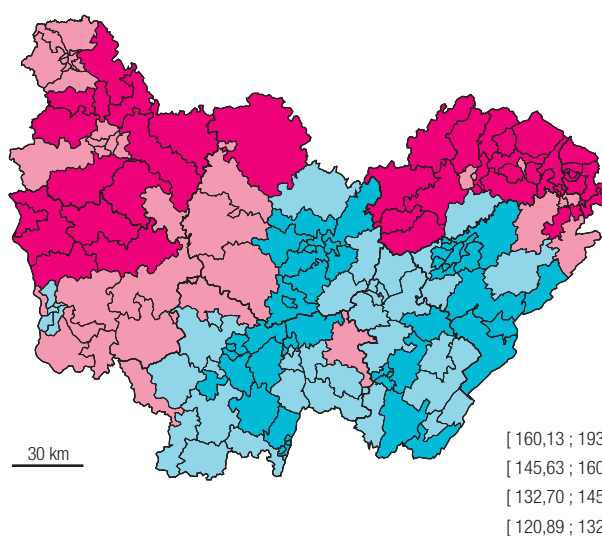
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Bourgogne - Franche-Comté

Exposition aux facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux affectant la santé sont multiples. De nombreuses données sont disponibles pour mesurer les expositions de la population à l'échelle locale et permettent d'offrir une synthèse de la situation d'exposition aux principaux facteurs environnementaux en Bourgogne - Franche-Comté.

► Qualité de l'air extérieur, des efforts à poursuivre

On retrouve de plus fortes concentrations de dioxyde d'azote en ville, les particules fines (*Particulate Matter*) PM10 et PM 2.5) sont globalement plus présentes en milieu urbain, alors que les zones rurales telles que le Morvan sont surtout exposées à la pollution par l'ozone. Globalement, la qualité de l'air s'est améliorée en dix ans. En 2014, la région ne dépasse pas les seuils réglementaires de concentration des polluants surveillés – dont les particules fines, le dioxyde d'azote, le benzène. Toutefois, quatre épisodes de pollution aux PM10 ont été enregistrés au cours de l'année et des procédures d'information et de recommandation ont été déclenchées dans le Doubs, le Jura et la Haute-Saône. Jusqu'à 2 200 décès annuels pourraient être évités dans la région en réduisant les niveaux moyens, qui ont un plus fort impact sanitaire que les pics de pollution (Santé publique France 2016).

D'autre part, certains des pollens les plus allergisants sont très présents dans la région : les graminées, les cyprès, le bouleau et l'ambroisie. Cette plante envahissante progresse en France comme en Bourgogne - Franche-Comté, à proximité immédiate de la région Auvergne - Rhône-Alpes particulièrement touchée.

► Une eau potable globalement de bonne qualité, mais des zones à surveiller

La qualité de l'eau distribuée est globalement satisfaisante en Bourgogne et en

Franche-Comté : respectivement 97,7 % et 91,3 % de la population reçoivent une eau conforme aux paramètres microbiologiques, plus de 99 % aux niveaux de nitrates (en 2012-2014) et 92 % à ceux des pesticides (en 2014). Cette qualité demeure cependant hétérogène sur le territoire et peut être préoccupante dans certains secteurs.

► Sites et sols pollués

Dans la région, près de 21 000 sites ont hébergé par le passé des activités pouvant être à l'origine d'une pollution des sols (liée à des dégradations d'ordre physique, chimique ou biologique). D'autres sites présentent une pollution avérée, par des anciens dépôts de déchets ou d'infiltrations de nuisances polluantes. En 2015, on en recense 251 dans la région, dont la majorité sont traités (58 % avec restriction, 7 % libres de toute restriction) et 35 % sont en cours de diagnostic, d'évaluation ou de travaux (respectivement 50 %, 12 % et 38 % en France).

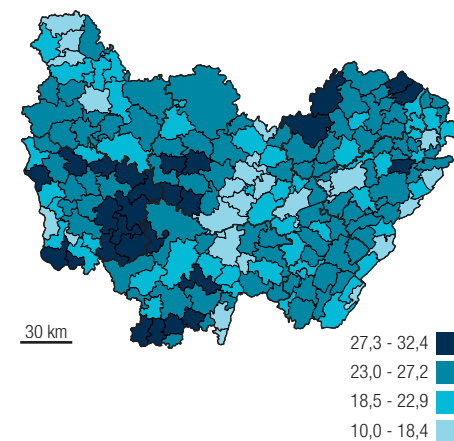
► Exposition au bruit des transports terrestres

D'après les cartes stratégiques de bruit, on estime que plus de 65 000 habitants de la région (soit 23 pour 1 000) résident dans des logements exposés à des niveaux sonores de jour dépassant 68 décibels, générés par des grandes infrastructures routières et ferroviaires.

► Des taux de précarité énergétique particulièrement élevés

L'indicateur de bas revenus-dépenses élevées (BRDE) est un indicateur composite de précarité énergétique qui combine un bas niveau de revenus et des dépenses énergétiques élevées. Dans la région, en 2014, 230 000 ménages sont en situation de précarité énergétique vis-à-vis de leurs dépenses de logement (BRDE logement), soit 18,7 % des ménages (11,0 % en France). De fortes disparités territoriales sont constatées :

CARTE 5
Part des ménages en situation de bas revenus-dépenses élevées (BRDE) pour le logement en 2014



Source • Observatoire national de la précarité énergétique 2014 ; exploitation Alterre Bourgogne.

cette proportion dépasse 27 % à l'est de la Nièvre, à l'ouest de la Côte-d'Or et de la Haute-Saône et au sud de la Saône-et-Loire (carte 5).

► Pour aller plus loin

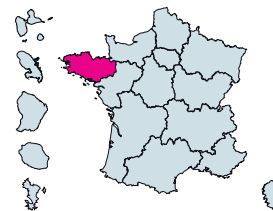
Ces données ont été recueillies dans le cadre du diagnostic préparatoire au prochain plan régional santé environnement (PRSE 3) de Bourgogne - Franche-Comté, qui comprend par ailleurs un état des lieux des dynamiques territoriales favorables à la santé environnementale, ainsi que le recueil des perceptions des enjeux par les acteurs locaux. Le croisement des données disponibles et pertinentes à un échelon infradépartemental dans les champs social, démographique, sanitaire et environnemental a permis de déterminer six profils de territoires. Cette étude propose une approche globale de la santé environnementale et souligne la nécessité d'améliorer la qualité des bases de données disponibles. ■

Sources

Données provenant de bases généralistes – telles que l'ancienneté des logements issue du recensement de population de l'INSEE – ou le plus souvent recueillies dans le cadre des contrôles effectués par les autorités publiques (qualité de l'eau distribuée, mesure du radon dans les établissements ouverts au public dans les départements à risque, inventaire des anciens sites industriels et de services, et des sites pollués).

Autres informations locales : surveillance de la qualité de l'air par les associations agréées (associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA)), estimation de la population exposée au bruit des transports terrestres (cartes stratégiques de bruit réalisées dans le cadre des plans de prévention du bruit dans l'environnement), repérage des logements potentiellement indignes (fichier des logements par commune (FILOCOM), directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)).

Bretagne



Contexte démographique

Avec plus de 3,2 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la Bretagne se situe au 10^e rang des régions françaises les plus peuplées. Sa densité de 119,8 habitants au km², supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 7^e rang des régions françaises avec la plus forte densité.

La population de la Bretagne est plus âgée que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 60 ans pour les femmes et de 55 ans pour les hommes sont plus représentées (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 7^e plus élevé de France : il est de 81,4 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique supérieure à la moyenne nationale

La Bretagne présente une croissance démographique de 0,7 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de 0,5 %. Cette croissance démographique est principalement due à un solde migratoire positif

(+ 0,5 % par an). Le solde naturel, bien que positif (+ 0,2 % par an), est deux fois moins important qu'au niveau national (+ 0,4 %).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,5 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus, cette augmentation est de 2,2 % par an. Le taux d'accroissement est supérieur à la valeur nationale pour les moins de 20 ans (+ 0,1 % par an) comme pour les 75 ans ou plus (+ 1,8 %).

► Une fécondité parmi les plus basses de Métropole

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,91 enfant par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 11^e rang des 17 régions françaises ayant un indice élevé.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité de 3,7 ‰ est plus faible que la moyenne nationale (6 ‰). La Bretagne se situe au deuxième rang des régions aux plus faibles taux de fécondité chez les moins de 20 ans.

Contexte social

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont parmi les plus faibles de France. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 5,5 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au dernier rang. Pour le RSA majoré, avec un taux de 10,7 % parmi les familles monoparentales pour une moyenne nationale de 13,0 %, la région se situe parmi celles ayant un faible taux (14^e rang des 17 régions françaises).

Les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont proportionnellement plus nombreux dans la région : 3,5 % pour une moyenne de 3,1 %, situant la Bretagne au 9^e rang plus élevé des régions françaises.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est particulièrement bas en Bretagne : 4,2 personnes pour 100 habitants contre 7,5 au niveau national, plaçant la région au dernier rang des régions françaises.

► La part de foyers fiscaux non imposés se situe dans la moyenne nationale

La part de foyers fiscaux non imposés – 48,8 % en 2012 – est légèrement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %) et situe la région au 11^e rang (du plus élevé au plus faible).

► Un important dynamisme professionnel

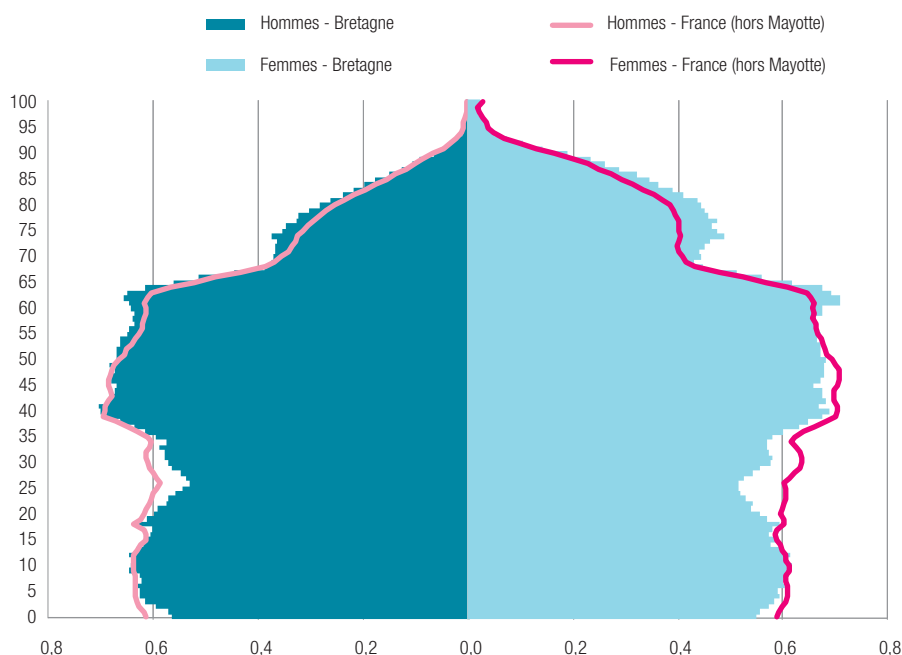
Une des caractéristiques sociales de la Bretagne se situe également au niveau de la dynamique professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus faibles en France et concerne 8,8 % des actifs. Ce taux est à plus d'un point au-dessous de la moyenne métropolitaine (9,9 %), et situe la région au 14^e rang à égalité avec les régions Île-de-France, Pays de la Loire et Auvergne - Rhône-Alpes.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage est inférieure à la moyenne nationale : 7,8 % contre 9,5 % pour la France, situant la région au 16^e rang des régions françaises.

Enfin, la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est la plus faible des régions de France : 9,9 % contre 15,1 % pour la France.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 32 200 décès annuels moyens sont enregistrés en Bretagne en 2011-2013 : 16 212 chez les hommes et 15 976 chez les femmes.

► 77,4 années d'espérance de vie pour les hommes et 84,7 années pour les femmes

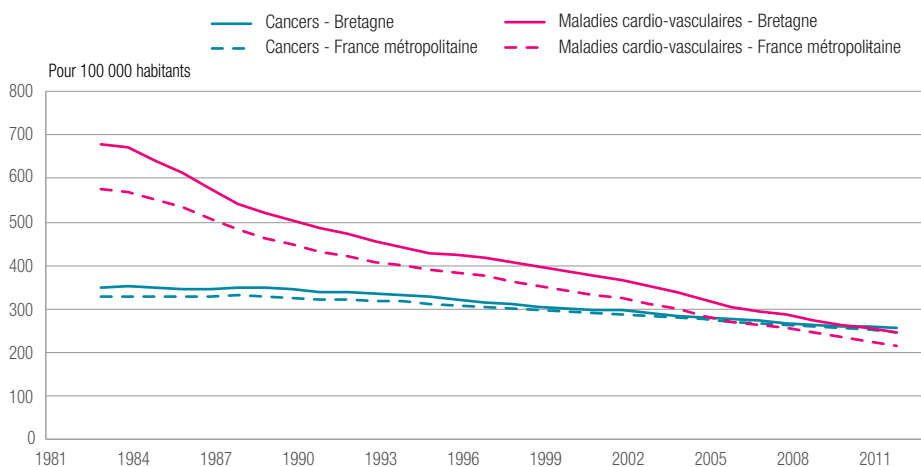
L'espérance de vie est légèrement inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 8,7 années chez les hommes et 6,4 années chez les femmes. Ce gain est plus important que celui observé au niveau de la France métropolitaine, la différence étant plus marquée chez les hommes (+ 7,6 ans) que chez les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était en Bretagne de 9,5 années en 1982-1984, il est en 2011-2013 de 7,3 années. Ces écarts sont plus importants que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

► Une surmortalité, moins marquée pour les cancers

La Bretagne présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus élevés de France, surtout chez les hommes (+ 8,3 %). Elle se situe au 12^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 10^e rang pour les femmes en 2011-2013. La surmortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) (+ 12,3 %) qui situe la région au 11^e rang.

La surmortalité est moins marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau métropolitain est de 4,1 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place la Bretagne au 11^e rang des régions françaises pour les hommes et au 6^e rang pour les femmes. Ce différentiel s'est réduit depuis trente ans : 6,3 % en 1982-1984 (graphique 2). Le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 25,6 % entre 1982-1984 et 2011-2013. La surmortalité prématurée par cancers est plus élevée que celle observée tous âges confondus : 7,8 % contre 4,1 %.

La surmortalité par maladies cardio-vasculaires est plus importante que pour les cancers. La région se situe au 12^e rang pour les hommes comme pour les femmes. Le différentiel avec le niveau métropolitain a diminué : il était de 18,1 % en 1982-1984 et est de 14,8 % en 2011-2013. La baisse de la mortalité a été par-

ticulièrement marquée pour les maladies cardio-vasculaires : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 62,8 % entre 1982-1984 et 2011-2013 (graphique 2).

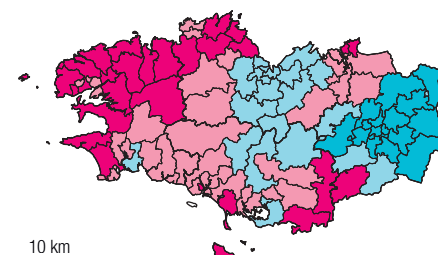
Au niveau infrarégional, on observe entre 2006 et 2013 une mortalité plus élevée par cancers dans le nord-ouest, l'ouest et dans deux zones nord et sud situées plus à l'est de la région (carte 1). Une mortalité plus basse est observée dans la majorité des cantons d'Ille-et-Vilaine.

Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux de mortalité les plus bas sont observés autour de la métropole de Rennes et à un degré moindre au niveau de la métropole de Brest et des villes de Vannes, Lorient, Saint-Brieuc et Saint-Malo (carte 2). À l'inverse, le centre Bretagne présente les taux les plus élevés.

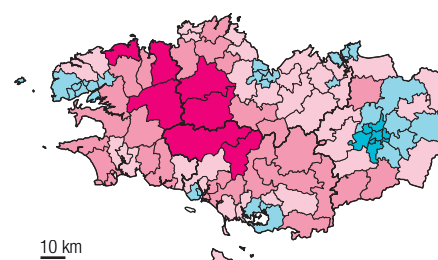
CARTES 1 ET 2

Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Bretagne (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité en recul pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 1 300 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important sont dénombrés : 1 061 concernent des hommes et 283 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le recul des taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès est de 25 %, proche de celui

observé au niveau national (- 25,8 %). La baisse concerne aussi bien les femmes (- 17,8 %) que les hommes (- 27,7 %).

Si la mortalité a tendance à diminuer pour les différentes pathologies prises en compte, les variations ne sont significatives que pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus.

Une surmortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après La Réunion et les Hauts-de-France, la Bretagne est la région qui présente le plus important taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes en 2011-2013. Cette situation défavorable est encore plus marquée pour les décès par cancers des VADS (16^e rang sur 17) que pour les décès par cirrhoses du

foie (14^e rang) ou par psychoses alcooliques ou alcoolisme (14^e rang).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque dans les deux tiers ouest de la Bretagne (carte 3). À l'inverse, l'est de la région se caractérise par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies.

► Un décès sur six pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 5 200 décès annuels moyens sont dénombrés, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies présentent un recul de 19,4 %, sensiblement inférieur à celui observé en France (- 20,9 %). Cette baisse concerne les hommes (- 20,5 %) autant que les femmes (- 20,4 %). Pour les hommes, la baisse est moins marquée qu'au niveau national (- 22,3 %). Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 49 %).

Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé aussi bien pour les hommes (- 33,3 %) que pour les femmes (- 40,6 %). La mortalité par BPCO est en recul pour les hommes (- 16,1 %).

En 2011-2013, une surmortalité par rapport au niveau national (+ 12,9 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. L'écart est plus marqué pour les femmes (+ 17,8 %) que pour les hommes (+ 12,2 %). La région se place, parmi les 17 régions, au 14^e rang pour les hommes et au dernier rang pour les femmes.

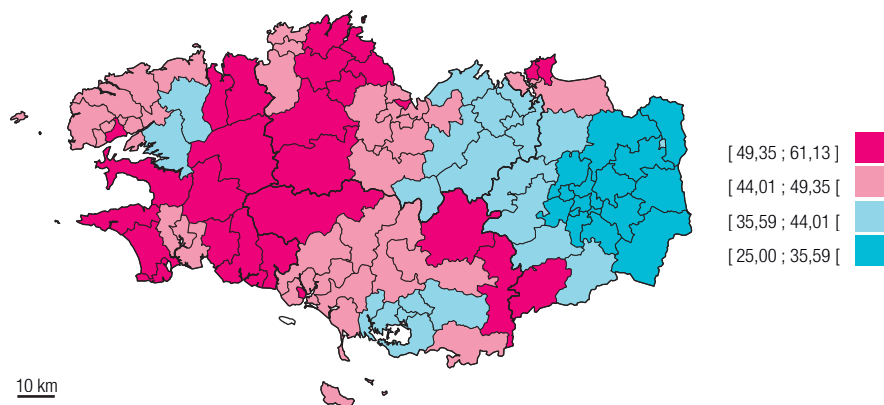
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés dans une zone allant de la moitié est des Côtes-d'Armor à la majeure partie de l'Ille-et-Vilaine (carte 4). À l'inverse, des taux élevés sont observés dans le Finistère et le Morbihan et à l'ouest des Côtes-d'Armor.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

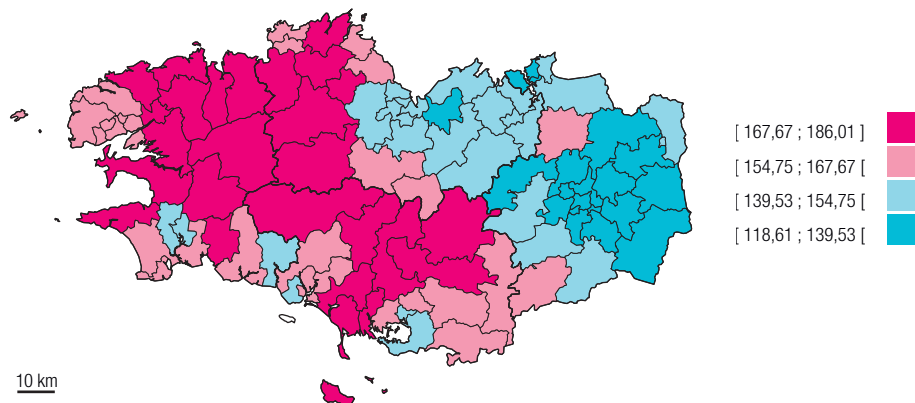
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives BPCO)



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de santé de Bretagne

Suicide et tentatives de suicide hospitalisées en court séjour

Bien que les taux de suicide diminuent en Bretagne, la région conserve une situation très défavorable par rapport à la moyenne nationale. De ce fait, la « promotion de la santé mentale et prévention du suicide » est une des priorités du Programme régional de santé (PRS). Plusieurs actions sont menées au niveau de la région : l'animation de réseaux locaux de prévention du suicide avec mise en œuvre de formations sur le repérage et l'intervention en cas de crise suicidaire, le déploiement d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide (VigilanS), le dénombrement et la description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge dans les services d'urgence de Guingamp, Lannion et Paimpol.

► La situation de la Bretagne, région la plus touchée par le suicide, s'améliore lentement

En 2011-2013, en moyenne, 826 décès par suicide sont recensés chaque année dans la région (soit une moyenne au-dessus de 2 par jour). Les trois quarts sont masculins. Parallèlement, 6 658 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont dénombrés en court séjour en 2013 (soit une moyenne de 18 séjours quotidiens), 60 % des patients sont des femmes.

La Bretagne est la région de France métropolitaine où la mortalité par suicide est la plus importante : en 2011-2013, les taux standardisés se situent à 42 décès pour 100 000 hommes et 12 pour 100 000 femmes, contre respectivement 26 et 8 pour 100 000 en France métropolitaine.

Cette position défavorable s'observe également pour les tentatives de suicide hospitalisées en court séjour, chez les hommes comme chez les femmes : en 2013, les taux standardisés atteignent 175 séjours pour 100 000 hommes et 254 pour 100 000 femmes, contre respectivement 145 et 218 pour 100 000 en France métropolitaine.

Depuis le début des années 2000, la mortalité par suicide diminue plus vite chez les femmes (-19 %) que chez les hommes (-13 %), mais moins rapidement qu'au niveau métropolitain (respectivement -22 % et -15 %) (graphique 3).

Le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide présente également une tendance à la baisse. Les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge ont diminué de 10 % entre 2008 et 2013 (-7 % chez les hommes et -12 % chez les femmes).

► Des populations jeunes et actives majoritairement concernées

Chez les 25-34 ans, 29 % des décès sont dus à un suicide. Environ sept décès sur dix surviennent avant 65 ans. Le taux de mortalité est supérieur dans la population masculine quel que soit l'âge, l'écart avec les femmes étant particulièrement marqué chez les plus âgés. Parallèlement, les taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés sont observés chez les femmes de 45-54 ans puis chez les 15-24 ans.

► La dépression ou l'alcool associés à la tentative de suicide pour plus de la moitié des patients

Près de quatre patients sur dix présentent des troubles psychiques associés, qui correspondent

de manière prépondérante à « un épisode dépressif ». Pour plus d'un quart des patients, des troubles liés à l'alcool sont identifiés.

► Des taux de suicide parmi les plus élevés dans plusieurs cantons des Côtes-d'Armor

Au cours de la période 2011-2013, quel que soit le sexe, la surmortalité (26 décès pour 100 000 habitants) est observée dans tous les départements de la région qui affichent des taux standardisés supérieurs au taux métropolitain (16 décès pour 100 000 habitants). Les Côtes-d'Armor se caractérisent par la situation la plus défavorable (31 décès pour 100 000 habitants) devant le Morbihan (30 décès pour 100 000 habitants). À l'opposé, l'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable avec le taux le plus faible (21 décès pour 100 000 habitants). Le Finistère (26 décès pour 100 000 habitants) se situe dans la moyenne régionale.

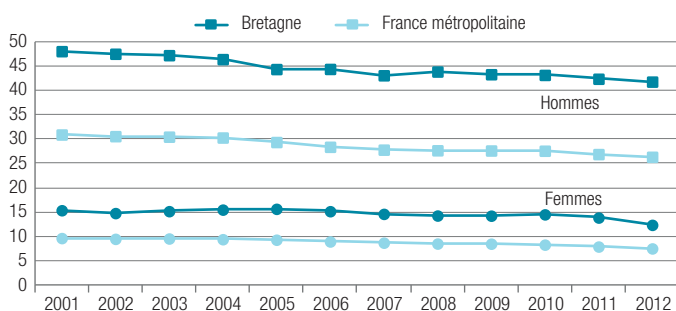
L'approche à l'échelle des nouveaux cantons souligne l'étendue des disparités régionales, avec une mortalité deux fois supérieure dans les cantons des Côtes-d'Armor et du Finistère (proches d'un axe Lannion – Carhaix-Plouguer et autour de Loudéac), par rapport à ceux de l'Ille-et-Vilaine (Rennes et ses alentours) (carte 5). ■

Taux standardisés d'hospitalisation : Standardisation sur le recensement de population INSEE 2006, France entière.

Nouveaux cantons : 98 cantons-villes en Bretagne depuis le redécoupage cantonal de 2014.

Épisodes dépressifs : Analyse des diagnostics associés significatifs codés F32 dans le PMSI MCO (code CIM10).

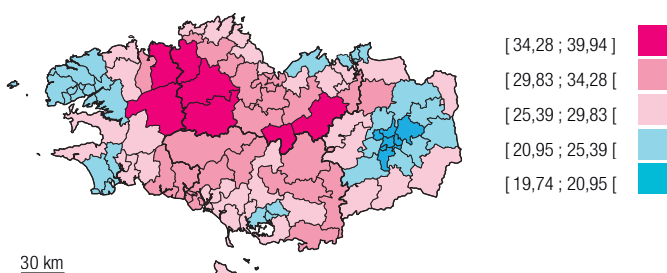
GRAPHIQUE 3
Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2013*



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013). Période triennale dans le graphique (2012=2011-2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation ORS Bretagne.

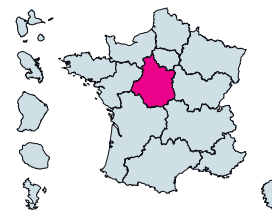
CARTE 5
Taux standardisés de mortalité en 2006-2013 (pour 100 000 habitants) par suicide deux sexes confondus par cantons



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Centre - Val de Loire



Contexte démographique

Avec un peu plus de 2,5 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Centre - Val de Loire est la 12^e région française (devant la Corse et les régions ultramarines). Sa densité de 65,7 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 14^e rang des régions françaises les plus denses.

La population du Centre - Val de Loire est plus âgée que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 50 ans, quel que soit le sexe, sont surreprésentées (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 6^e plus élevé de France : il est de 83,1 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une faible croissance démographique

La croissance démographique est inférieure à la moyenne nationale : + 0,3 % en moyenne par an, contre + 0,5 % en France au cours de la période 2008-2013. Le solde naturel est peu élevé : + 0,2 %, soit deux fois moins important qu'au niveau national (+ 0,4 %). Le solde

migratoire est de + 0,1 %, identique au solde migratoire national.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,2 % par an (+ 0,1 % pour les moins de 20 ans au niveau national), alors que pour les 75 ans ou plus cette hausse est de 1,7 % par an (+ 1,8 % pour les 75 ans ou plus en France).

► Une fécondité proche de la moyenne française

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,99 enfant par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 9^e rang des 17 régions françaises ayant un indice élevé.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 5,8 ‰. Il est très légèrement en dessous de la moyenne nationale (6,0 ‰), mais supérieur à la moyenne métropolitaine (5,3 ‰). Sept régions françaises présentent un taux de fécondité plus élevé chez les moins de 20 ans.

Contexte social

Les taux d'allocataires, pour la plupart des prestations sociales, situent la région dans des niveaux voisins ou inférieurs à la moyenne nationale.

Ainsi, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 6,9 % des ménages pour un taux national de 8,6 %. Le taux d'allocataires pour le RSA majoré, pour les familles monoparentales, est très proche de la moyenne nationale (13,3 % contre 13,0 %). Concernant les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le taux de bénéficiaires (3,0 %) est très proche de la moyenne nationale (3,1 %).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est de 6,2 % en 2014 dans la région, soit un taux inférieur à la moyenne nationale (7,5 %). Six régions françaises (sur 17) présentent un pourcentage inférieur de bénéficiaires de la CMU-C.

► Une part de foyers fiscaux non imposés moindre que sur l'ensemble de la France

La part de foyers fiscaux non imposés – 46,5 % en 2012 – est légèrement inférieure à la moyenne nationale (48,0 %). Seules les régions Auvergne - Rhône-Alpes et Île-de-France ont une moindre part de foyers fiscaux non imposés, respectivement 46,3 % et 38,5 %.

► Des indicateurs de fragilité professionnelle plutôt favorables

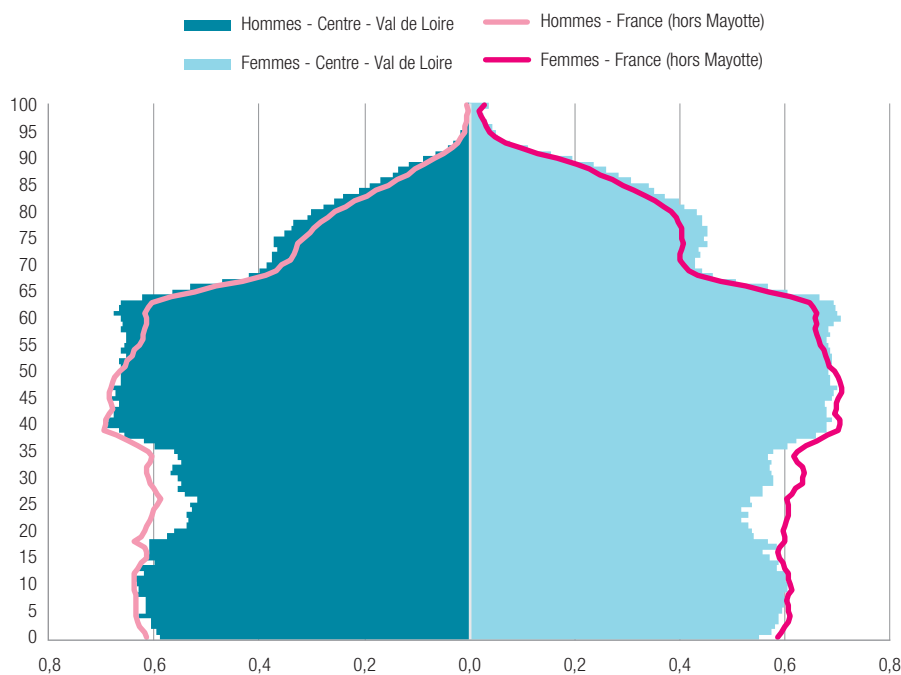
Le Centre - Val de Loire est parmi les régions présentant, en 2014, un taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) inférieur à la moyenne métropolitaine : ce chômage concerne 9,5 % des actifs de la région pour une moyenne métropolitaine à 9,9 %. Cinq régions ont un taux de chômage inférieur.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est également inférieure à la moyenne nationale : 8,0 % contre 9,5 %. Seules deux régions (Pays de la Loire et Bretagne) ont un taux inférieur.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est proche de la moyenne nationale : 15,0 % contre 15,1 %. Ce taux est cependant plus faible que dans dix régions françaises.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 25 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Centre - Val de Loire en 2011-2013 : 12 768 chez les hommes et 12 036 chez les femmes.

► 78,6 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,2 années pour les femmes

Cette espérance de vie est très proche de celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 6,6 années chez les hommes et 5,4 années chez les femmes. Ce gain est inférieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine, que ce soit chez les hommes (+ 7,6 ans) ou chez les femmes (+ 6,0 ans), et le Centre - Val de Loire est la région où le gain d'espérance de vie a été le plus faible (à égalité avec les régions Nouvelle-Aquitaine et Occitanie pour les hommes et avec la région Bourgogne - Franche-Comté pour les femmes).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était de 7,8 années en 1982-1984 et est de 6,6 années

en 2011-2013. Ces écarts sont proches de ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Des taux de mortalité proches de la moyenne nationale

Le Centre - Val de Loire présente, en 2011-2013, un taux standardisé de mortalité toutes causes dans la moyenne nationale pour les hommes et une sous-mortalité pour les femmes. Six régions métropolitaines ont un taux de mortalité inférieur pour les hommes et pour les femmes.

Concernant la mortalité prématurée (décès avant 65 ans), la région ne diffère pas significativement du reste de la France, que ce soit pour les hommes ou les femmes.

En 2011-2013, la mortalité par cancers pour les hommes et pour les femmes, ne diffère pas significativement du reste de la Métropole. Cependant, tous sexes confondus, il existe une surmortalité, avec un différentiel avec le niveau métropolitain de + 3,2 %. La région a le 5^e taux de mortalité par cancers le plus élevé de France. Depuis 1982-1984, la mortalité par cancers s'est réduite mais moins que dans l'ensemble de la Métropole (- 17,6 % tous sexes confondus, réduction en Métropole de 24,0 %) (graphique 2).

Depuis 1982-1984, la mortalité prématurée par cancers a suivi une évolution favorable : - 24,8 % tous sexes confondus,

réduction moindre que celle observée en Métropole (- 31,8 %).

Concernant la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, les femmes de la région Centre - Val de Loire présentent une sous-mortalité comparée à celle de la France, et seules trois régions ont un taux de mortalité inférieur. Pour la mortalité masculine, et quel que soit le sexe pour la mortalité prématurée, il n'est pas observé de différence significative avec la France.

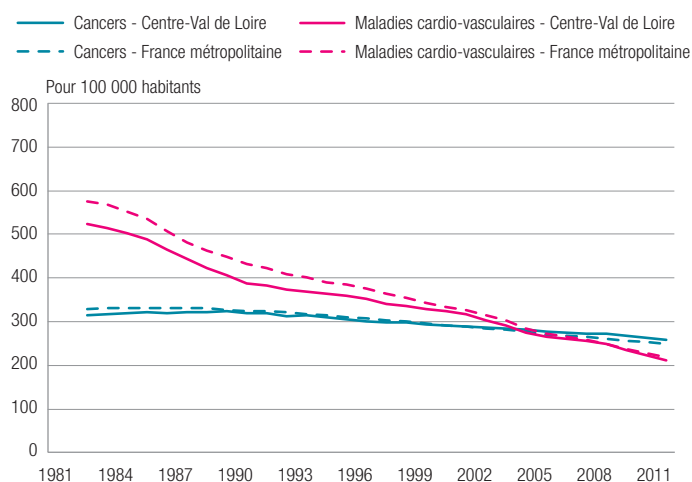
De manière générale, la baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, entre 1982-1984 et 2011-2013, a été particulièrement marquée : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 58,9 % en Centre - Val de Loire pour une diminution en Métropole de 61,8 % (graphique 2).

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les cantons situés à l'est de la région (l'est du Loiret, le Cher, la plupart des cantons de l'Indre et le sud-est du Loir-et-Cher) ainsi qu'à la pointe nord-ouest de la région présentent des taux de mortalité par cancers élevés (carte 1).

Concernant la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, il est observé une bande de sous-mortalité sur un axe nord-est/sud-ouest passant par Orléans et Tours (carte 2). Les territoires de l'est et du sud de la région présentent des taux de mortalité élevés.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



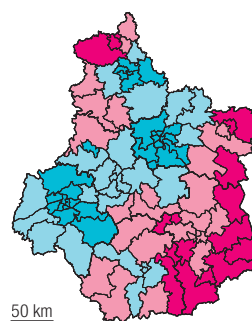
* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

CARTES 1 ET 2

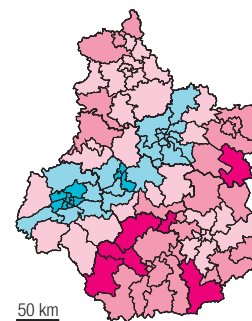
Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



[285,68 ; 310,23]
[268,44 ; 285,68]
[255,36 ; 268,44]
[243,92 ; 255,36]

Maladies cardio-vasculaires



[279,74 ; 285,05]
[251,41 ; 279,74]
[223,08 ; 251,41]
[194,74 ; 223,08]
[180,84 ; 194,74]

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Centre - Val de Loire (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une surmortalité chez les hommes pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Entre 2011 et 2013, 863 décès annuels moyens, pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, sont dénombrés : 680 concernent des hommes et 183 des femmes.

En 2011-2013, une surmortalité toutes pathologies confondues est observée par rapport à la France pour les hommes (le différentiel avec

la France est de + 8,9 %). Le taux de mortalité ne diffère pas significativement chez les femmes.

En 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 23,9 % dans la région, alors que le recul est de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée aussi bien pour les hommes (-25,1 %) que pour les femmes (-20,1 %). Pour les cancers des VADS chez les hommes et les cirrhoses du foie chez les deux sexes, des baisses de la mortalité durant cette période sont observées.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, l'ouest du Loiret et les cantons limitrophes du Loir-et-Cher ainsi que les cantons du nord de l'Indre-et-Loire présentent une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque (carte 3).

► Une sous-mortalité chez les hommes, par rapport au niveau national, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

Entre 2011 et 2013, 3 637 décès annuels moyens sont dénombrés, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important, soit environ un décès sur sept. Ces décès concernent 2 382 hommes et 1 255 femmes.

Pour ces pathologies, en 2011-2013, la région enregistre une sous-mortalité significative chez les hommes par rapport à la France, avec un différentiel de - 4,3 %. La mortalité chez les femmes ne diffère pas de celle de la France.

Les analyses de mortalité par type de pathologie ne mettent pas en évidence de différence significative avec le niveau national, sauf pour la mortalité par BPCO chez les hommes et les femmes avec une sous-mortalité (différentiels respectivement de - 13,2 % et - 12,4 % par rapport à la France).

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 21,6 %, soit un recul légèrement supérieur à celui observé en France (- 20,9 %). La baisse est du même ordre chez les hommes (- 22,6 %) et chez les femmes (- 19,9 %).

Le taux standardisé de mortalité par cancers du poumon est en forte hausse à la même période chez les femmes (+ 69,6 %), alors que l'évolution n'est pas significative chez les hommes. Les femmes du Centre - Val de Loire sont celles pour lesquelles la hausse observée est la plus importante des régions françaises.

Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé chez les hommes (- 38,6 %) et il l'est davantage chez les femmes (- 45,8 %). La mortalité par BPCO est en recul significatif chez les hommes (- 13,7 %) alors que, chez les femmes, l'évolution (tendance à la hausse) n'est pas significative.

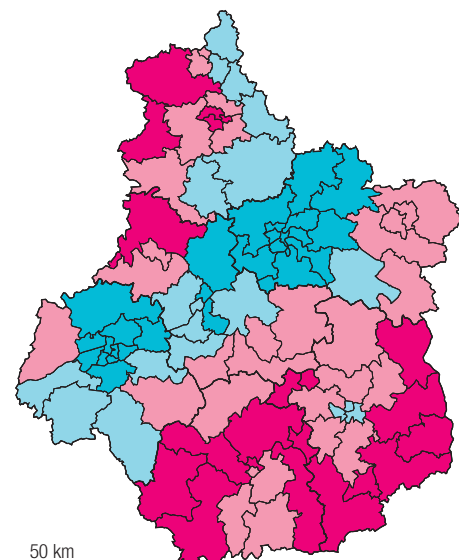
Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité pour des pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque sont plus bas selon un axe est/sud-ouest allant du sud-ouest du Loiret (Orléans) au nord de l'Indre-et-Loire, ainsi que dans les cantons centraux de l'Eure-et-Loir (carte 4). Les territoires enregistrant une surmortalité se situent essentiellement à l'est de la région.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé de mortalité 2006-2013 par cantons

Alcool

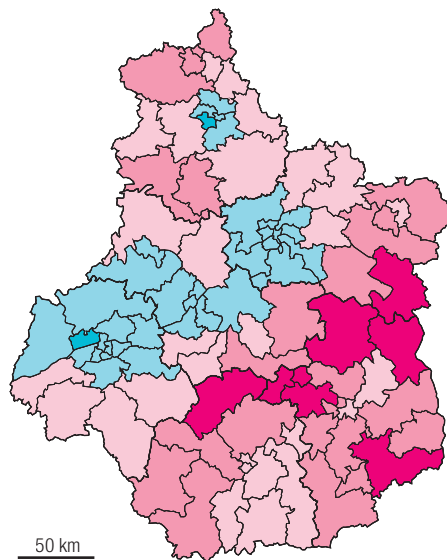
(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



[41,43 ; 52,19]
[36,62 ; 41,43 [
[31,05 ; 36,62 [
[26,63 ; 31,05 [

Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



[161,00 ; 180,36]
[145,84 ; 161,00 [
[130,68 ; 145,84 [
[115,52 ; 130,68 [
[114,12 ; 115,52 [

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de santé du Centre - Val de Loire

Périnatalité

Les 1^{ers} certificats de santé résument pour chaque enfant né vivant les caractéristiques de la mère, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant dans ses premiers jours de vie. Ces certificats sont remplis le plus souvent à la sortie de la maternité et sont envoyés à la Protection maternelle et infantile (PMI) du département de domicile de la mère.

À l'initiative de la Commission régionale de la naissance (devenue en 2012, le Comité technique régional en périnatalité), l'Observatoire régional de la santé du Centre - Val de Loire, en partenariat avec l'Agence régionale de santé et les six services de PMI des conseils départementaux de la région, réalise depuis 2000 l'analyse de ces certificats de santé des enfants domiciliés dans la région.

► Une augmentation de la part des mères de plus de 37 ans

La part des mères de plus de 37 ans a tendance à augmenter depuis 2002, puisqu'elle est passée de 5,3 % à 7,5 % en 2014. 2,2 %

des mères ont plus de 40 ans au moment de la naissance.

En 2014, la part de mères mineures au moment de la naissance est de 0,6 %, soit une proportion stable depuis 2000. Elle est fondée sur l'âge au moment de la naissance et occulte donc le fait que 0,6 % des mères atteignent la majorité au cours de la grossesse. En début de grossesse, 1,2 % des mères étaient donc mineures.

► Près de 3,5 % des enfants sont issus de grossesses multiples

En 2014, 3,3 % des certificats concernent des naissances multiples, soit une différence d'un point par rapport à 2000 (2,3 %). Les naissances multiples, dans la région, se sont le plus souvent déroulées en maternité de type II (51,9 %), mais aussi en établissement de type III (40,5 %) ou de type I (7,6 %).

► La préparation à l'accouchement : une participation en hausse

En 2014, 39,0 % des mères ont bénéficié d'une préparation à l'accouchement, soit

une hausse de 10,5 points en quatorze ans. Les primipares y ont plus souvent recours (59,7 %) que les multipares (25,4 %). La préparation à l'accouchement reste plus fréquente dans les établissements privés (58 % contre 34 % dans le public).

► Une stabilité dans les différents modes de travail

Les différents modes de travail restent stables depuis 2000 : la part de travail spontané fluctue autour de 72,0 % (71,4 % en 2014), celle de travail déclenché autour de 18,0 % (19,3 % en 2014) et le taux de césariennes programmées autour de 10,0 % (9,3 % en 2014). La part de césariennes programmées la plus faible, en 2014, est constatée dans le Loir-et-Cher (8,5 %) et la plus élevée dans l'Indre (10,2 %).

La plupart des enfants sont nés en présentation céphalique (95,7 %) et 3,9 % par le siège : 77,3 % des enfants se présentant par le siège naissent par césarienne.

► Près de 6 % des enfants nés prématurément

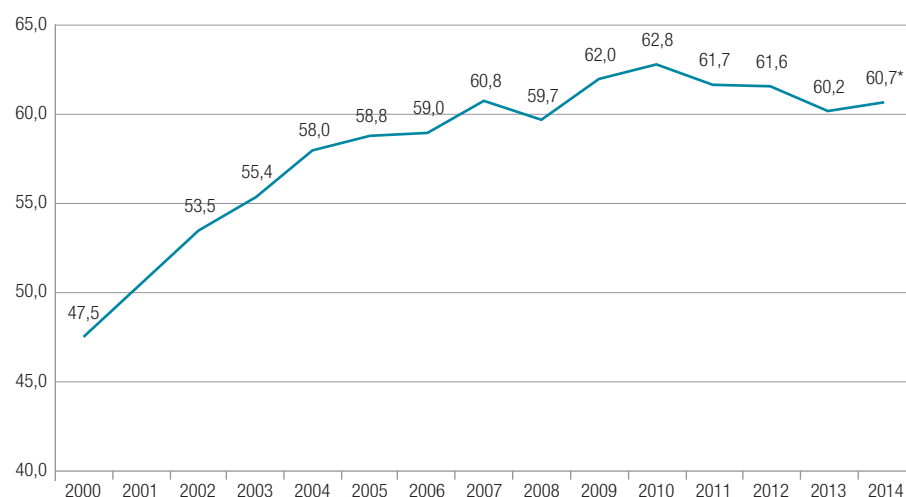
En 2014, 6,1 % des enfants sont nés prématurément (avant 37 semaines d'aménorrhée) ; parmi eux, 1,0 % sont des grands ou très grands prématurés (avant 33 semaines d'aménorrhée). Ce taux est relativement stable depuis 2000 (autour de 6,0 %). Il est dix fois plus important chez les enfants issus de grossesses multiples (47,4 % contre 4,7 % chez les enfants issus d'une grossesse unique). Environ 9 % des prématurés domiciliés dans le Centre - Val de Loire sont nés hors de la région.

► Une diminution du taux d'allaitement depuis 2010

En 2014, 60,7 % des mères ont débuté un allaitement au moment de la naissance, soit une augmentation de 13,2 points depuis 2000. Mais une diminution est observée depuis 2010 (-2,1 points) (graphique 3). Les valeurs départementales sont très hétérogènes : on observe globalement au cours des cinq dernières années un écart de 13 points entre les deux départements extrêmes. ■

GRAPHIQUE 3

Évolution du taux d'allaitement des mères au moment de la naissance entre 2000 et 2014 (en %)



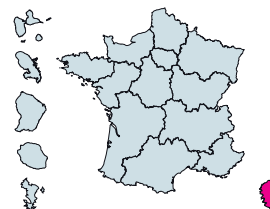
* Résultats estimés après lissage.

Sources • 1^{ers} certificats de santé (Conseils départementaux Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher et Loiret).

Référence

Observatoire régional de la santé du Centre - Val de Loire, 2016, « Exploitation des certificats de santé du 8^e jour des enfants domiciliés en région Centre - Val de Loire et nés en 2014 », mars, 50 p.

Corse



Contexte démographique

Avec plus de 320 000 habitants lors du recensement de 2013, la région Corse figure, avec les régions d'outre-mer, parmi les moins peuplées. La densité de population y est faible, 36,9 habitants au km², soit près de trois fois moins que la moyenne nationale (103,6 hab./km²).

La population de la Corse est plus âgée que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 40 ans sont plus représentées, de façon plus marquée entre 65 et 80 ans (graphique 1). À l'opposé, les jeunes de moins de 25 ans le sont moins.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est supérieur à 100. Il s'agit du plus élevé de France, devant la région Nouvelle-Aquitaine pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique due au solde migratoire

La croissance démographique (+ 1,1 % par an en moyenne au cours de la période 2008-2013) est l'une des plus élevées de France, la

valeur nationale s'établissant à + 0,5 %. Cette croissance est exclusivement due au solde migratoire, le plus élevé de France, devançant celui de l'Occitanie (+ 0,8 %). Comme en Nouvelle-Aquitaine, le nombre de décès est égal à celui des naissances. La valeur nationale est de + 0,4 %.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes. Entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,9 % par an en Corse, soit une valeur nettement au-dessus de la moyenne nationale (+ 0,1 % par an). Elle est liée à l'arrivée dans la région de migrants d'âge actif et notamment de jeunes ménages avec leurs enfants. L'augmentation de la classe d'âges de 75 ans ou plus (+ 2,1 %) est supérieure à la valeur moyenne nationale (+ 1,8 %).

► La fécondité régionale la plus basse

L'indice conjoncturel de fécondité, 1,57 enfant par femme en 2014, est le plus bas des 17 régions, loin du suivant (1,80 en Nouvelle-Aquitaine) et de la valeur nationale (1,98). Le taux de fécondité des

jeunes femmes de 12-19 ans est également le plus faible des 17 régions. Il s'établit à 3,5 ‰ pour une moyenne nationale de 6,0 ‰.

Contexte social

► Une fragilité de l'emploi

La Corse est l'une des régions où les indicateurs de fragilité professionnelle sont plus élevés qu'au niveau national. C'est le cas du taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) égal à 10,6 pour 100 actifs en 2014. La part standardisée d'inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant n'être, lors du recensement, ni en emploi ni au chômage) s'élève à 15,3 % et place la région à un rang élevé : 3^e rang après la Guyane et La Réunion. De même, 22,1 % des 25-34 ans ont déclaré être peu ou pas diplômés lors du recensement de 2013 (15,1 % en France). Cette proportion est environ deux fois plus élevée que dans les régions présentant les taux les plus faibles, Bretagne (9,9 %) et Pays de la Loire (11,5 %).

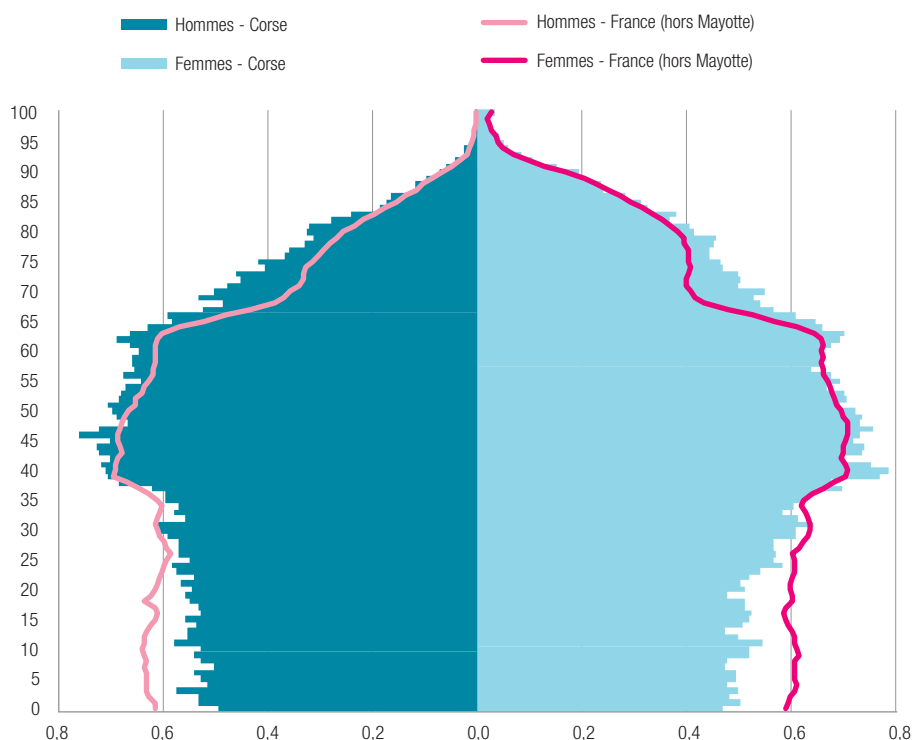
► Peu d'allocataires du RSA

Avec un taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) toutes catégories confondues de 6,1 % des ménages, en 2014, pour un taux national de 8,6 %, la Corse est l'une des régions ayant le taux le plus bas. Elle occupe le 16^e rang sur 17. De même, le taux de RSA majoré, qui concerne les familles monoparentales, est le plus faible des 17 régions. Il s'établit à 6,4 % en Corse pour une moyenne de 13,0 %. Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est également faible : 5,1 personnes pour 100 habitants en 2014 contre 7,5 au niveau national. La région présente le 3^e taux le plus faible.

En revanche, le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est le plus élevé des 17 régions : 4,0 % pour une moyenne nationale de 3,1 %. De même, la part des foyers fiscaux non imposés, 53,4 % en 2012, est la plus élevée de la Métropole, mais reste très éloignée de celles observées dans les régions d'outre-mer (proche de 70 %).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 3 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Corse en 2011-2013 : 1 519 chez les hommes et 1 473 chez les femmes.

► Plus d'une décennie d'espérance de vie gagnée en trente ans

L'espérance de vie masculine de la région (79,2 années) est la 3^e plus élevée des 17 régions, au-dessus de celle de l'ensemble de la France (78,6 années). Pour les femmes, elle est semblable à celle de la Métropole (85,1 années).

Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 13,1 années chez les hommes et 10,1 années chez les femmes. Ce gain, en trente ans, est le plus élevé de toutes les régions françaises.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui l'un des plus faibles des régions de France : 5,8 années en 2011-2013 (6,4 en France), alors qu'il était l'un des plus élevés en 1982-1984 (8,8 années contre 8,1 au niveau national).

► Une mortalité toutes causes identique à celle de la Métropole, mais une surmortalité cardio-vasculaire féminine

La Corse présente un taux standardisé de mortalité toutes causes identique à celui de la France. Elle se situe au 6^e rang des 13 régions métropolitaines. Le taux standardisé masculin est inférieur à celui de la France, avec un différentiel de - 6,3 %. Avec plus de 500 décès annuels moyens avant 65 ans, la Corse présente une mortalité prématurée comparable à celle de la France en 2011-2013.

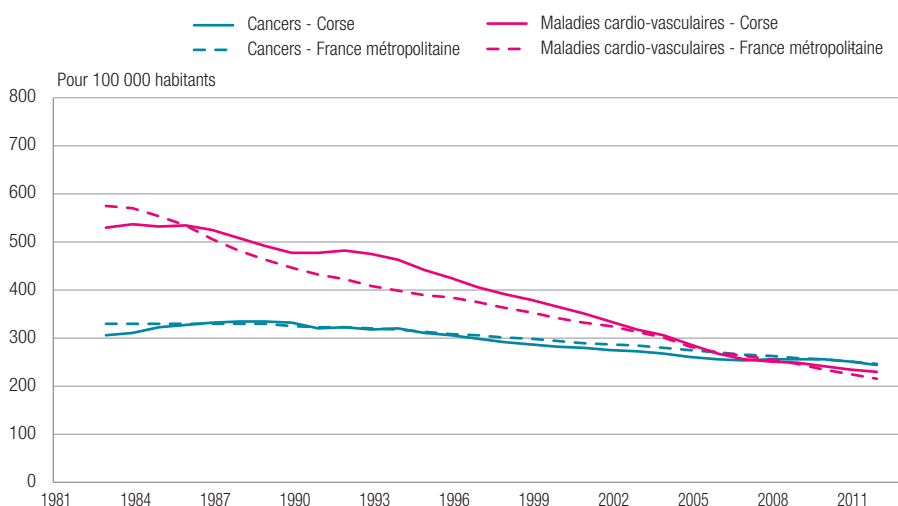
Les taux standardisés de mortalité par cancers sont identiques à ceux de la Métropole, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, et placent la région au 6^e rang des 13 régions métropolitaines. Le différentiel entre les taux de mortalité de la Corse et de la France métropolitaine s'est réduit depuis trente ans : - 7,1 % en 1982-1984 et - 0,8 % en 2011-2013 (graphique 2). La mortalité prématurée par cancers est également identique au niveau national.

Les taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont identiques à

ceux de la France métropolitaine, mais uniquement pour les hommes. Chez les femmes, la Corse enregistre une surmortalité. En trente ans, le différentiel s'est inversé : le taux standardisé était inférieur de 7,9 % au taux de la France métropolitaine en 1982-1984 et lui est supérieur de 6,6 % en 2011-2013 (graphique 2). Le taux standardisé de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 55,8 % en trente ans. Il s'agit de la baisse la moins marquée des régions françaises. La mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire ne présente pas de différence avec le niveau national, y compris chez les femmes.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, une mortalité plus élevée par cancers est observée sur le canton de Grand Sud ainsi que sur les cantons de Bastia (carte 1). Une mortalité plus faible est constatée majoritairement sur les cantons de Haute-Corse. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux les plus élevés sont situés sur les cantons de Grand Sud et Borgo, tandis que les taux les plus bas se situent dans la zone centrale de la Corse du sud et aux deux extrémités de la Haute-Corse (carte 2).

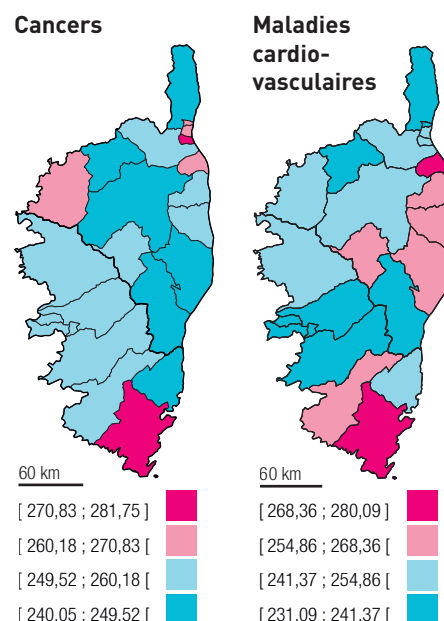
GRAPHIQUE 2
Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

CARTES 1 ET 2
Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Corse (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une situation favorable de la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Au cours de la période 2011-2013, 77 décès annuels moyens sont enregistrés pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important. Ces décès concernent 62 hommes et 15 femmes.

En 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès sont restés stables, alors qu'un recul de 25,8 % était observé au niveau national. Cette stabilité est observée quel que soit le sexe pour les cancers des VADS et pour les cirrhoses du foie chez les hommes et les deux sexes, tandis que la

faiblesse des effectifs ne permet pas d'apprécier cette évolution pour les psychoses alcooliques ou l'alcoolisme, et, pour les femmes, concernant les cirrhoses du foie.

En 2011-2013, une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après la Martinique, la Corse est la région qui présente le plus faible taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes. Cette situation favorable se retrouve aussi bien pour la mortalité par cirrhoses du foie (3^e taux sur 17) que pour les psychoses alcooliques ou alcoolisme (1^{er} rang), celle par cancers des VADS étant d'un niveau comparable à la France.

Au cours de la période 2006-2013, une mortalité plus élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur le nord-ouest, notamment sur le canton de Calvi et l'extrême sud de la région (carte 3). Le nord-est de la région se caractérise par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies.

► Une surmortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

Au cours de la période 2011-2013, 522 décès annuels moyens sont enregistrés en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 15,0 % en Corse, contre une diminution de 20,9 % au niveau de la France. Cette baisse n'est cependant pas observée chez les femmes de la région pour lesquelles la mortalité est restée stable. Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont restés stables chez les hommes (baisse de 10,5 % en France) comme chez les femmes (hausse de 41,6 % en France). Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité proche de celui de la France est observé aussi bien pour les hommes (- 30,8 %) que pour les femmes (- 37,2 %). La mortalité par BPCO est restée stable pour les deux sexes, tandis qu'en France elle a baissé chez les hommes et augmenté chez les femmes.

En 2011-2013, une surmortalité par rapport au niveau national est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus (15^e rang sur 17). Cette surmortalité est retrouvée pour les cancers du poumon chez les hommes (16^e rang) comme chez les femmes (17^e rang) et pour les cardiopathies ischémiques chez les deux sexes confondus (13^e rang). La mortalité par BPCO est en revanche favorable pour les hommes par rapport à la France.

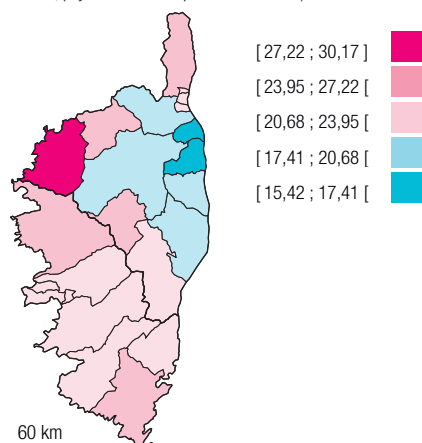
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés sur la frange ouest de la région, et plus élevés au nord-est à l'extrême sud, particulièrement sur le canton de Grand Sud (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

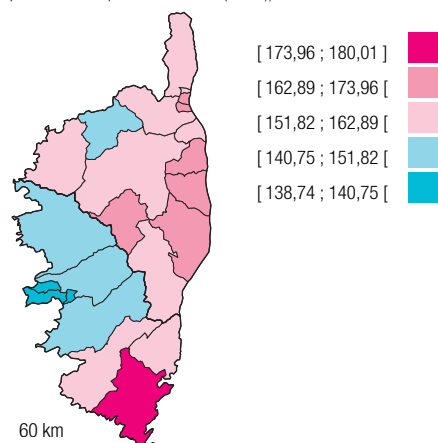
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

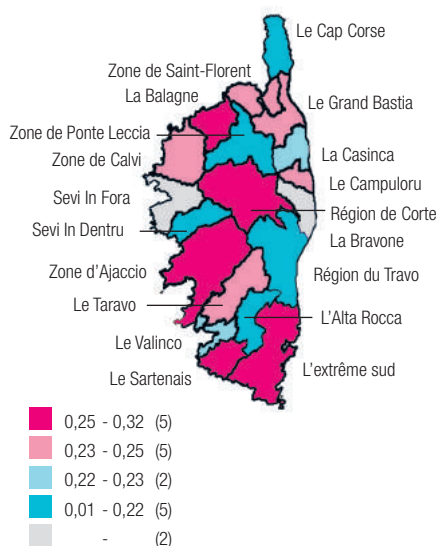
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Corse

Surpoids et obésité chez les enfants en classe de CE2

Les inspections académiques de Corse-du-Sud et de Haute-Corse effectuent chaque année un examen infirmier des enfants en deuxième année de cours élémentaire (CE2). Les paramètres collectés lors de cet examen permettent

CARTE 5
Proportion d'élèves de CE2 en surpoids par micro-régions - année scolaire 2013-2014



Source • Bilans infirmiers menés par les inspections académiques de Corse du Sud et de Haute-Corse ; exploitation ORS Corse.

de calculer pour chaque enfant l'indice de masse corporelle (IMC). L'exploitation de ces paramètres a été confiée à plusieurs reprises à l'Observatoire régional de la santé de la Corse (ORSC).

► Près d'un enfant sur quatre en classe de CE2 (24 %) est en surpoids en 2013-2014

L'application des seuils (IOTF) (*International Obesity Task Force*) sur les bilans infirmiers des enfants examinés en classe de CE2 durant l'année scolaire 2013-2014, montre que :

- une fille sur quatre (25,7 %) est en surpoids, et près de 7,0 % sont en situation d'obésité (6,7 %) (graphique 3) ;
- plus d'un garçon sur cinq (22,3 %) est en surpoids, et près de 7,0 % sont en situation d'obésité (6,7 %) (graphique 4).

► La proportion d'élèves en surpoids a augmenté de 5 points depuis 1996

Quel que soit le sexe des enfants examinés en classe de CE2 en Corse, la part d'entre eux en surpoids a augmenté de plus de 5 points entre 1996 et 2013, passant de 20,3 % à 25,7 % pour les filles, et de 17,0 % à 22,3 % pour les garçons.

L'augmentation observée concerne davantage les enfants en surpoids hors obésité que ceux en situation d'obésité.

► Une disparité régionale marquée

L'analyse infrarégionale du surpoids chez les enfants scolarisés en classe de CE2 durant l'année 2013-2014 montre une disparité importante,

avec une proportion d'élèves en surpoids variant de 13,0 % à 31,7 % (carte 5).

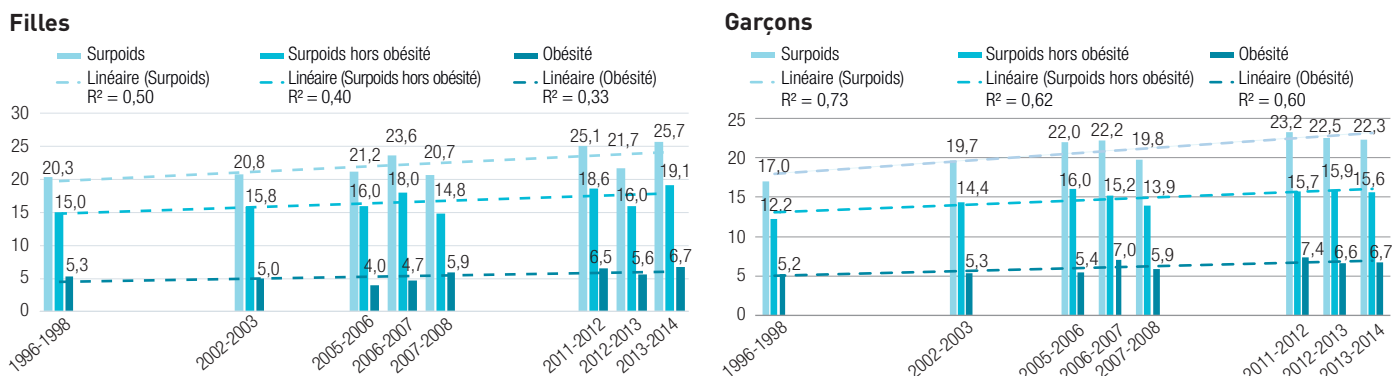
Ainsi, les micro-régions présentant les plus faibles proportions d'élèves en surpoids sont la zone de Ponte Leccia (13,0 %), le Cap Corse (13,3 %), la région de Sevi in Dentru (14,3 %), l'Alta Rocca (14,3 %) ou encore la région du Travo (20,6 %). Les micro-régions dans lesquelles ces proportions sont les plus élevées sont la région de Corte (31,7 %), l'Extrême Sud (26,2 %), le Sartenais (26,1 %), la Balagne (25,4 %) ou encore la zone d'Ajaccio (25,4 %). ■

Méthodologie

Au cours de la dernière année d'exploitation (année scolaire 2013-2014), 3 063 enfants étaient scolarisés en classe de CE2. Cependant, le jour de la visite infirmière, 45 enfants étaient absents et, le bilan infirmier était incomplet rendant impossible le calcul de l'IMC pour 61 élèves. Ainsi 2 957 bilans ont été exploités, soit 96,5 % des élèves scolarisés ; 1 442 filles et 1 515 garçons, soit un sex-ratio de 1,05. Les analyses s'appuient sur la définition internationale du surpoids et de l'obésité de l'enfant [1] élaborée par le *Child Obesity Working Group* de l'*International Obesity Task Force* (IOTF, groupe de travail sous l'égide de l'OMS), et qui détermine des valeurs seuils de l'IMC par sexe. Les proportions d'élèves en surpoids présentées ici sont exprimées en fonction du nombre d'élèves examinés. Une courbe de tendance linéaire a été utilisée, associée à son coefficient de détermination R^2 (nombre compris entre 0 et 1 qui indique à quel point les valeurs estimées pour la courbe de tendance correspondent aux données réelles). Une description infrarégionale de la proportion de surpoids tous sexes confondus a été effectuée selon le découpage administratif en 19 micro-régions (INSEE, 1994) [2].

GRAPHIQUES 3 ET 4

Évolution de la proportion d'élèves de CE2 en surpoids et en situation d'obésité entre 1996-1998 et 2013-2014

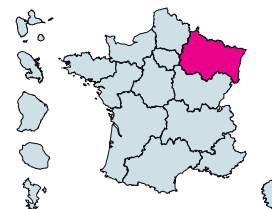


Source • Bilans infirmiers menés par les inspections académiques ; exploitation ORS Corse.

Références

- [1] Cole J, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH, 2000, "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey", *BMJ*, ; 320:1240-1243, May.
[2] INSEE et Direction régionale de Corse (Ajaccio), 1994, *La Corse et ses micro-régions : un puzzle en 19 pièces*, Ajaccio : INSEE.

Grand Est



Contexte démographique

Avec plus de 5,5 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Grand Est est la 6^e région la plus peuplée sur les 17 régions que compte la France. Sa densité de 96,7 habitants au km², proche de la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 11^e rang des régions françaises.

Par rapport à l'ensemble de la France, la population de la région Grand Est se distingue par une plus forte représentation des personnes âgées de 45 à 59 ans et par une plus faible proportion de moins de 15 ans (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans), égal à 73,6, est proche de la moyenne nationale qui s'élève à 72,2, situant la région à un rang intermédiaire (9^e rang).

► Un vieillissement rapide de la population

La croissance démographique de la région, égale à 0,1 % par an en moyenne au cours de la période 2008-2013, est l'une des plus faibles de France (+ 0,5 % par an) avec la Bourgogne - Franche-Comté et les Hauts-de-France, mais

devant la Guadeloupe et la Martinique. Cette faible croissance est liée au solde migratoire négatif (- 0,2 % par an) alors que le solde naturel, égal à 0,3 % par an, est proche de la moyenne nationale (+ 0,4 % par an).

Le vieillissement de la population est plus rapide que dans l'ensemble de la France. En effet, entre 2008 et 2013, d'une part, la population des moins de 20 ans a diminué de 0,4 %, (alors qu'elle a augmenté de 0,1 % en France) et, d'autre part, la population âgée de 75 ans ou plus a augmenté un peu plus rapidement que dans l'ensemble de la France (2,0 % contre 1,8 %).

► Une fécondité parmi les plus basses de France

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,82 enfant par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. La région se place ainsi parmi celles ayant les indices les plus faibles (15^e rang sur 17).

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, égal à 6,0 ‰, est équivalent à la moyenne nationale, ce qui positionne la région au 6^e rang des régions françaises ayant un taux élevé et au 2^e rang en France métropolitaine.

Contexte social

► Des indicateurs de précarité économique souvent inférieurs à la moyenne nationale

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont inférieurs à la moyenne nationale, mais proches de la moyenne métropolitaine. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 8,2 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 8^e rang des régions françaises. Le taux de bénéficiaires du RSA majoré, égal à 13,2 %, est proche de la moyenne nationale (13,0 %), mais supérieur au taux en France métropolitaine (12,1 %).

Avec un taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) de 2,9 %, légèrement inférieur à la moyenne française (3,1 %), la région se situe parmi celles qui ont un taux faible (13^e position sur 17 régions). Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), égal à 6,6 %, place la région en 10^e position au niveau national et est plus faible que dans l'ensemble de la France (7,5 %). La part de foyers fiscaux non imposés – 48,4 % en 2012 – est proche de la moyenne nationale (48,0 %). La comparaison avec le taux national doit être nuancée par la présence de nombreux frontaliers travaillant au Luxembourg, non soumis à l'impôt sur le revenu en France.

► Une fragilité professionnelle

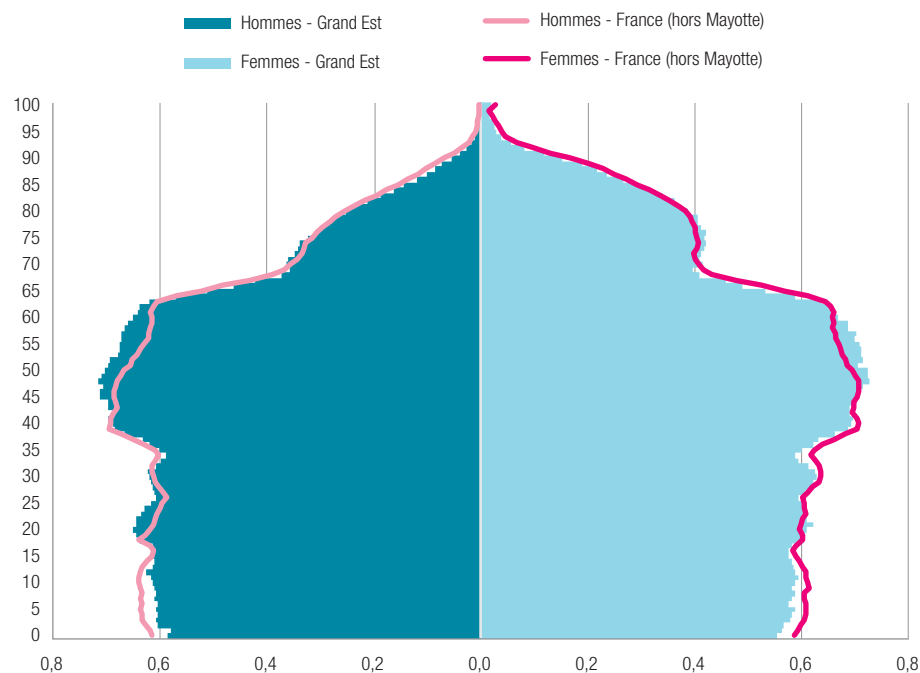
Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)), égal à 10,1 % en 2014, dépasse légèrement la moyenne métropolitaine (9,9 %).

Le marché du travail est fragilisé par la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées, qui est légèrement plus élevée que la moyenne nationale : 15,7 % contre 15,1 %.

La part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant lors du recensement n'être ni en emploi ni au chômage) est supérieure à la moyenne nationale : 10,0 % contre 9,5 %, situant la région à un rang intermédiaire (9^e).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

En 2011-2013, on enregistre 49 230 décès annuels moyens dans la région Grand Est, dont 24 619 chez les hommes et 24 611 chez les femmes.

► Une espérance de vie à la naissance plus faible que dans le reste de la France

Au cours de la période 2011-2013, l'espérance de vie dans la région est égale à 78,0 ans pour les hommes, contre 78,6 ans en France et à 84,2 ans pour les femmes, contre 85,0 ans au niveau national.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie masculine a augmenté plus rapidement qu'en France métropolitaine (+ 8,4 ans contre + 7,6 ans), alors que l'espérance de vie féminine a augmenté au même rythme (+ 6,0 ans). Par conséquent, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'est réduit : il était de 8,6 années en 1982-1984 et il est, en 2011-2013, de 6,2 années. Au niveau métropolitain, les écarts sont de 8,1 années en 1982-1984 et de 6,4 années en 2011-2013.

► Une surmortalité, plus marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire

La région présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus élevés de France métropolitaine. Elle se situe au 12^e rang

des 13 régions, avec une surmortalité de 7,6 % par rapport au niveau métropolitain (942 décès pour 100 000 contre 876 en 2011-2013). La surmortalité régionale est plus importante chez les femmes (+ 9,3 %) que chez les hommes (+ 6,4 %) et elle est plus faible pour la mortalité prématurée avant 65 ans (+ 2,8 %).

La surmortalité par cancers est de 5,0 %, ce qui place la région en 11^e position sur 13 pour les deux sexes réunis (en 12^e position pour les femmes, avec une surmortalité de 5,4 % et en 10^e pour les hommes (+ 5,7 %)). Pour l'ensemble des deux sexes, le différentiel avec le niveau métropolitain diminue : il était de 7,5 % en 1982-1984 (graphique 2). Avant 65 ans, la mortalité prématurée par cancers n'est pas significativement différente du niveau métropolitain, alors qu'elle dépassait celui-ci de 9,5 % en 1982-1984.

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité par cancers les plus élevés sont observés dans l'est des Ardennes et autour de Saint-Dizier (carte 1). Les taux les plus faibles concernent Chaumont et ses environs, ainsi que le sud-est des Vosges et du Haut-Rhin.

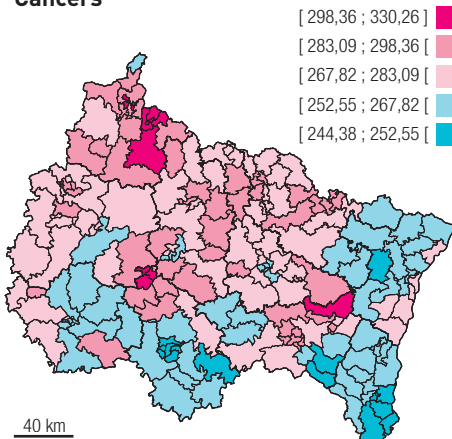
La surmortalité est plus marquée pour les maladies cardio-vasculaires : le différentiel avec le niveau métropolitain est de + 9,3 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place la région au 11^e rang des régions métropolitaines pour les femmes et au 10^e rang pour les hommes. Toutefois, la surmortalité tous sexes confondus s'est réduite depuis trente ans (graphique 2). Elle

était égale à + 16,0 % en 1982-1984. La surmortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires (+ 8,4 % par rapport à la France pour les deux sexes en 2011-2013) est plus faible que pour tous les âges confondus, mais elle est plus élevée chez les femmes (+ 15,2 %).

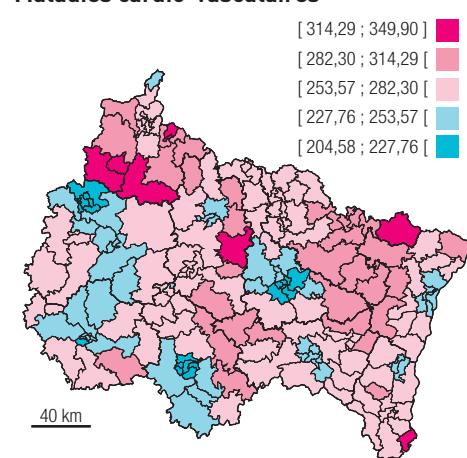
Au niveau des cantons, au cours de la période 2006-2013, la mortalité par maladies cardio-vasculaires est particulièrement élevée dans le sud des Ardennes, ainsi que dans l'est de la Moselle et l'ouest du Bas-Rhin (carte 2). Les niveaux de mortalité les plus bas sont observés dans les zones urbaines, particulièrement celles de Nancy, de Reims et de Chaumont.

CARTES 1 ET 2 Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

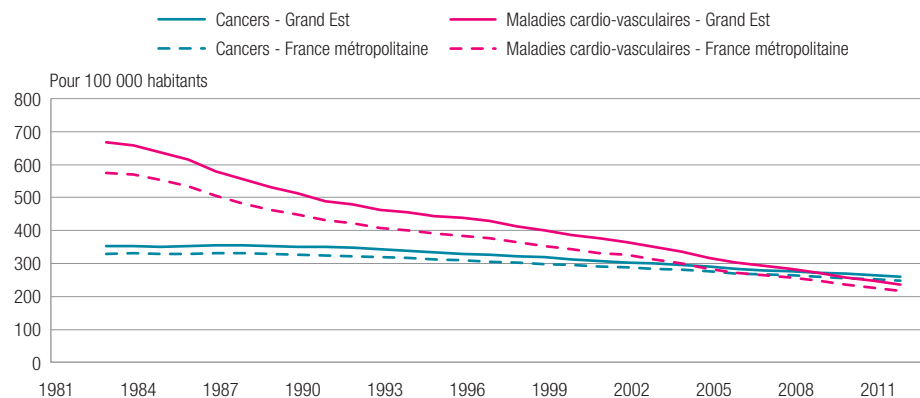


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Grand Est (suite)

Alcool et tabac : des déterminants forts

► Une mortalité proche de la moyenne nationale pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, la région Grand Est compte près de 1 700 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, dont 1 295 pour les hommes et 404 pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont diminué de 26,2 %, soit un rythme proche de la baisse nationale (- 25,8 %). Malgré une évolution plus favorable pour les hommes (- 30,7 %) que pour les femmes (- 14,0 %), la mortalité masculine reste près de 4 fois supérieure à la mortalité féminine.

Les deux sexes confondus, la diminution est plus importante pour les cancers des VADS (- 28,3 %) et les cirrhoses du foie (- 26,8 %) que pour les psychoses alcooliques (- 17,4 %).

Quelle que soit la pathologie, la mortalité dans la région Grand Est n'est pas significativement différente de la moyenne nationale, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La région se situe au 11^e rang sur 17 pour la mortalité des

trois pathologies regroupées, ainsi que pour la mortalité par cancers des VADS et par cirrhoses du foie. Elle occupe la 7^e position en ce qui concerne les psychoses alcooliques.

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, la mortalité pour l'ensemble de ces trois pathologies est particulièrement élevée dans le nord des Ardennes, ainsi qu'à Verdun et Épernay, alors qu'elle est beaucoup plus faible dans le nord du Bas-Rhin, le sud du Haut-Rhin, le nord-ouest de la Meuse et à Longwy (carte 3).

► Une mortalité très élevée concernant les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 8 174 décès sont dénombrés chaque année en moyenne dans la région Grand Est, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers de ces décès concernent les hommes et un tiers les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 22,6 % dans la région, soit un peu plus que dans l'ensemble de la France (- 20,9 %).

Au niveau régional, la baisse est plus marquée chez les hommes (- 24,9 %) que chez les femmes (- 19,9 %). Cette baisse est également plus forte chez les hommes de la région qu'au

niveau national (- 22,3 %). Comme dans le reste de la France, la diminution de la mortalité par cardiopathies ischémiques (- 39,4 % dans la région pour les deux sexes réunis) est plus importante qu'en ce qui concerne la BPCO (- 8,4 %) ou le cancer du poumon (- 5,7 %). Pour cette dernière pathologie, la mortalité augmente de 30,9 % chez les femmes, alors qu'elle baisse de 15,2 % chez les hommes, valeurs supérieures aux évolutions nationales. Malgré ces évolutions, la mortalité masculine reste près de 4 fois supérieure à la mortalité féminine.

En 2011-2013, la région Grand Est occupe la 2^e place des régions françaises pour sa mortalité en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La surmortalité est égale à 16,9 % par rapport au niveau national pour l'ensemble de ces trois pathologies et elle atteint 40,6 % pour la BPCO. Cette dernière pathologie serait dépistée de façon plus systématique qu'ailleurs par des médecins mieux sensibilisés dans les anciens bassins miniers.

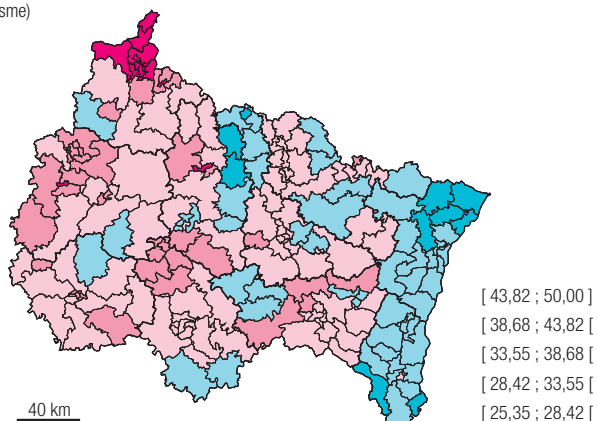
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés dans le sud de la région, particulièrement dans la Marne, l'Aube, le sud de la Haute-Marne, le centre des Vosges et autour de Nancy (carte 4). Ils le sont beaucoup plus dans le nord de la région, particulièrement dans le nord-est des Ardennes, le nord de la Meurthe-et-Moselle, dans le bassin houiller et autour de Saint-Dizier.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

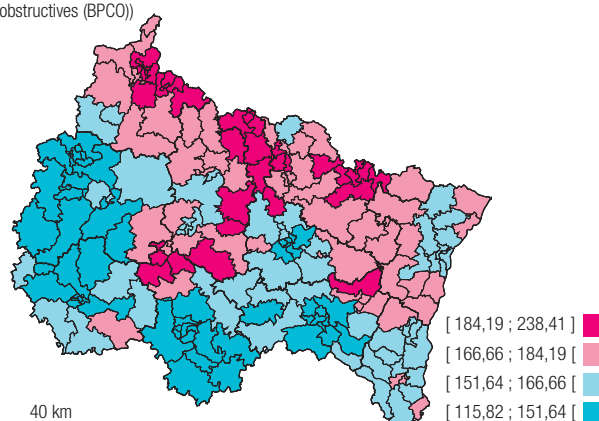
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé d'Alsace, Observatoire régional de la santé et des affaires sociales de Lorraine

Cancers du poumon et du sein

Au cours de la période 2006-2013, le cancer, avec en moyenne 14 233 décès par an, est la première cause de mortalité dans la région (29,6 % de la totalité des décès) devant les maladies de l'appareil circulatoire. Le taux standardisé de mortalité par cancers est de 283 décès pour 100 000 habitants, soit 7 % de plus qu'au niveau national.

► Une forte mortalité masculine par cancers du poumon

Les pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque entraînent une mortalité très élevée dans la région. Les cancers du poumon, qui touchent particulièrement les hommes, représentent 35,6 % de ces décès. Ils constituent la première cause de décès par cancers chez les hommes, avec 2 185 décès par an en moyenne entre 2006 et 2013, ce qui représente 100 décès pour 100 000 hommes, soit 14 % de plus qu'au niveau national.

Dans la région, la mortalité par cancers du poumon est particulièrement élevée au nord-est des Ardennes, et dans les bassins de Briey et de Longwy (carte 5). Elle est plus faible au sud-est de la Haute-Marne, des Vosges et du Haut-Rhin et à l'ouest du Bas-Rhin.

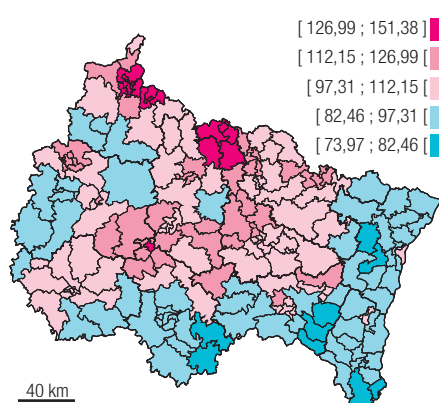
Entre les périodes 1982-1989 et 2006-2013, cette mortalité a diminué plus fortement dans la région Grand Est (- 22 %) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (- 12 %). Ainsi, la surmortalité est passée de 29 % à 14 %. Chez les femmes, la mortalité est quatre fois plus faible (24 pour 100 000), mais elle a augmenté de 127 %.

Le tabac est le principal facteur de risque du cancer du poumon. Les enquêtes Baromètre santé 2005 et 2010 montraient que, par rapport à la France, la prévalence de l'usage quotidien de tabac était plus importante en Lorraine et plus faible en Alsace pour les deux sexes. En 2014, la région Grand Est présente la prévalence de tabagisme quotidien la plus élevée de Métropole (cf. fiche consommation de tabac). Certaines expositions professionnelles favorisent également le développement de ce cancer. Il s'agit en particulier du travail dans les mines de fer, comme c'était le cas dans le bassin de Briey et de Longwy jusqu'en 1995, et dans l'industrie sidérurgique, qui était surtout présente dans le nord de la Meurthe-et-Moselle et dans l'ouest de la Moselle. L'exposition au radon, à l'amiante et aux

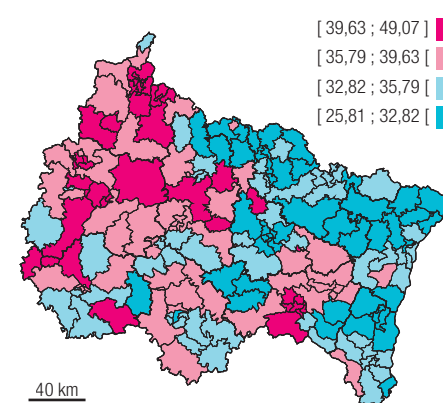
CARTES 5 ET 6

Taux standardisés* de mortalité en 2006-2013 par cantons

Cancers du poumon chez les hommes



Cancers du sein chez les femmes



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

polluants atmosphériques fait également partie des facteurs de risque connus. Leurs concentrations ne semblent toutefois pas plus élevées dans les territoires concernés par des taux de mortalité par cancers du poumon plus importants.

Il est difficile d'établir un lien entre la prévalence du cancer et les facteurs de risque présents sur un territoire, dans la mesure où le déclenchement de la maladie est souvent multifactoriel et où elle apparaît après plusieurs décennies d'exposition.

► Une mortalité féminine par cancers du sein proche du niveau national

Les cancers du sein représentent la première cause de décès par cancers chez les femmes avec 998 décès par an en moyenne au cours de la période 1998-2013, soit 35 décès pour 100 000 femmes, comme dans l'ensemble de la France.

La mortalité est particulièrement élevée dans l'ouest de la région, de Romilly-sur-Seine à Charleville-Mézières, ainsi qu'à Épinal et ses alentours (carte 6). Elle est plus faible dans le nord-est de la région, de Longwy à Strasbourg, à Nancy et Colmar et leurs alentours ainsi que dans l'ouest des Vosges.

Entre les périodes 1982-1989 et 2006-2013, la mortalité a diminué presque aussi fortement dans la région (- 14 %) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (- 15 %).

Les principaux facteurs de risque du cancer du sein sont les antécédents familiaux et les prédispositions génétiques, la consommation de tabac ou d'alcool et le surpoids et l'obésité. L'étude sur la cohorte E3N (Étude épidémiologique auprès de femmes de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN)), menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), montre également une augmentation du risque de cancer du sein due aux traitements hormonaux de la ménopause, au sous-poids à la puberté, à l'âge précoce des règles et à la ménopause tardive. Une première grossesse menée à terme à un âge jeune, en revanche, diminue le risque de développer ce cancer.

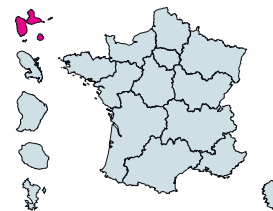
La plupart de ces facteurs de risque sont difficiles à mesurer dans la population générale et leur rôle dans le déclenchement du cancer du sein est également difficile à identifier dans la mesure où les expositions peuvent être multiples. D'après le Baromètre santé 2014, la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool dans la région (10,5 %) est similaire à celle observée au niveau de la France métropolitaine (10 %). Par ailleurs, selon l'étude ObEpi 2012, la prévalence de l'obésité déclarée était plus élevée en Alsace, en Champagne-Ardenne et en Lorraine que dans l'ensemble de la France. ■

Codes retenus (CIM10)

Cancers de la trachée, des bronches et du poumon : C33-C34.

Cancers du sein : C50.

Guadeloupe



Contexte démographique

Avec plus de 402 000 habitants lors du recensement de 2013, la Guadeloupe est l'une des régions les moins peuplées de France (14^e rang sur 17). Néanmoins, sa densité de 246,9 habitants au km², plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 4^e rang des régions françaises ayant une densité élevée.

La population de la Guadeloupe a une structure par âge qui se distingue fortement de celle de la France. La population est marquée par une nette surreprésentation des moins de 20 ans et des 35-60 ans, en particulier chez les femmes et une sous-représentation des 20 à 35 ans et des 60 ans ou plus (graphique 1).

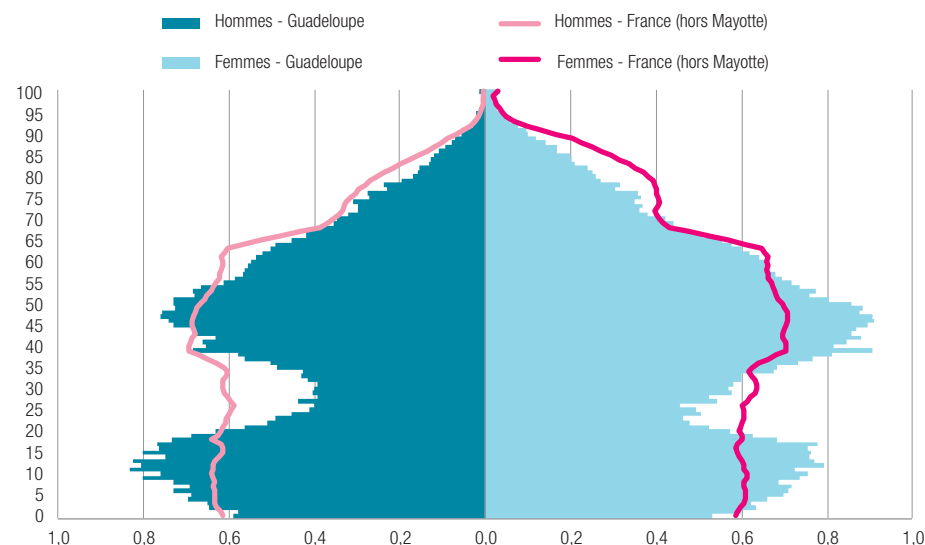
L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est parmi les plus faibles de France : il est de 54,7, pour une moyenne nationale de 72,2, situant la Guadeloupe au 14^e rang avant l'Île-de-France, La Réunion et la Guyane.

► Une croissance démographique en stagnation

Malgré un solde naturel de + 0,6 % par an en moyenne qui figure parmi les plus élevés (4^e rang), la Guadeloupe présente une croissance démographique nulle entre 2008 et 2013. Celle-ci est due à un solde migratoire négatif : - 0,6 % par an.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Au cours de la période 2008-2013, la population des moins de 20 ans diminue de 1,7 % par an en moyenne, cette diminution de la population jeune est l'une des plus importantes après celle de la Martinique. Dans le même temps, la population des 75 ans ou plus s'est accrue de 3,4 % par an, soit le 3^e taux d'accroissement le plus élevé de France. Ces taux d'accroissement se distinguent nettement des valeurs nationales : + 0,1 % pour les moins de 20 ans et + 1,8 % pour les 75 ans ou plus.

► Une fécondité parmi les plus élevées, notamment chez les jeunes

L'indice conjoncturel de fécondité est de 2,06 enfants par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région parmi celles qui ont des taux élevés (3^e rang sur 17).

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 12,4 ‰ ; il est deux fois supérieur à la moyenne nationale (6,0 ‰) et figure parmi les taux les plus élevés (4^e rang). La Guadeloupe présente néanmoins le taux le plus faible des régions d'outre-mer.

Contexte social

À l'image des autres régions d'outre-mer, la Guadeloupe compte des taux d'allocataires de prestations sociales parmi les plus élevés observés au niveau national. Les allocataires du

revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 28,6 % des ménages pour un taux national de 8,6 %. Parmi les familles monoparentales, le taux d'allocataires du RSA majoré est de 19,0 % (13,0 % au niveau national). Pour chacune de ces prestations, la Guadeloupe se place au 3^e rang des régions françaises ayant des taux élevés, derrière la Guyane et La Réunion. Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est de 3,9 %, un taux supérieur à la moyenne nationale (3,1 %), plaçant la Guadeloupe au 2^e rang entre la Corse et l'Occitanie.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est très élevé : 26,1 %, pour une moyenne nationale de 7,5 %. Avec ce taux élevé, la Guadeloupe se place au 3^e rang des régions françaises, derrière La Réunion et la Guyane.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 72,4 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Guadeloupe se place au 3^e rang des régions ayant une part de foyers fiscaux non imposés élevée, après La Réunion et la Guyane.

► Une fragilité professionnelle

Une des caractéristiques sociales de la Guadeloupe concerne également la fragilité professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est le 2^e taux le plus élevé en France, après La Réunion. Il concerne 23,7 % des actifs contre 9,9 % au niveau métropolitain.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant lors du recensement n'être ni en emploi ni au chômage, est supérieure à la moyenne nationale : 14,0 % contre 9,5 %, situant la Guadeloupe au 4^e rang des régions françaises ayant une part élevée après la Guyane, La Réunion et la Corse.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées, est également supérieure à la moyenne nationale : 22,0 % contre 15,1 %. Elle est l'une des plus faibles des régions ultramarines, mais reste élevée comparée aux autres régions françaises (4^e rang).

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 2 900 décès annuels moyens sont enregistrés en Guadeloupe en 2011-2013 : 1 555 chez les hommes et 1 337 chez les femmes.

► 76,7 années d'espérance de vie pour les hommes et 84,4 années pour les femmes

L'espérance de vie est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes, pour lesquels l'écart à la valeur nationale est le plus marqué, et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les gains d'espérance de vie ont été similaires entre les hommes et les femmes : + 1,5 an. Ce gain est moindre que celui observé au niveau national : + 2,8 années chez les hommes et + 2,0 années chez les femmes.

En Guadeloupe, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est resté stable entre 2001-2003 et 2011-2013, avec 7,7 années de différence. Cet écart est plus important que ceux observés au niveau national : 7,3 années en 2001-2003 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires élevée

La Guadeloupe présente des taux standardisés de mortalité toutes causes qui ne se distinguent pas significativement de la valeur nationale en 2011-2013. Elle se situe au 8^e rang des 17 régions pour les hommes et au 10^e rang pour les femmes. Néanmoins, elle présente une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) élevée et occupe le 3^e rang, aussi bien pour les hommes que pour les

femmes. Elle se place ainsi derrière les Hauts-de-France et la Guyane.

La sous-mortalité est très nette pour les cancers : le différentiel avec le niveau national est de - 20,0 % en 2011-2013, les deux sexes confondus, plaçant la Guadeloupe au 2^e rang des régions françaises. Ce différentiel est resté stable durant les dix dernières années : - 19,8 % en 2001-2003 (graphique 2). La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est légèrement plus marquée que celle observée tous âges confondus : - 28,9 % contre - 21,0 %. Pour les femmes, la situation est inverse, elle est de l'ordre de - 17,6 % tous âges confondus pour - 14,3 % chez les moins de 65 ans.

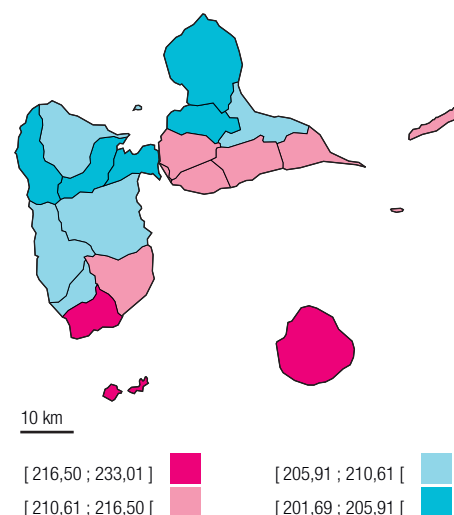
La mortalité par maladies cardio-vasculaires est comparable à celle observée au niveau national. Le différentiel avec le niveau national déjà faible en 2001-2003 (- 2,6 %) s'est réduit et est quasi nul en 2011-2013 (- 0,5 %). Entre 2001-2003 et 2011-2013, la baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire est proche de celle observée en France : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 31,0 % en Guadeloupe pour - 32,5 % au niveau national (graphique 2). La baisse a été plus importante chez les femmes (- 36,1 %) que chez les hommes (- 25,1 %). La situation est moins favorable pour la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires pour laquelle la Guadeloupe présente un taux supérieur à la moyenne nationale. Elle se place au 14^e rang des régions françaises. Cette surmortalité est davantage marquée chez les femmes pour lesquelles le différentiel avec le niveau national est de + 60,2 %, pour + 37,4 % chez les hommes.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers à Marie-Galante, Les Saintes, dans les cantons

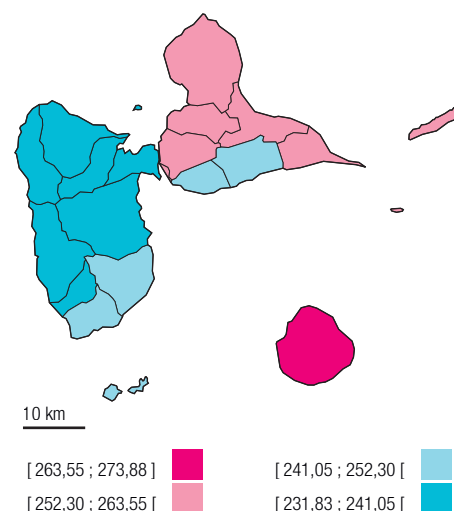
de la pointe sud de Basse-Terre et dans la moitié sud de Grande-Terre. Une mortalité plus faible est observée sur la moitié nord de Basse-Terre et Grande-Terre (carte 1). Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on observe des taux de mortalité plus bas à Basse-Terre, alors que les cantons du nord et de l'est de Grande-Terre et Marie-Galante présentent des taux plus élevés (carte 2).

CARTES 1 ET 2 Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

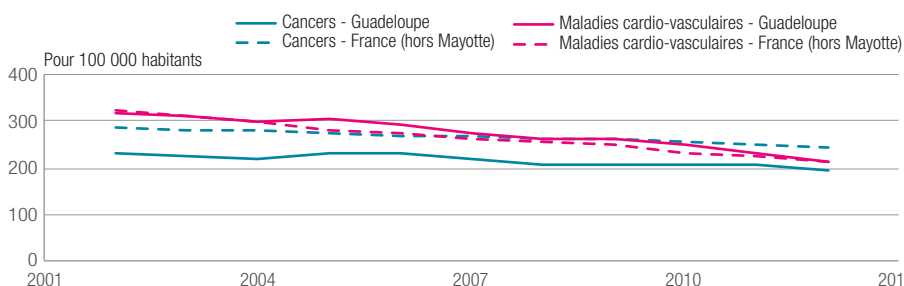
Cancers



Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2 Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 2001-2003 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Source • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Guadeloupe (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Un recul de la mortalité plus important qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, en Guadeloupe, on dénombre près de 110 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 88 concernent des hommes et 20 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 33,0 % en Guadeloupe, alors que ce recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée pour les hommes

(- 29,4 %), mais elle n'est pas significative pour les femmes. Une baisse de la mortalité est également relevée pour les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus, alors que la mortalité par cancers des VADS et celle par psychoses alcooliques ou alcoolisme sont restées stables.

En 2011-2013, en Guadeloupe, la mortalité pour ces pathologies ne se distingue pas de la moyenne nationale, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le constat est similaire pour les décès par cancers des VADS et par cirrhoses du foie. La situation est moins favorable pour les décès par psychoses alcooliques et alcoolisme : avec un différentiel de 81,1 %, le taux standardisé de mortalité est l'un des plus élevés, plaçant la Guadeloupe au 16^e rang des régions françaises, avant La Réunion.

Entre 2006 et 2013, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée à Marie-Galante, Les Saintes et sur le littoral ouest de Basse-Terre. Les cantons de

Grande-Terre se caractérisent par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies (carte 3).

► Une sous-mortalité en regard de la moyenne nationale pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 165 décès annuels moyens sont dénombrés en Guadeloupe, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important : 98 concernent les hommes et 67 les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 22,1 % en Guadeloupe, comme au niveau de la France (-20,9 %). À la même période, les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon et par cardiopathies ischémiques ont enregistré des baisses non significatives. La mortalité par BPCO, tous sexes confondus, est restée stable.

En Guadeloupe, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 63,1 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. Celle-ci est retrouvée pour chacune des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque et pour chacun des sexes. La région se place à un niveau favorable parmi les 17 régions : 2^e rang pour la mortalité par BPCO et 3^e rang pour la mortalité par cardiopathies ischémiques. Pour la mortalité par cancers du poumon, elle présente le taux le plus faible des régions françaises.

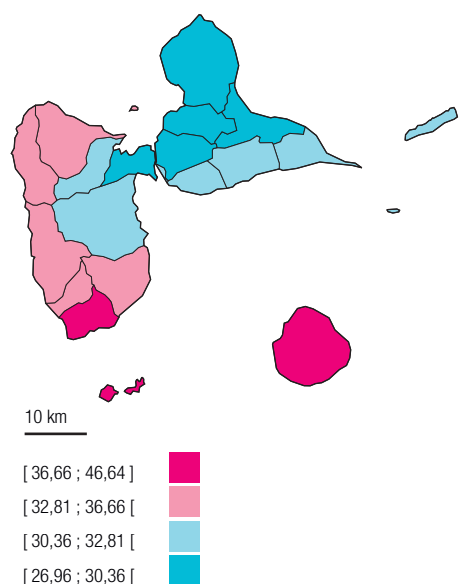
En 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés sur une large partie est de Basse-Terre, Les Saintes et Marie-Galante. Les cantons de Grande-Terre et La Désirade présentent des taux de mortalité plus élevés (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

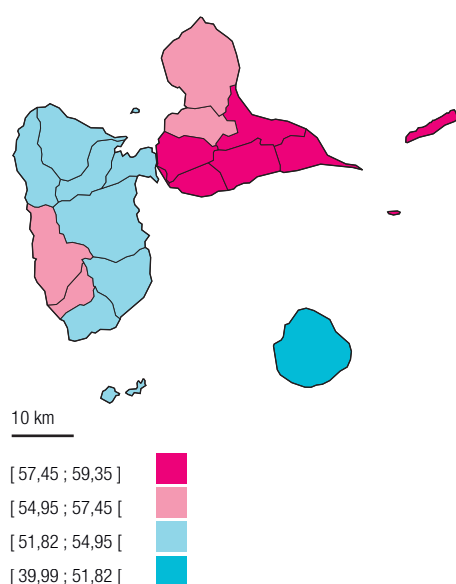
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Guadeloupe

Surpoids et obésité

► L'enquête Kannari

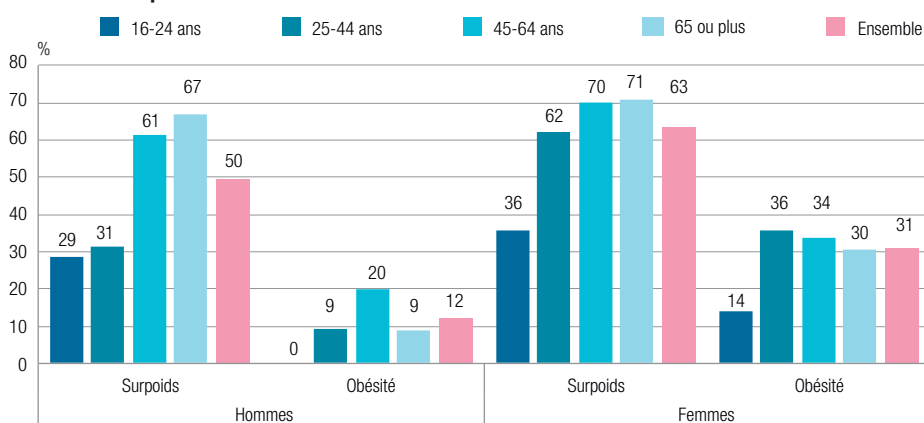
L'enquête Kannari est une enquête réalisée en 2013 dans le cadre d'un partenariat entre l'InVS (Institut de veille sanitaire), l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation de l'environnement et du travail), les ARS (agences régionales de santé) et les ORS (observatoires régionaux de santé) de Guadeloupe et de Martinique et l'INSEE. Elle a été conduite en population générale, auprès de deux échantillons de personnes âgées de 3 ans ou plus résidant respectivement en Guadeloupe et en Martinique. L'un des objectifs est de décrire les évolutions de l'état de santé des populations martiniquaises et guadeloupéennes en termes de surpoids, obésité et autres maladies d'intérêt telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'asthme.

► Un Guadeloupéen sur deux est en surpoids, un sur quatre est obèse

Le surpoids et l'obésité demeurent très élevés dans la région. L'enquête Kannari a concerné en Guadeloupe, 805 personnes âgées de 16 ans ou plus. Ces dernières ont été interrogées, pesées et mesurées à leur domicile. L'enquête Kannari permet de décrire l'excès de masse grasse au sein de la population guadeloupéenne adulte de 16 ans à l'aide de deux indicateurs : la prévalence du surpoids et de l'obésité mesurée grâce à l'indice de masse corporelle (IMC) et l'obésité abdominale mesurée avec le tour de taille [1, 2].

GRAPHIQUE 3

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge et le sexe chez les adultes âgés de 16 ans ou plus



Champ • Guadeloupe, population âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête Kannari 2013 (InVS, ANSES, ARS et ORS Guadeloupe et Martinique, INSEE) ; exploitation ORS Guadeloupe.

La prévalence du surpoids s'établit à 57 % et celle de l'obésité à 23 % parmi les Guadeloupéens âgés de 16 ans ou plus.

La prévalence du surpoids varie selon le sexe, l'âge et le niveau de diplôme. Les femmes sont plus touchées que les hommes (63 % contre 50 %), l'écart observé est dû au fait qu'elles sont plus fréquemment obèses (31 % des femmes et 12 % des hommes). Par ailleurs, plus l'âge augmente, plus la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente. Un niveau de diplôme peu élevé est associé à une probabilité de surpoids plus grande.

► L'obésité abdominale concerne six adultes sur dix

En Guadeloupe, l'obésité abdominale (selon la norme IDF (*International Diabetes Federation*), cf. l'encadré Références) concerne six adultes sur dix. Sa prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (79 % contre 37 %) et augmente avec l'âge.

Quel que soit le critère de mesure de l'excès de masse grasse, l'analyse a montré une forte augmentation du surpoids et de l'obésité abdominale à partir de 25 ans chez les femmes. Chez les hommes, l'augmentation est plus tardive et se produit vers 45 ans.

Près de la moitié des Guadeloupéens sont exposés à un risque accru de diabète de type 2 et de maladies cardio-vasculaires, car ils sont en situation à la fois de surpoids et d'obésité abdominale. Les femmes cumulent plus souvent que les hommes ces deux facteurs de risque. Un habitant de la Guadeloupe sur dix a une corpulence

normale, mais présente une obésité abdominale, et de ce fait, un risque accru de développer un diabète ou une maladie cardio-vasculaire.

► Évolution depuis 2005

L'enquête Calbas [3], bien que non directement comparable car limitée à la population du sud de la Basse-Terre, rapportait qu'en 2005, 40 % de cette population était en surpoids. Des constats similaires étaient posés : un écart femmes-hommes marqué (47 % de femmes en surpoids dont 21 % en obésité et 34 % d'hommes en surpoids dont 10 % en obésité) et une augmentation du surpoids avec l'âge (principalement chez les plus de 40 ans).

L'enquête Kannari, réalisée également en Martinique, indique des prévalences de surpoids similaires à celles de la Guadeloupe pour les femmes, mais une obésité supérieure chez les hommes résidant en Martinique (cf. fiche Martinique).

Pour lutter plus efficacement contre le surpoids et l'obésité, outre la prévention orientée vers l'alimentation et l'activité physique, des réflexions sont engagées sur le rôle de la perception que les Guadeloupéens ont de leur corpulence et sur la place du diagnostic posé par les professionnels de santé sur l'excès de masse de leur patientèle. ■

Références

IMC : Indice de masse corporelle ; il se calcule par le poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré.

Surpoids : IMC \geq 25,0 kg/m² (norme OMS).

Obésité : IMC \geq 30,0 kg/m² (norme OMS).

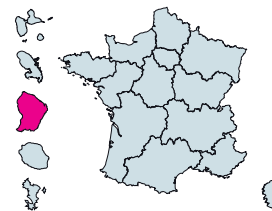
Obésité abdominale : tour de taille supérieur à 94 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme (norme IDF (*International Diabetes Federation*)).

[1] ORSaG, 2016. Surcharge pondérale et obésité abdominale en Guadeloupe en 2013. Kannari, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles. 24 p, en ligne www.orsag.fr/cat/travaux-orsag/pathologies/surpoids-obsite.html, consulté le 12 septembre 2016.

[2] Yacou C., Cornely V., Neller N., Pitot S., Joubert C., Bateau A., Colard M., Padra I., Pluton J., Merle S., 2015, Surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014, 4^{es} journées interrégionales de veille sanitaire des Antilles-Guyane, session 2B, novembre.

[3] Cornely V., Théodore M., 2007, Hygiène de vie et habitudes alimentaires dans une région de la Guadeloupe : le Sud Basse-Terre en 2005 – Surcharge pondérale, activité physique et habitudes alimentaires. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, 24 p.

Guyane



Contexte démographique

Avec plus de 244 000 habitants lors du recensement de 2013, la Guyane est la région française la moins peuplée. Sa densité de 2,9 habitants au km² pour 103,6 habitants/km² au niveau national est également la plus faible. Néanmoins, cette valeur faible masque une forte disparité spatiale : une majorité de la population est concentrée sur le littoral.

La population de la Guyane est beaucoup plus jeune que celle de la France. Les classes d'âges en deçà de 20 ans sont très largement supérieures à la moyenne nationale (graphique 1). Cette surreprésentation se poursuit dans une moindre mesure jusqu'à 40 ans. À partir de 40 ans, la population de l'ensemble des classes d'âges est inférieure à ce qui est observé au niveau national et décroît fortement ensuite.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le plus faible observé en France : il est de 10,5, pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique

La Guyane est la région française qui a la plus forte croissance démographique : + 2,2 % par an en moyenne au cours de la période

2008-2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Cette croissance démographique est due à un solde naturel très élevé : + 2,4 % par an, soit six fois plus qu'au niveau national (+ 0,4 %). Le solde migratoire est négatif (- 0,2 %) mais reste faible.

Entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté de 1,6 % par an en moyenne. Cette augmentation est la plus importante des régions françaises et se distingue des autres régions d'outre-mer, qui présentent un accroissement négatif. Le taux d'accroissement de la population des 75 ans ou plus est supérieur au niveau national : + 3,2 % par an contre + 1,8 %, mais demeure le plus faible des régions d'outre-mer.

► Une fécondité très élevée notamment chez les jeunes

L'indice conjoncturel de fécondité en Guyane est de 3,60 enfants par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98 ; il est le plus élevé des régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, de 50,0 ‰, est très largement supérieur à la moyenne nationale (6,0 ‰). La Guyane se place au 1^{er} rang des régions françaises et présente un taux deux fois supérieur à La Réunion qui se situe au 2^e rang.

Contexte social

À l'instar des autres régions ultramarines, la Guyane présente des taux d'allocataires de prestations sociales parmi les plus élevés observés au niveau national (excepté pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH)). Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 32,9 % des ménages (8,6 % au niveau national), plaçant la région au 2^e rang après La Réunion. Avec un taux d'allocataires du RSA majoré de 37,0 % parmi les familles monoparentales (13,0 % au niveau national), la Guyane présente le taux le plus élevé de France. Le taux d'allocataires de l'AAH est de 1,6 %, soit deux fois inférieur à la moyenne nationale (3,1 %), plaçant la région au 17^e et dernier rang.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est très élevé : 35,9 % pour une moyenne nationale de 7,5 %. Avec ce taux, la Guyane se place au 2^e rang des régions françaises, après La Réunion et avant la Guadeloupe.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 72,8 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Guyane se situe au 2^e rang des régions ayant une part de foyers fiscaux non imposés élevée, après La Réunion.

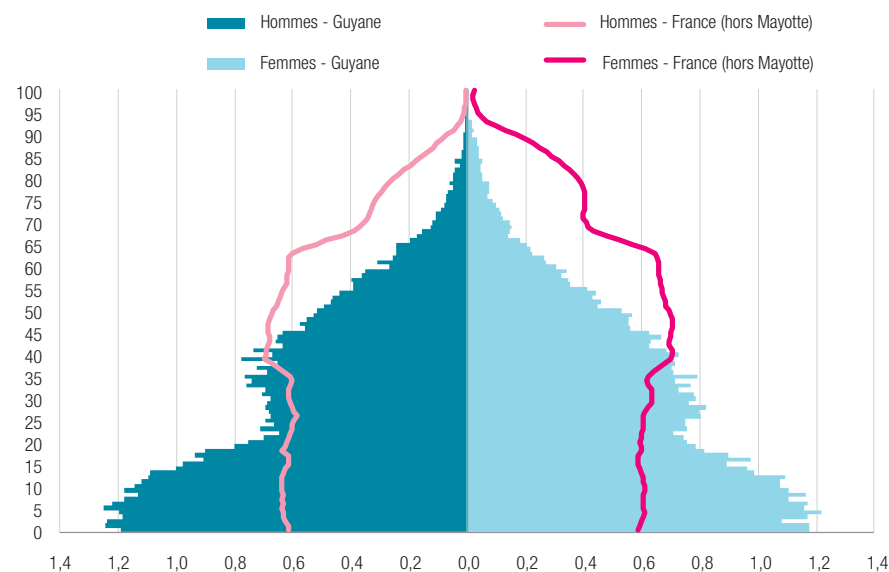
► Une fragilité professionnelle

Une des caractéristiques sociales de la Guyane se situe également au niveau de la fragilité professionnelle de la population. Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est le 3^e taux le plus élevé en France : il concerne 22,3 % des actifs contre 9,9 % au niveau métropolitain.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, est nettement supérieure à la moyenne nationale : 25,7 % contre 9,5 %. La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est de 51,9 %, soit plus de trois fois supérieure à la moyenne nationale (15,1 %). La Guyane se distingue très nettement des autres régions d'outre-mer et occupe le 1^{er} rang des régions présentant des parts élevées d'inactifs et de personnes de 25-34 ans peu ou pas diplômées.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 750 décès annuels moyens sont enregistrés en Guyane en 2011-2013 : 451 chez les hommes et 303 chez les femmes.

► Une espérance de vie de 76,3 années pour les hommes et de 82,8 années pour les femmes

L'espérance de vie en Guyane est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, elle a gagné 2,6 années chez les hommes et 1,6 année chez les femmes. Ce gain est moindre que celui observé au niveau national : + 2,8 années chez les hommes et + 2,0 années chez les femmes.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est réduit : de 7,5 années en 2001-2003, il est passé à 6,5 années en 2011-2013. Ces écarts sont proches de ceux observés au niveau national : 7,3 années en 2001-2003 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une mortalité par maladies cardio-vasculaires en diminution, notamment chez les moins de 65 ans

En Guyane, le taux standardisé de mortalité toutes causes ne se distingue pas significativement du taux national, situant la région au 11^e rang des régions ayant un taux élevé pour les hommes et au 16^e rang pour les femmes,

en 2011-2013. En revanche, la Guyane présente une surmortalité prématurée (décès avant 65 ans) et occupe le 2^e rang juste après les Hauts-de-France.

La sous-mortalité est très marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau national est de - 23,9 % en 2011-2013, les deux sexes confondus, plaçant la Guyane au 1^{er} rang des régions avec la mortalité par cancers la plus faible. Ce différentiel a diminué au cours des dix dernières années : il était de - 29,5 % en 2001-2003 (graphique 2). La Guyane présente le taux de mortalité prématurée par cancers le plus faible observé en France. La sous-mortalité prématurée par cancers est plus marquée chez les hommes que chez les femmes : - 45,3 % contre - 34,4 %. Durant les dix dernières années, le différentiel avec le niveau national s'est creusé au bénéfice de la Guyane, notamment pour les femmes : - 13,6 % en 2001-2003 pour - 34,4 % en 2011-2013. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, la Guyane ne se distingue pas de la valeur nationale, que ce soit pour la mortalité tous âges confondus ou pour la mortalité prématurée.

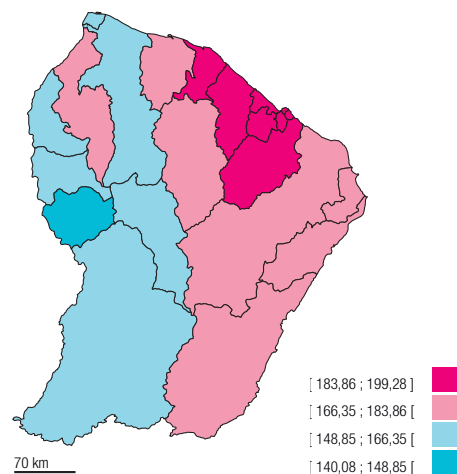
Entre 2001-2003 et 2011-2013, en Guyane, la baisse de la mortalité a été plus marquée pour les maladies cardio-vasculaires pour les deux sexes confondus : - 28,2 % (graphique 2). Ce recul a été plus important chez les moins de 65 ans où le taux standardisé de mortalité tous sexes confondus a diminué de 45,1 %, alors qu'il a diminué de 28,5 % au niveau national. Le différentiel avec le niveau national, élevé en

2001-2003 (+ 88,2 %), s'est réduit de moitié en 2011-2013 (+ 43,8 %).

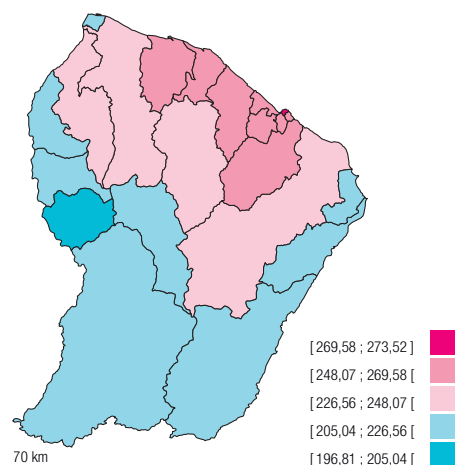
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers sur la partie est de la région, notamment sur les communes du littoral (carte 2). La mortalité par maladies cardio-vasculaires est plus faible dans la partie sud de la région ; elle est plus élevée dans les communes du littoral, notamment à Cayenne.

CARTES 1 ET 2
Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers

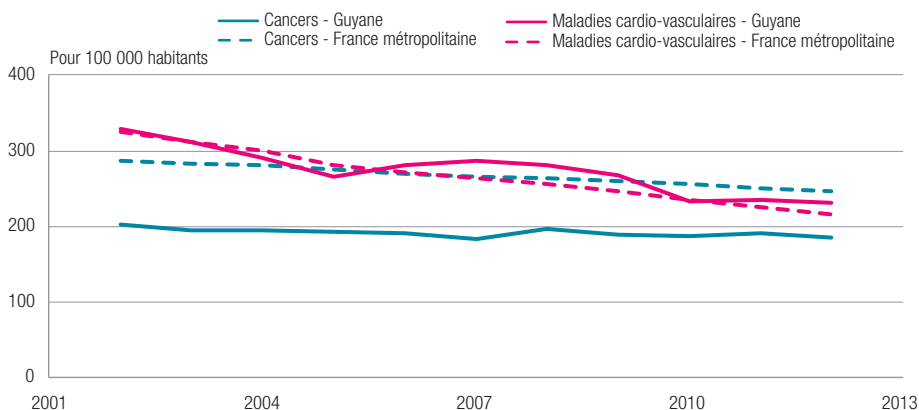


Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Guyane (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité similaire à celle du niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 30 décès annuels moyens sont dénombrés en Guyane pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme). La faiblesse des effectifs ne permet pas d'analyser la mortalité selon le sexe.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces décès est resté stable, de même que pour

la mortalité par cirrhoses du foie. Pour les mortalités par cancers des VADS et par psychoses alcooliques ou alcoolisme, les faibles effectifs ne permettent pas d'apprécier les évolutions.

En Guyane, la mortalité pour ces pathologies est similaire à celle observée au niveau national en 2011-2013. Le constat est similaire pour les décès par cancers des VADS, par cirrhoses du foie, par psychoses alcooliques ou alcoolisme. La faiblesse des effectifs ne permet pas d'analyser la mortalité selon le sexe.

En 2006-2013, une mortalité plus faible pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur la moitié nord de la région, notamment pour quelques communes à l'est et pour les communes autour de Cayenne (carte 3). En raison des faibles effectifs, la carte est à interpréter avec précaution.

► Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 50 décès annuels moyens sont dénombrés en Guyane, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important : 34 concernent les hommes et 14 les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies sont restés stables (baisse non significative) en Guyane, alors qu'un recul de 20,9 % est observé au niveau de la France.

À la même période, les taux standardisés de mortalité pour chacune des causes étudiées sont restés stables, mais comme précédemment ces évolutions sont à interpréter avec prudence.

En 2011-2013, la Guyane enregistre une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 45,7 %) en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La région se place parmi les régions aux taux les plus faibles et occupe le 3^e rang après la Guadeloupe et la Martinique.

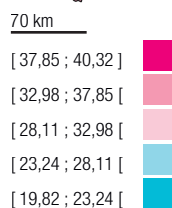
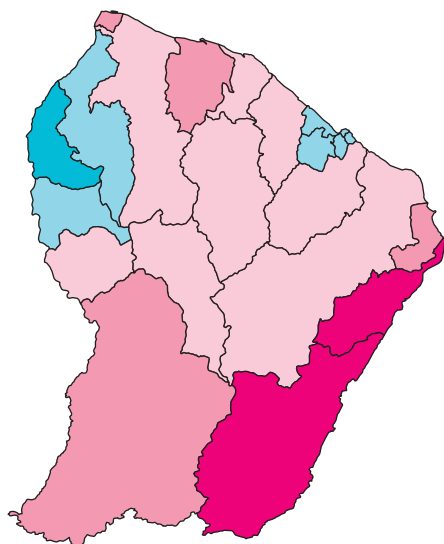
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés sur la moitié est de la région (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

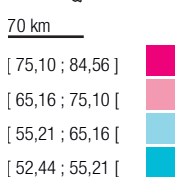
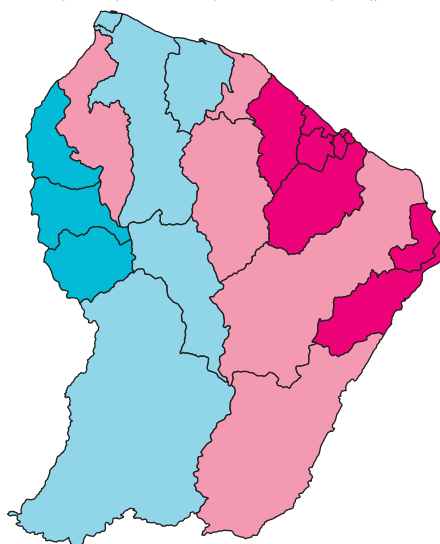
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Guyane – CRISMS

Hypertension artérielle

Aux Antilles et en Guyane, la population se caractérise par un risque plus élevé d'hypertension artérielle (HTA), en raison d'une forte ascendance africaine. L'occidentalisation du mode de vie (notamment la sédentarisation et la modification des habitudes alimentaires) a pour conséquence une augmentation de la prévalence de l'obésité¹ et du diabète qui sont des facteurs de risque connus de l'HTA.

De 2001 à 2012, les maladies de l'appareil circulatoire dites cardio-vasculaires (maladies cérébrovasculaires dont l'accident vasculaire cérébral (AVC), maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques) comptabilisent 268,2 décès pour 100 000 habitants en Guyane, contre 239,8 en France métropolitaine. Elles représentent 19,5 % de la mortalité générale et constituent la première cause de décès en Guyane au cours de cette période. Les parts respectives des décès liés aux maladies cérébrovasculaires et hypertensives dans la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont de 36,0 % et 13,3 % (22,7 % et 5,7 % en France métropolitaine). L'AVC est responsable de 42,5 % des décès par maladies cérébrovasculaires (42,3 % en France métropolitaine).

En outre, d'autres morbidités ayant un lien avec l'HTA (diabète, insuffisance rénale) sont également surreprésentées dans la population générale en Guyane. La prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement en 2013

est de 7,7 %, le taux standardisé de patients hospitalisés pour AVC en 2014, de 297,1 pour 100 000 habitants et l'incidence standardisée de l'insuffisance rénale terminale en 2014, de 357 par million d'habitants (contre respectivement 4,7 %, 167,9 pour 100 000 et 163 par million d'habitants au niveau national). La prévalence de l'obésité (18 % en Guyane contre 15 % au niveau national) ainsi que la mortalité par maladies cardio-vasculaires, plus élevée en Guyane et dans les communes du littoral comme à Cayenne, malgré une prévalence standardisée de personnes traitées par médicament anti-hypertenseur (16,9 % en Guyane contre 18,6 % en France entière, en 2014), présagent d'un impact potentiellement marqué de l'HTA.

Par ailleurs, l'inégale répartition de la population guyanaise, concentrée sur le littoral, est un défi pour l'accès aux soins. Environ 83 % des habitants peuvent accéder aux trois hôpitaux de la région : Saint-Laurent-du-Maroni, Kourou et Cayenne. Ce dernier dispose de l'unique service des urgences équipé pour réaliser des thrombolyse. En dehors du littoral, la population peut se rendre dans les 20 centres délocalisés de prévention et de soins (uniquement primaires) ne disposant pas tous de médecins. En cas d'urgence, un dispositif d'hélicoptère permet de rejoindre le centre hospitalier de Cayenne.

Dans les pays de l'Organisation de développement et de coopération économiques (OCDE), la prise en charge en ambulatoire de l'HTA apparaît comme un marqueur de la qualité des soins primaires et est un des douze leviers contre les hospitalisations évitables. Le décret du 24 juin 2011 a supprimé l'HTA sévère de la liste des affections de longue durée (ALD) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur, ce qui pourrait avoir une incidence sur sa prise en charge. C'est dans ce contexte sanitaire qu'une enquête, ayant pour objectif principal d'estimer la prévalence de l'HTA à l'aide de mesures de pression artérielle, a été réalisée en 2016 à Cayenne.

► 4 habitants de Cayenne sur 10 touchés par l'HTA

La prévalence de l'HTA (pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 mmHg ou pression artérielle diastolique (PAD)) supérieure ou égale à 90 mmHg ou prise déclarée d'un traitement médicamenteux anti-hypertenseur est estimée à 40,6 % soit 176 cas : 45,8 % chez les hommes et 37,4 % chez les femmes. Rapporté à la population de Cayenne de

2014, le nombre de cas est estimé à 22 796. Elle augmente progressivement avec l'âge, passant de 12,2 % entre 18 et 29 ans à 73,7 % entre 60 et 75 ans. Les hommes sont plus hypertendus que les femmes entre 18 et 49 ans, puis la tendance s'inverse à partir de 50 ans (graphique 3). Entre 60 et 75 ans, la prévalence des hypertendus est quasi semblable pour les deux sexes.

► Caractéristiques des hypertendus

Parmi les 176 hypertendus, 77 sont des hommes (43,8 %) et 99 sont des femmes (56,2 %). La moyenne d'âge des hypertendus est de 54,9 ans ; elle est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Plus d'un hypertendu sur deux a un niveau d'études inférieur au lycée (56,2 %). Près des deux tiers des hypertendus sont sédentaires² (69,9 %) et 41,0 % sont obèses.

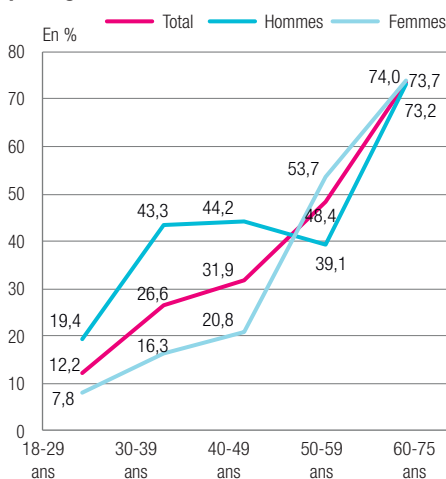
Au sein de la catégorie de personnes ayant des mesures tensionnelles supérieures à la normale avec ou sans traitement (133 sur 176), 62,4 % présentent une hypertension légère (PAS comprise entre 140 et 159 mmHg ou PAD entre 90 et 99 mmHg). L'HTA sévère (PAS ≥ 180 mmHg et PAD ≥ 110 mmHg) concerne 8,3 % de ces hypertendus.

La majorité des hypertendus ont connaissance de leur pathologie, sont traités pharmacologiquement au moment de l'enquête et ont des antécédents familiaux d'HTA (respectivement 63,6 %, 58,5 % et 58,0 %). Parmi les hypertendus traités, moins de la moitié a une pression artérielle contrôlée (39,8 %). Le contrôle de l'HTA est significativement plus fréquent chez les femmes (48,7 %) que chez les hommes (14,8 %). Un hypertendu sur cinq reçoit également un traitement antidiabétique (20,6 %). ■

1. Obésité : IMC ≥ 30,0 kg/m² (norme OMS).

2. Sont considérées comme sédentaires les personnes pratiquant moins d'une heure d'activité physique par semaine (y compris celles qui n'en pratiquent pas du tout).

GRAPHIQUE 3
Prévalence de l'hypertension artérielle par âge selon le sexe en 2016



Champ • Cayenne, population âgée de 18-75 ans.

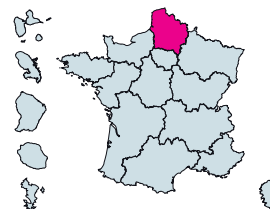
Source • Enquête HTA Cayenne (ORS Guyane).

Enquête HTA

L'enquête a été réalisée à Cayenne par l'Observatoire régional de la santé de Guyane, en partenariat avec l'Institut de formation en soins infirmiers.

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle réalisée en mars 2016, auprès des personnes âgées de 18 à 75 ans et domiciliées à Cayenne, sélectionnées par tirage au sort des voies au sein des 21 îlots regroupés pour l'information statistique (IRIS) de la commune. 434 personnes (169 hommes et 265 femmes) ont accepté de participer à cette enquête avec une moyenne d'âge de 45,9 ans.

Hauts-de-France



Contexte démographique

Avec près de 6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2013, les Hauts-de-France occupent le 3^e rang des régions les plus peuplées de France, après l'Île-de-France et l'Auvergne - Rhône-Alpes. La densité de population enregistrée dans la région (188,2 habitants au km², 5^e rang) est par ailleurs nettement supérieure au niveau national (103,6 hab./km²).

► Une croissance démographique quasi nulle

Entre les recensements de 2008 et 2013, la population des Hauts-de-France a augmenté de 0,2 % par an en moyenne, tandis qu'elle augmentait de 0,5 % par an au niveau national. La région figure ainsi au 13^e rang des régions françaises. Seules les régions Martinique, Guadeloupe, Grand Est et Bourgogne - Franche-Comté ont une croissance démographique plus faible. Freinée par un solde migratoire négatif de - 0,3 % au cours de la période considérée (+ 0,1 % par an au niveau national), la croissance démographique régionale est donc essentiellement portée par le mouvement naturel (+ 0,5 % par an en moyenne contre + 0,4 % en France).

La population de moins de 20 ans a diminué de 0,1 % par an entre le recensement de 2008 et celui de 2013 dans la région (+ 0,1 % au niveau national). Parallèlement, la région enregistre le taux d'accroissement de la population de plus de 75 ans le plus faible de France (+ 1,4 % contre + 1,8 % au niveau national). Avec un indice de vieillissement de 58,8 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, les Hauts-de-France font partie, avec la Guyane, La Réunion, l'Île-de-France et la Guadeloupe, des régions les plus jeunes de France (72,2 au niveau national), se plaçant ainsi au 13^e rang des régions avec le plus fort indice de vieillissement.

En effet, comme l'illustre la pyramide des âges (graphique 1), la part des 0-35 ans dans la région est nettement supérieure au niveau national, contrairement à celle des 65 ans ou plus qui est plus faible dans la région qu'au niveau national.

En 2014, l'indice conjoncturel de fécondité des Hauts-de-France est de 2,05 enfants par femme (1,98 au niveau national). Cet indice situe la région au 5^e rang des régions de France, après 3 des 4 régions d'outre-mer et la région Provence - Alpes - Côte d'Azur. La région Hauts-de-France enregistre par ailleurs en 2014 l'un des plus hauts taux de fécondité des femmes de moins de

20 ans, avec 9,3 naissances pour 1 000 femmes de 12-19 ans (5^e rang), contre 6,0 ‰ en France.

Contexte social

Les indicateurs sociaux des Hauts-de-France témoignent d'une situation sociale dégradée au regard des autres régions de Métropole.

► Une situation économique fragile

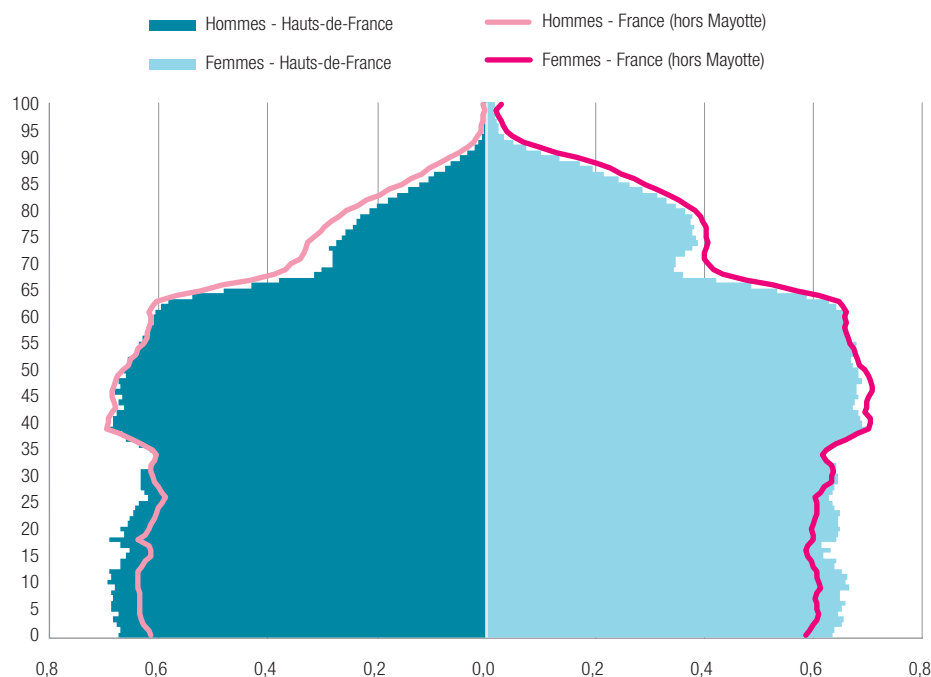
Plus d'un foyer fiscal sur deux (52,9 %) de la région n'est pas imposé sur le revenu en 2012 (48,8 % au niveau national). La région occupe ainsi le 6^e rang des régions avec la proportion de foyers fiscaux non imposés la plus élevée, après les régions ultramarines et la Corse. En 2014, les Hauts-de-France affichent le plus haut taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) de Métropole (12,5 %) et se situent nettement au-dessus de la moyenne métropolitaine (9,9 %). Au recensement de 2013, la part standardisée des inactifs de 25-54 ans est également l'une des plus fortes du pays (12,0 % dans la région contre 9,5 % en France), les Hauts-de-France se classant au 6^e rang des régions de France, également après les régions ultramarines et la Corse. La part des personnes de 25-34 ans pas ou peu diplômées atteint 16,6 % dans les Hauts-de-France, soit une proportion légèrement supérieure au niveau national (15,1 %).

► Des allocataires du RSA nombreux

Les Hauts-de-France présentent le 5^e plus haut taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) toutes catégories confondues (12,1 %), après les régions ultramarines. Ce taux est supérieur de plus de 3 points à la valeur nationale (8,6 %). Par ailleurs, près d'une famille monoparentale sur cinq est allocataire du RSA majoré dans la région (18,2 %, 4^e rang), soit une valeur nettement supérieure au niveau national (13,0 %). Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (3,5 %), bien que supérieur au niveau national (3,1 %), classe la région au 8^e rang des régions de France. En outre, 1 habitant sur 10 dans les Hauts-de-France est bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (10,2 %), ce qui situe la région au 5^e rang après les régions d'outre-mer (7,5 % au niveau national).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Entre 2011 et 2013, près de 54 000 décès annuels moyens sont enregistrés dans les Hauts-de-France, dont environ un quart sont survenus avant l'âge de 65 ans (12 827 décès par an en moyenne).

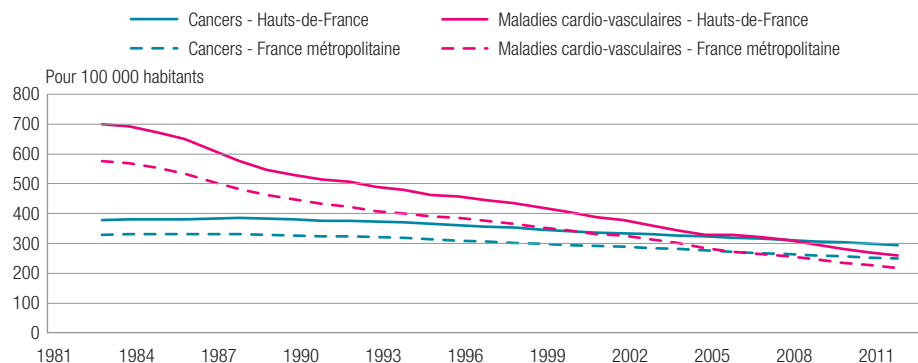
► L'espérance de vie à la naissance la plus faible de Métropole

En 2011-2013, l'espérance de vie à la naissance des hommes de la région est de 75,9 ans, soit 2,7 années de moins qu'en Métropole (78,6 ans). Chez les femmes, l'espérance de vie est inférieure de près de deux ans à la valeur métropolitaine (83,1 ans contre 85,0 ans). Pour les deux sexes, les Hauts-de-France présentent la plus faible espérance de vie de Métropole. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'est réduit au niveau de la région, passant de 8,7 ans à 7,2 ans. L'écart entre les deux sexes demeure plus fort qu'au niveau national où il est passé de 8,1 ans à 6,4 ans en l'espace de trente ans.

La région se classe au dernier rang des régions de Métropole ayant la mortalité générale et prématurée (< 65 ans) la plus faible. La région présente ainsi une surmortalité de 21,0 % par rapport à la Métropole pour toutes les causes de décès, avec une diminution entre 1982-1984 et 2011-2013 du même ordre qu'en Métropole (respectivement - 41,1 % et - 41,7 %). Elle enregistre par ailleurs une surmortalité prématurée de 30,3 % par rapport au niveau métropolitain.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

► Une forte surmortalité par cancers et par maladies de l'appareil circulatoire au regard de la Métropole

En 2011-2013, avec une surmortalité par cancers de 18,2 % au regard de la Métropole, la région Hauts-de-France se situe au dernier rang des régions métropolitaines. Par rapport à la période 1982-1984, la mortalité liée à cette pathologie a diminué de 21,5 % (graphique 2), évolution moins marquée qu'au niveau métropolitain (- 24,0 %). La région affiche la mortalité prématurée par cancers la plus forte de Métropole (surmortalité de 27,1 %). Chez les hommes, la surmortalité prématurée par cancers a nettement progressé entre les deux périodes, passant de 26,3 % à 34,8 % (respectivement de + 12,7 % à + 15,1 % chez les femmes).

La région affiche une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire de 20,2 % par rapport à la Métropole. Malgré une diminution de 62,2 % de la mortalité entre 1982-1984 et 2011-2013 (graphique 2), elle reste la région métropolitaine avec la plus forte surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Entre les deux périodes, la surmortalité prématurée liée à ce type de pathologies s'est accentuée par rapport au niveau métropolitain : elle passe de + 32,4 % en 1982-1984 à + 40,6 % en 2011-2013.

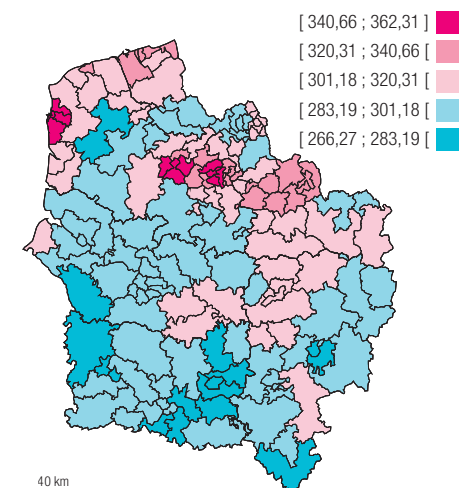
Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, une mortalité élevée par cancers caractérise les alentours de Boulogne-sur-Mer, le Dunkerquois ainsi que l'ancien bassin minier du Nord-Pas-de-Calais (carte 1). Les taux les plus faibles de la région sont relevés dans les

départements picards, notamment dans l'Oise et le sud axonais. Aucun canton de la région ne se situe sous la moyenne métropolitaine pour cette pathologie. La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est particulièrement forte dans les cantons du Pas-de-Calais (carte 2). Dans le Nord, la métropole lilloise et ses alentours font exception en affichant une faible mortalité liée à ces pathologies. Les cantons appartenant aux agglomérations d'Amiens, de Senlis et de Soissons sont les seuls à enregistrer des taux inférieurs à la Métropole.

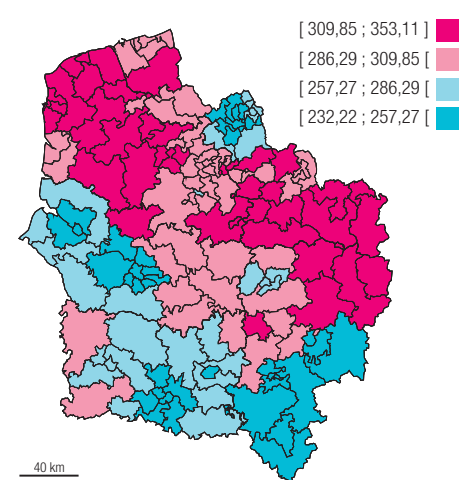
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Hauts-de-France (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité préoccupante pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Au cours de la période 2011-2013, dans les Hauts-de-France, 2 705 décès annuels moyens sont dénombrés pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 2018 concernent les hommes et 687 les femmes. Quel que soit le sexe, la région affiche la plus forte surmortalité par rapport au niveau national (+ 62,1 % chez les hommes et + 84,6 % chez les femmes). Entre 2001-2003 et 2011-2013, la mortalité pour ces pathologies a diminué d'environ un quart dans les Hauts-de-France comme au niveau national.

Par comparaison avec la France, la région présente une surmortalité par cancers des VADS de 58,3 % chez les hommes et de 45,8 % chez les femmes au cours de la période 2011-2013. La surmortalité féminine pour ce type de pathologies a progressé : l'écart par rapport à la France était de 37,0 % en 2001-2003. Chez les hommes, la région affiche une surmortalité de 75,9 % par cirrhoses du foie par rapport au niveau national. Cette proportion a progressé par rapport à la surmortalité enregistrée en 2001-2003 (+ 68,3 %). Chez les femmes, la mortalité par cirrhoses du foie est plus de 2 fois supérieure à la valeur nationale (+ 123,7 %). La région enregistre en 2011-2013 une surmortalité par psychoses alcooliques et alcoolisme de 45,9 % par rapport à la France. Elle se situe ainsi au 13^e rang des régions avec la situation la plus favorable. Chez les femmes, la surmortalité liée à cette pathologie atteint 57,6 % (15^e rang).

Une fracture est observée au niveau infra-régional en 2006-2013 entre les cantons du nord et ceux du sud vis-à-vis de la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque (carte 3). Globalement, l'ensemble des cantons de l'Oise, ainsi que ceux du sud de la Somme et de l'Aisne présentent les taux les plus faibles de la région. Le canton de Senlis est le seul de la région à présenter un taux inférieur au niveau national. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais affichent, quant à eux, des taux supérieurs à la moyenne régionale

dans la plupart des cantons, l'agglomération lilloise faisant exception avec une situation moyenne.

► Une mortalité forte chez les hommes et une évolution défavorable chez les femmes pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

Dans les Hauts-de-France, la mortalité pour les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque représente 15,3 % de l'ensemble des décès enregistrés sur le territoire (20,6 % chez les hommes et 9,7 % chez les femmes). La région affiche une surmortalité de 21,1 % par rapport à la France en 2011-2013 (+ 29,4 % chez les hommes et + 8,9 % chez les femmes). La région présente ainsi le plus haut taux des régions de France chez les hommes et le 5^e plus haut taux chez les femmes. Depuis 2001-2003, la mortalité pour ces pathologies a diminué de 22,0 % dans la région, évolution comparable au niveau national (- 20,9 %).

Avec une surmortalité par cancers du poumon de 15,0 %, les Hauts-de-France se classent au 16^e rang des régions. Seule la Corse connaît une situation plus défavorable. La surmortalité masculine atteint 27,8 % en 2011-2013 (dernier rang des régions de France), mais est en diminution par rapport à 2001-2003 (- 11,3 %).

Chez les femmes, en revanche, la région affiche une sous-mortalité par rapport à la France (- 13,8 %, 6^e rang), tandis que le taux standardisé est en forte progression par rapport à la période 2001-2003 (+ 45,7 %). Cette progression est légèrement plus élevée qu'au niveau national (+ 41,6 %).

Avec une surmortalité par cardiopathies ischémiques de 20,6 % au regard du niveau national, la région est passée du dernier rang des régions de France en 2001-2003 au 14^e rang en 2011-2013. Dans les Hauts-de-France, la mortalité par BPCO représente environ un quart des décès liés à la consommation de tabac. Chez les hommes, la région enregistre une surmortalité de 46,0 % par rapport à la France (16^e rang des régions de France, seule La Réunion connaît une situation plus dégradée), tandis que les taux féminins sont équivalents au niveau national.

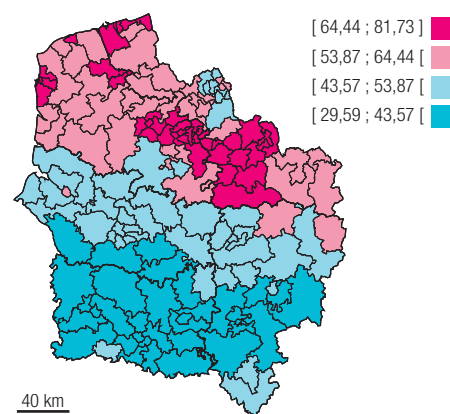
À un niveau géographique plus fin, en 2006-2013, les agglomérations de Calais, de Lens et d'Hénin-Beaumont ainsi que les cantons situés à l'est des départements de la Somme et du Nord présentent une plus forte mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque (carte 4). À l'inverse, l'ouest de la Somme, le sud de l'Oise ainsi que les cantons appartenant aux agglomérations d'Amiens, de Senlis et de Saint-Quentin enregistrent les taux les plus faibles de la région, bien que supérieurs ou équivalents au niveau national.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

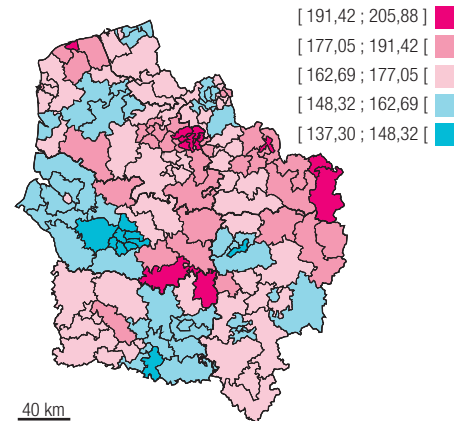
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Suicide

En 2011-2013, environ 10 000 décès par suicide sont enregistrés en moyenne chaque année en France métropolitaine¹. Dans la région Hauts-de-France, 1 144 décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année, davantage chez les hommes (882 décès) que chez les femmes (262 décès). La mortalité par suicide représente 1,8 % de l'ensemble des décès en Métropole et 2,1 % des décès enregistrés dans la région.

► Une diminution de la mortalité par suicide plus soutenue qu'en Métropole

Les Hauts-de-France présentent en 2011-2013 une surmortalité de 28,4 % par rapport au niveau métropolitain. La région se situe ainsi au 4^e rang des régions de Métropole présentant la surmortalité la plus importante, après la Bretagne, les Pays de la Loire et la Normandie.

Par rapport à la période 1982-1984, la mortalité par suicide a diminué de 40,8 % dans les Hauts-de-France contre 36,5 % en Métropole (graphique 3). La mortalité a notamment diminué de moitié chez les femmes de la région (- 49,7 % contre - 44,8 % en Métropole), et de deux cinquièmes chez les hommes (- 40,3 % contre - 35,3 % en Métropole). La surmortalité enregistrée chez les hommes des Hauts-de-France passe donc de 59,0 % en 1982-1984 (2^e rang des régions de France) à 33,5 % en 2011-2013 (3^e rang). Chez les femmes, la surmortalité au

regard de la Métropole a également diminué d'un tiers, passant de + 26,4 % en 1982-1984 (3^e rang) à + 17,8 % en 2011-2013 (4^e rang). Quelle que soit la période considérée, la surmortalité par suicide est nettement plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

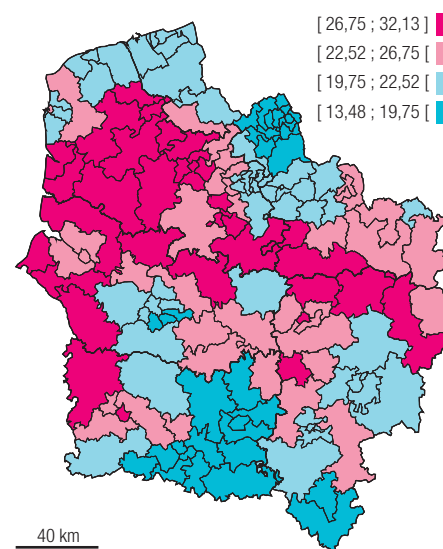
► Une mortalité par suicide plus marquée dans les cantons ruraux et certaines agglomérations

En 2006-2013, la mortalité par suicide n'est pas homogène au sein de la région des Hauts-de-France² (carte 5). En effet, les taux standardisés varient d'un rapport de 1 à 2,5 entre les cantons, avec un minimum enregistré dans le canton de Senlis (13,5 décès par suicide pour 100 000 habitants) et un maximum régional pour le canton d'Auxi-le-Château (32,1). Globalement, la mortalité par suicide est plus faible au sein des grandes agglomérations de la région. Les cantons situés au niveau de Senlis, de Creil, d'Amiens et de Lille affichent pour la plupart des valeurs inférieures à 20 décès par suicide pour 100 000 habitants. La pointe sud de l'Aisne présente également une faible mortalité par suicide.

Inversement, les cantons ruraux du Pas-de-Calais affichent pour la plupart une mortalité supérieure au niveau régional. Dans l'Aisne, les cantons de la Thiérache, ainsi que les cantons limitrophes à Chauny-Tergnier, présentent des valeurs de l'ordre de 20 à 30 décès pour

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé du Nord - Pas-de-Calais, Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

CARTE 5 Taux standardisé* de mortalité par suicide par cantons en 2006-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

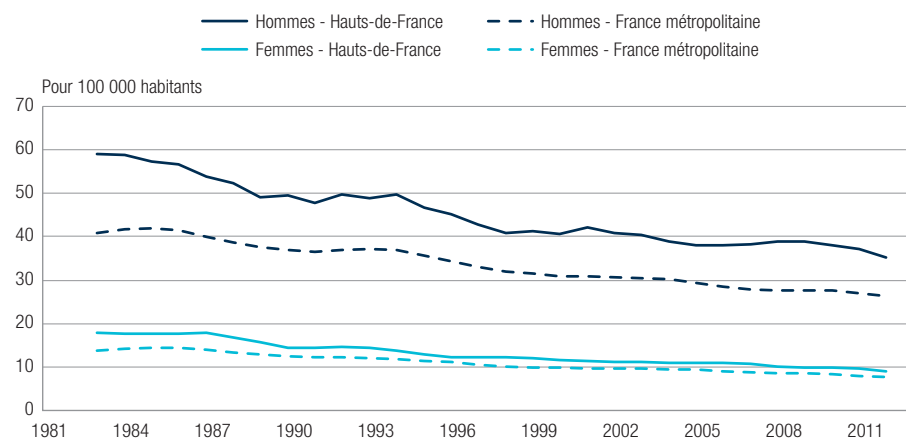
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

100 000 habitants. Il en va de même pour les cantons nordistes frontaliers avec ceux de la Thiérache. Dans l'Oise et la Somme, les cantons limitrophes avec la Seine-Maritime ainsi que ceux du Ponthieu et du nord de l'Amiénois enregistrent également une mortalité par suicide conséquente.

Outre les cantons ruraux, certains cantons situés dans les agglomérations de taille moyenne des Hauts-de-France affichent une mortalité par suicide particulièrement élevée. C'est notamment le cas des alentours d'Arras, de Saint-Quentin et de Beauvais. D'autres agglomérations (Abbeville, Calais, Lens, Dunkerque, Soissons, Laon...) présentent une mortalité par suicide voisine de la moyenne régionale. ■

GRAPHIQUE 3

Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide de 1982-1984 à 2011-2013



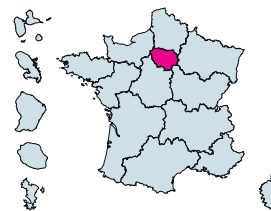
* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

1. Pour en savoir plus sur la mortalité par suicide, se référer à la fiche Suicides et tentatives de suicide.

2. Un certain nombre de décès par suicide ne sont pas connus. Il peut s'agir de personnes décédées ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou de personnes dont l'origine de la mort violente reste indéterminée. Au niveau national, la sous-estimation du nombre de décès par suicide, à partir des certificats de décès, est évaluée à près de 10 % en 2006. Celle-ci varie d'un territoire à l'autre ; les comparaisons territoriales sont donc à interpréter avec précaution.

Île-de-France



Contexte démographique

Avec près de 12 millions d'habitants lors du recensement de 2013, l'Île-de-France est la région française la plus peuplée (18,2 % de la population française). Sa densité de 995,6 habitants au km² est nettement supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²) et arrive loin devant la 2^e région française (Martinique : 341,8 hab./km²) et la 2^e région de Métropole (Hauts-de-France : 188,2 hab./km²).

La population francilienne est plus jeune que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 50 ans, quel que soit le sexe, sont sous-représentées en Île-de-France (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est de 52,5 pour une moyenne nationale de 72,2. L'Île-de-France se place ainsi au 3^e rang des régions ayant le plus faible indice de vieillissement, derrière deux régions ultramarines : la Guyane et La Réunion.

► Une croissance démographique dans la moyenne française

La croissance démographique de l'Île-de-France se situe au même niveau que la moyenne nationale : + 0,5 % en moyenne par an entre 2008 et 2013. Cependant, cette croissance se distingue par un solde naturel élevé (+ 0,9 % par an, soit plus du double de la moyenne nationale (+ 0,4 %)),

alors que le solde migratoire est négatif (- 0,4 % par an en Île-de-France contre + 0,1 % en France).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans augmente en moyenne de 0,4 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 1,7 % par an. Cependant, le taux d'accroissement des moins de 20 ans est supérieur à la moyenne nationale (+ 0,1 % par an), alors que pour les 75 ans ou plus, il en est proche (+ 1,8 % par an en France).

► Une région féconde

L'indice conjoncturel de fécondité en Île-de-France est de 2,04 enfants par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 6^e rang des 17 régions les plus fécondes.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 4,2 ‰. Il est plus faible que la moyenne nationale (6,0 ‰), ce qui place l'Île-de-France parmi les régions françaises ayant un faible taux de fécondité chez les moins de 20 ans (14^e rang sur 17).

Contexte social

Les taux d'allocataires, pour la plupart des prestations sociales, situent la région Île-de-France dans des niveaux plutôt en dessous de la moyenne

nationale. Ainsi, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 8,2 % des ménages pour un taux national de 8,6 %. Le taux d'allocataires pour le RSA majoré, pour les familles monoparentales, est également plus faible (9,2 %) que la moyenne nationale (13,0 %), et est le deuxième plus faible taux après la Corse (6,5 %). Concernant les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le taux de bénéficiaires en Île-de-France est bas (2,0 % pour une moyenne nationale de 3,1 %). Ceci fait de l'Île-de-France la région de Métropole ayant le plus faible pourcentage de bénéficiaires de l'AAH, la Guyane étant la seule région française ayant un taux inférieur (1,6 %).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est en Île-de-France de 6,8 % en 2014, soit un taux légèrement inférieur à la moyenne nationale (7,5 %) mais égal à la moyenne métropolitaine. Seules trois régions de France métropolitaine ainsi que les quatre régions ultramarines ont un taux de couverture par la CMU-C supérieur à l'Île-de-France.

► Une faible part de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés (38,5 % en 2012) est nettement inférieure à la moyenne nationale (48,0 %). L'Île-de-France est la région de France où cette part de foyers fiscaux non imposés est la plus faible.

► Une région à moindre fragilité professionnelle

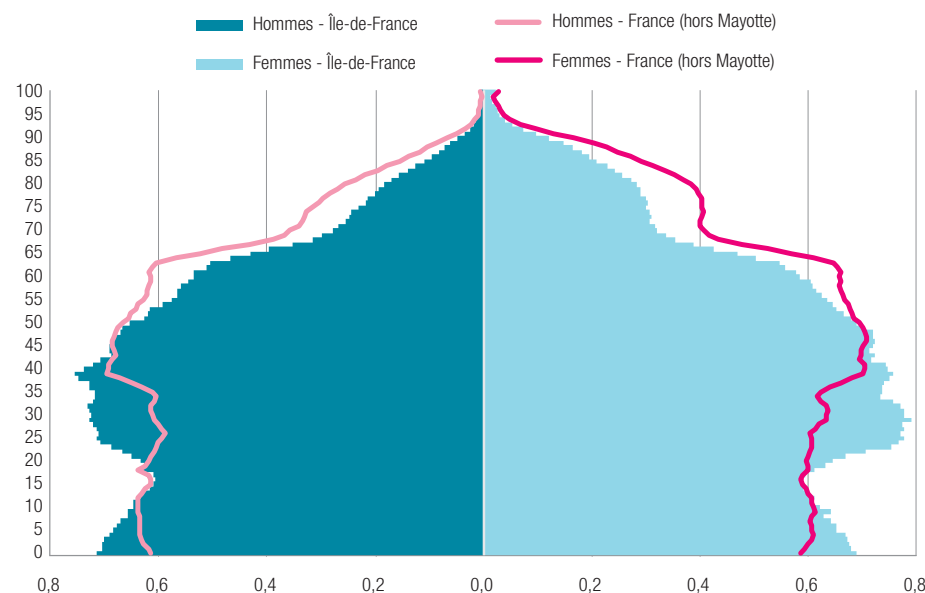
L'Île-de-France est l'une des régions de Métropole avec le plus faible taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 : ce chômage concerne 8,8 % des actifs, au même niveau que trois autres régions (Bretagne, Pays de la Loire et Auvergne - Rhône-Alpes) et place la région 1 point en dessous de la moyenne métropolitaine : 9,9 %.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant lors du recensement n'être ni en emploi ni au chômage) est également inférieure à la moyenne nationale : 8,8 % contre 9,5 %, mais elle est supérieure aux trois régions précédemment citées (minimum de 6,6 % dans les Pays de la Loire).

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est légèrement inférieure à la moyenne nationale : 14,9 % contre 15,1 %, mais présente un écart de 5 points avec la Bretagne qui a la plus faible proportion (9,9 %).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 72 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Île-de-France de 2011 à 2013 : 35 828 chez les hommes et 36 167 chez les femmes.

► 80,1 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,8 années pour les femmes

L'espérance de vie de la région est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 8,2 années chez les hommes et 6,4 années chez les femmes. Ce gain est supérieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine que ce soit chez les hommes (+ 7,6 ans) ou chez les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était en Île-de-France de 7,6 années en 1982-1984 contre 5,7 années en 2011-2013. Ces écarts sont moindres que ceux observés au niveau métropolitain : respectivement, selon la période, de 8,1 années et 6,4 années.

► Une région en sous-mortalité, sauf pour les cancers chez les femmes

L'Île-de-France présente, en 2011-2013, le taux standardisé de mortalité toutes causes le plus

bas de France métropolitaine pour les hommes et pour les femmes. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) pour laquelle l'Île-de-France a le plus bas taux de mortalité des régions françaises pour les hommes. Pour les femmes, seules deux régions ont un taux de mortalité prématurée inférieur (Auvergne - Rhône-Alpes et Pays de la Loire).

En 2011-2013, il existe une sous-mortalité par cancers en Île-de-France pour les hommes, avec un différentiel par rapport au niveau métropolitain de - 9,0 %. Cependant, la mortalité par cancers est moins favorable en Île-de-France pour les femmes : elle est au même niveau que la moyenne métropolitaine et 7 régions présentent des taux de mortalité inférieurs. Depuis 1982-1984, la mortalité par cancers s'est considérablement réduite, la région Île-de-France ayant alors, pour les deux sexes, une surmortalité (graphique 2). La baisse entre ces deux périodes est la plus importante de Métropole : - 31,1 % tous sexes confondus en Île-de-France, pour une baisse de 24,0 % en Métropole.

En 2011-2013, le taux de mortalité prématurée par cancers chez les hommes est le plus faible des régions métropolitaines (sous-mortalité par rapport à la France de - 12,8 %). Pour les femmes, la situation est moins favorable avec une absence de différence significative avec la France. La mortalité prématurée par cancers en Île-de-France a également suivi une évolution favorable entre 1982-1984 et 2011-2013 (- 41,8 % tous sexes confondus, pour une baisse de 31,8 % en Métropole).

► Une sous-mortalité plus marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire

La sous-mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Île-de-France est particulièrement importante comparée à la France. Le différentiel des taux de mortalité, tous sexes confondus, en 2011-2013, est de - 19,6 % pour la mortalité tous âges et de - 15,5 % pour la mortalité prématurée. Pour la mortalité tous sexes et âges confondus et pour la mortalité prématurée tous sexes, l'Île-de-France a le plus faible taux de Métropole.

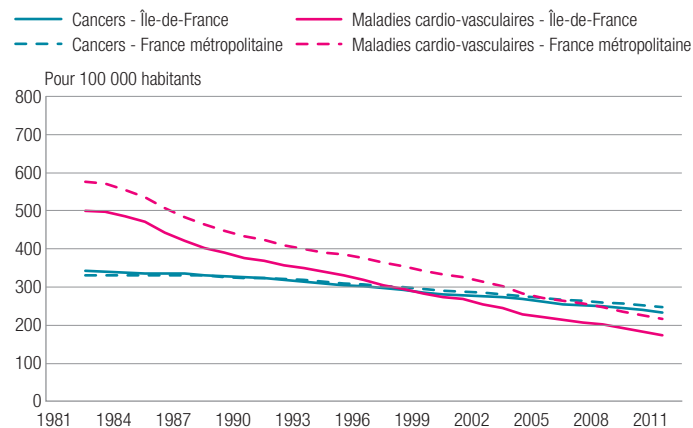
De manière générale, la baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, entre 1982-1984 et 2011-2013, a été particulièrement marquée : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 64,6 % en Île-de-France pour une diminution en Métropole de 61,8 % (graphique 2).

► Des disparités marquées entre le centre et la périphérie de la région

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, on observe une bande centre-ouest/sud-ouest de sous-mortalité par cancers, incluant des arrondissements du sud et de l'ouest parisien, des Hauts-de-Seine (à l'exclusion du nord), du sud et de l'est des Yvelines et du nord-ouest de l'Essonne (carte 1). Pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, les territoires centraux enregistrent une sous-mortalité, alors que les territoires les plus excentrés présentent une surmortalité (carte 2).

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



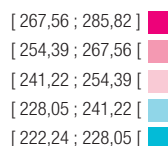
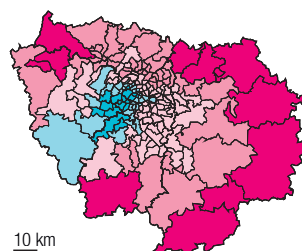
* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

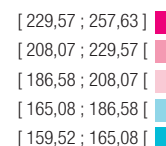
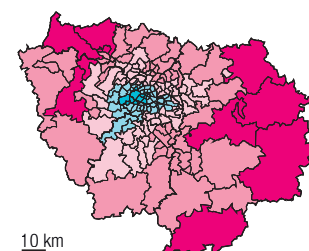
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Île-de-France (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Un recul de la mortalité plus élevé qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Entre 2011-2013, l'Île-de-France enregistre 2 349 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 1 745 concernent des hommes et 604 des femmes.

En Île-de-France, en 2011-2013, une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, à l'exception de la mortalité par cancers des VADS et par psychoses alcooliques chez les femmes (différences non significatives). Toutes pathologies confondues, le différentiel avec la France est de - 20,7 % pour les hommes et de - 9,0 % pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 29,6 % en Île-de-France, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée aussi bien pour les hommes (- 30,0 %) que pour les femmes (- 29,2 %). Que ce soit pour les cancers

des VADS, les cirrhoses du foie ou les psychoses alcooliques, des baisses significatives de la mortalité sont observées.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, une mortalité élevée pour ces pathologies est observée sur la périphérie de la région, en particulier dans les cantons du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne (carte 3). Les territoires à faible mortalité se situent sur un axe est-sud/ouest, allant du centre ouest de la Seine-et-Marne au sud des Yvelines.

► Une moindre mortalité en lien avec le tabagisme, mais une forte mortalité par cancers du poumon, en progrès, chez les femmes

Entre 2011-2013, 10 717 décès annuels moyens sont dénombrés en Île-de-France, en lien avec les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO). Ces décès concernent 6 850 hommes et 3 867 femmes.

Pour ces pathologies, en 2011-2013, l'Île-de-France est en sous-mortalité par rapport à la France, avec un différentiel de - 13,0 % chez les hommes et - 4,8 % chez les femmes. Pour le cancer du poumon et la BPCO chez les hommes et pour les cardiopathies ischémiques dans les deux sexes, une sous-mortalité par rapport au niveau national est observée. La mortalité par BPCO chez les femmes ne diffère pas du niveau national.

Cependant, la mortalité par cancers du poumon chez les femmes est particulièrement élevée (surmortalité de + 13,5 % par rapport au national), seule la Corse a un taux de mortalité plus élevé que l'Île-de-France ; c'était déjà le cas en 2001-2003.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 23,4 % en Île-de-France, soit un peu plus qu'au niveau national (- 20,9 %). La baisse est du même ordre chez les hommes (- 25,0 %) et chez les femmes (- 23,0 %).

Le taux standardisé de mortalité par cancers du poumon est en hausse à la même période chez les femmes (+ 22,0 %), alors qu'il diminue chez les hommes (- 14,3 %). Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé pour les hommes (- 38,2 %), il est plus marqué pour les femmes (- 48,7 %). La mortalité par BPCO est en recul pour les hommes (- 14,0 %), alors que pour les femmes l'évolution (tendance à la hausse) n'est pas significative.

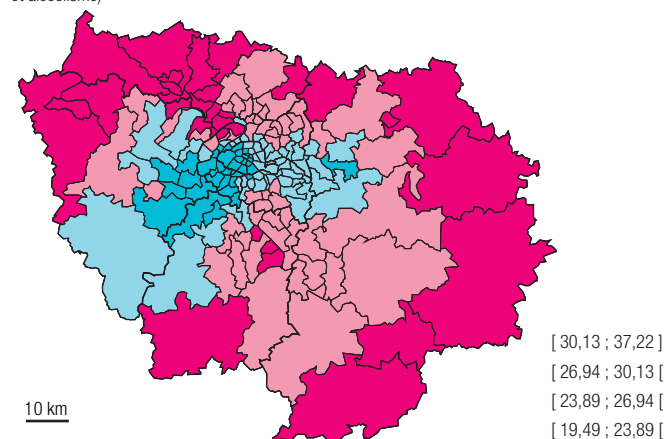
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés sur les territoires situés à l'ouest et à l'est de la région (carte 4). Les territoires à faible mortalité pour ces pathologies se situent dans l'ouest de Paris et les territoires limitrophes (centre et sud des Hauts-de-Seine, est des Yvelines et nord-ouest de l'Essonne).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

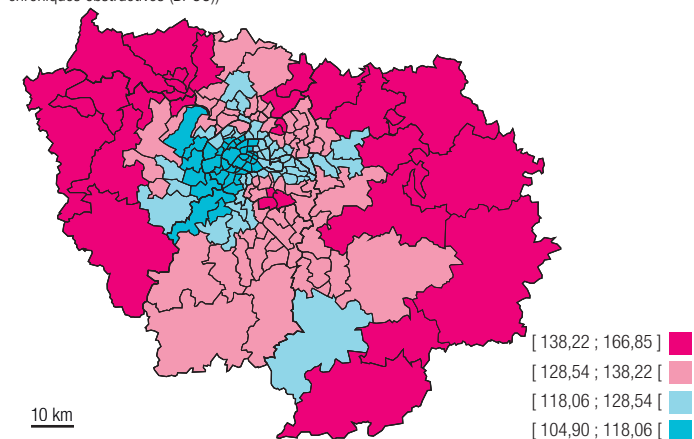
Alcool

(Cancers des des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►► Organismes responsables
de la production de la fiche : Fédération
nationale des observatoires régionaux de santé,
Observatoire régional de santé d'Île-de-France

Santé sexuelle

► Des données infradépartementales sur le VIH pour agir au plus près des populations

L'Île-de-France est la région de France métropolitaine la plus touchée par le (virus de l'immunodéficience humaine) VIH/sida. En 2014, 24,4 découvertes de séropositivité pour 100 000 habitants sont estimées, contre 4 fois moins (5,8) dans le reste de la Métropole, pour une moyenne France entière de 10 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants. De plus, les différences départementales y sont importantes, allant de 58,5 découvertes de séropositivité pour 100 000 habitants à Paris à 8,6 en Seine-et-Marne [1].

À partir des données de remboursements du régime général de l'assurance maladie, le nombre de personnes prises en charge pour le VIH en Île-de-France est estimé à 53 600 en 2013 [2]. La grande majorité, près de 85 %, bénéficie d'une prise en charge au titre de l'affection de longue durée (ALD) 7 (déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH). Le nombre de personnes en ALD pour VIH constitue donc un indicateur *a priori* fiable de l'ampleur de l'épidémie et des disparités infradépartementales, les données d'ALD étant les seules disponibles à un niveau si fin. Cependant, les données d'ALD ne peuvent être considérées comme de réelles prévalences du VIH : la proportion de personnes qui n'entrent pas en ALD, malgré un diagnostic du VIH n'est pas connue, l'entrée en ALD n'a pas nécessairement lieu l'année du diagnostic, les nouveau-nés dont la mère est séropositive sont systématiquement inscrits en ALD 7 à la naissance, qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs, etc.

► Trois épidémies de VIH distinctes en Île-de-France

En Île-de-France, 45 166 personnes sont en ALD pour VIH en 2013 [3]. Le taux standardisé sur l'âge est de 539 pour 100 000 hommes et de 252 pour 100 000 femmes. Les données d'ALD par communes, mises en perspective avec celles issues d'autres sources d'informations, soulignent l'existence de trois épidémies distinctes de VIH : l'une

parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; l'autre parmi les migrants hétérosexuels (hommes et femmes), notamment d'Afrique subsaharienne ; enfin, une plus ancienne, parmi les usagers de drogues par voie injectable, dont on sait qu'elle a largement touché des hommes issus de l'immigration maghrébine.

Chez les femmes, les taux départementaux de prévalence d'ALD varient de 402 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis à 140 pour 100 000 dans les Yvelines, soit un rapport de 1 à 3. Les territoires les plus touchés par l'épidémie, avec des taux d'ALD proches de 700 (Courcouronnes, Grigny, Stains, Bobigny) sont marqués par une situation sociale défavorable et une part de migrants d'Afrique subsaharienne élevée (environ 10 % de la population) (carte 6).

► Paris : une fréquence élevée des comportements à risque parmi les HSH

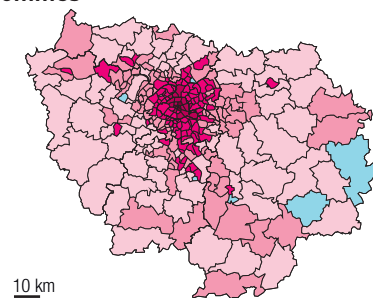
Chez les hommes, les taux départementaux varient de 1 352 à 212 pour 100 000 entre Paris et les Yvelines, soit un rapport de 1 à 6. À Paris, où l'épidémie masculine est – de loin – la plus forte, les taux sont très élevés dans le centre comparés aux autres territoires. Ainsi, dans les quatre premiers arrondissements, connus comme étant les territoires résidentiels privilégiés des HSH appartenant aux classes aisées [4], environ 3 % des hommes y sont en ALD pour VIH (carte 5). Les données sur les autres infections sexuellement transmissibles [5], notamment la syphilis et la gonococcie, montrent que les cas sont en augmentation en Île-de-France et concernent principalement des HSH et des personnes vivant à Paris (65 % des cas de syphilis et 57 % des cas de gonococcie en 2014). Ces constats soulignent la fréquence des comportements à risque dans cette population essentiellement parisienne.

En dehors de Paris, les territoires où les proportions d'hommes en ALD pour VIH sont les plus élevées (avec des taux proches de 900) sont ceux où les taux masculins sont environ 2 à 3 fois plus élevés que ceux des femmes (Saint-Ouen, Bagnolet, Clichy). Ce constat marque une épidémie non dominée par la transmission hétérosexuelle où les taux sont généralement supérieurs chez les femmes. Ces

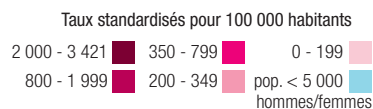
CARTES 5 ET 6

Taux standardisés* de bénéficiaires de l'ALD pour VIH (ALD 7) en 2013 par canton-ville

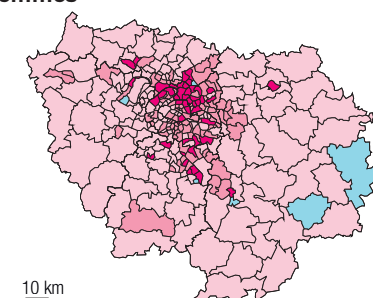
Hommes



10 km



Femmes



10 km

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, RP 2012 (INSEE).

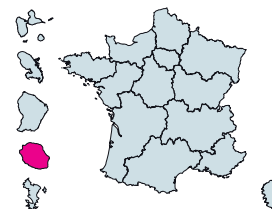
Sources • ALD (CNAMTS, RSI) ; RP 2012 (INSEE) ; exploitation ORS Île-de-France.

communes se caractérisent par les parts d'immigrés originaires du Maghreb parmi les plus élevées de la région (de 10 % à 15 %), cette population ayant été plus particulièrement touchée par l'épidémie de VIH des années 1980 chez les usagers de drogues injecteurs. Enfin, on observe dans les communes où le taux des hommes est inférieur à celui observé chez les femmes, une épidémie dominée par la transmission hétérosexuelle. C'est le cas de Stains, l'une des communes où la part des femmes en ALD pour VIH est la plus élevée (731 pour 100 000 femmes *versus* 639 pour 100 000 hommes). ■

Références

- [1] InVS. Déclarations obligatoires de séropositivité en Île-de-France corrigées des délais de déclaration, de la sous-déclaration et des valeurs manquantes, 2003-2013, mise à jour 09/11/2014.
- [2] CNAMTS/DSES/DEPP & DEOS. Personnes prises en charge pour le VIH en 2013. Mise à jour le 29/09/2015. www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/tableaux-par-age-sexe-region-et-departement/effectifs-regionaux-par-pathologie-sexe-et-age.php
- [3] Données CNAMTS-RSI, 2013. Exploitation ORS Île-de-France. Le régime MSA n'a pu être intégré pour le calcul des prévalences par canton.
- [4] Giraud C., Les gays, acteurs de la gentrification urbaine à Paris et Montréal. Métropolitiques, 17 octobre 2011. Consultable sur : www.metropolitiques.eu/Les-gays-acteurs-de-la.html.
- [5] Cire / InVS Île-de-France et Champagne-Ardenne, 2015, « Infections sexuellement transmissibles en Île-de-France », *Bulletin de veille sanitaire*, n° 19, décembre.

La Réunion



Contexte démographique

Avec plus de 835 000 habitants lors du recensement de 2013, La Réunion est l'une des régions les moins peuplées (13^e rang). Néanmoins, sa densité de 333,5 habitants au km², plus de trois fois supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 3^e rang des régions françaises après l'Île-de-France et la Martinique.

La population de La Réunion est nettement plus jeune que celle de la France, en particulier chez les femmes, avec une surreprésentation des moins de 50 ans ; chez les hommes, ce sont surtout les moins de 20 ans (graphique 1). La part des plus de 55 ans est inférieure à celle de la population française.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est l'un des plus faibles observés en France : il est de 29,3, pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique

Après la Guyane et la Corse, La Réunion est l'une des régions de France ayant une

croissance démographique importante, soit + 0,7 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. La croissance démographique élevée est due au solde naturel positif : + 1,2 % (pour + 0,4 % au niveau national), alors que le solde migratoire est négatif. Il est de - 0,6 %, contre + 0,1 % au niveau national.

En 2008-2013, la population des moins de 20 ans a diminué de 0,7 % par an en moyenne. Le taux d'accroissement de la population des 75 ans ou plus est le plus important de France : + 4,7 % par an, contre + 1,8 % au niveau national.

► Une fécondité parmi les plus élevées notamment chez les jeunes

L'indice conjoncturel de fécondité à La Réunion est de 2,38 enfants par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98, soit le 2^e le plus élevé des 17 régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 22,8 ‰, près de quatre fois supérieur à la moyenne nationale (6,0 ‰). La Réunion a le 2^e taux le plus élevé des régions françaises.

Contexte social

La Réunion est l'une des régions françaises dont la situation sociale est la moins favorable : elle présente des taux d'allocataires de prestations sociales parmi les plus élevés observés en France. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 37,7 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 1^{er} rang. Parmi les familles monoparentales, le taux d'allocataires du RSA majoré est de 31,9 % (13,0 % au niveau national), ce qui place La Réunion au 2^e rang après la Guyane. Avec un taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) de 3,6 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, La Réunion se classe au 7^e rang le plus élevé.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est également le plus élevé des régions françaises : 36,6 %, soit près de cinq fois plus qu'au niveau national (7,5 %).

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 74,9 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Réunion se place au 1^{er} rang des régions ayant une part de foyers fiscaux non imposés élevée.

► Une fragilité professionnelle

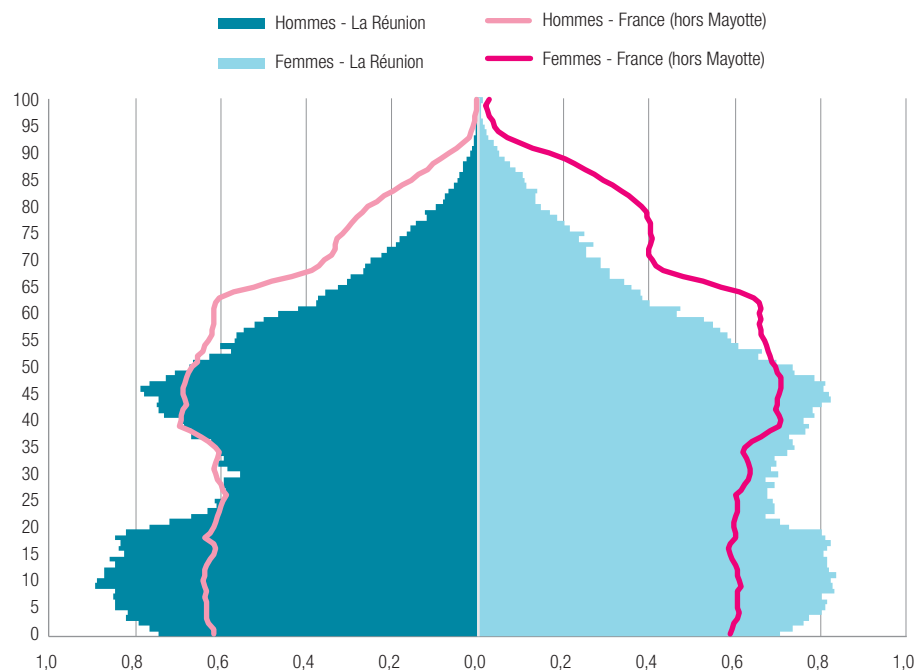
Une des caractéristiques sociales de La Réunion se situe également au niveau de la fragilité professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est le plus élevé en France, il concerne 26,8 % des actifs contre 9,9 % au niveau métropolitain.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage est supérieure à la moyenne nationale : 15,4 % contre 9,5 %, soit le 2^e rang des régions françaises, après la Guyane.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est supérieure à la moyenne nationale : 27,6 % contre 15,1 %. Elle se place au 2^e rang après la Guyane.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Sources • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 4 150 décès annuels moyens sont enregistrés à La Réunion en 2011-2013 : 2 266 chez les hommes et 1 880 chez les femmes.

► 76,7 années d'espérance de vie pour les hommes et 83,4 années pour les femmes

L'espérance de vie est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les gains d'espérance de vie ont été supérieurs à ceux observés au niveau national pour chacun des sexes. Les femmes ont gagné 2,4 années à La Réunion pour 2,0 années en France et les hommes 3,9 années pour 2,8 en France.

Sur les dix dernières années, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est réduit : il était de 8,2 années en 2001-2003, il est de 6,7 années en 2011-2013, se rapprochant ainsi de l'écart observé au niveau national (6,4 années).

► Une surmortalité plus marquée pour les maladies cardio-vasculaires, notamment chez les femmes

La Réunion présente des taux standardisés de mortalité toutes causes supérieurs à la moyenne

nationale. La région se situe en 2011-2013 au 16^e rang des 17 régions pour les hommes et au 15^e rang pour les femmes. Bien que moins marquée, la surmortalité prématurée (décès avant 65 ans) de la région est importante, pour les hommes et les femmes, respectivement au 12^e et au 11^e rang.

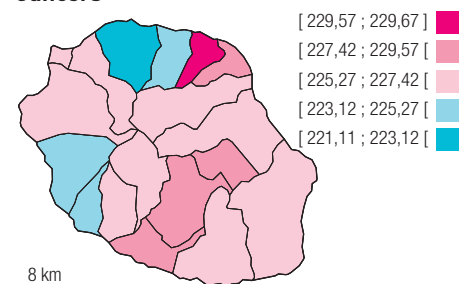
La sous-mortalité est marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau national est de - 12,9 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place La Réunion au 5^e rang des régions françaises pour les hommes et au 3^e rang pour les femmes. Ce différentiel s'est réduit depuis dix ans (graphique 2) : - 17,4 % en 2001-2003. La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est plus importante que celle observée tous âges confondus : - 14,5 % contre - 8,7 %. Pour les femmes, elle est de - 24,7 % contre - 16,7 %, tous âges confondus. Le différentiel avec le niveau national s'accroît : - 14,1 % en 2001-2003, contre - 18,3 % en 2011-2013.

La Réunion présente une surmortalité par maladies cardio-vasculaires : le différentiel avec le niveau national est de + 27,8 % en 2011-2013, la région occupant ainsi le dernier rang français aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cependant, les femmes présentent un différentiel avec le niveau national plus important (+ 36,2 %) que celui des hommes (+ 20,0 %). Ces dix dernières années, le différentiel avec le niveau national n'a que très légèrement diminué

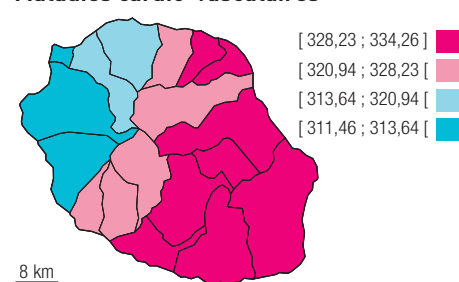
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

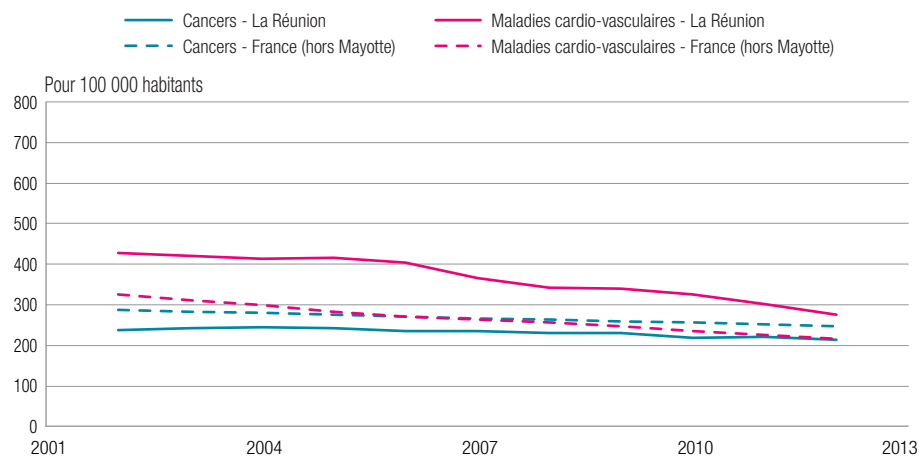
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

(graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 34,1 % à La Réunion, une diminution proche de celle observée au niveau national (- 32,5 %). La surmortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est plus importante que la surmortalité tous âges confondus : le différentiel avec le niveau national est de + 55,8 % pour + 27,8 % pour tous les âges. Cette surmortalité est particulièrement importante chez les femmes, où l'écart à la valeur nationale est de + 90,2 % en 2011-2013.

Au cours de la période 2006-2013, au niveau infrarégional, on observe une mortalité plus élevée par cancers autour de la commune de Saint-André et dans les cantons de l'axe allant de Saint-Pierre à La Plaine-des-Palmistes (carte 1). Elle y est la plus faible autour de Saint-Denis. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on observe des taux de mortalité plus élevés sur une large moitié est de La Réunion (carte 2).

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

La Réunion (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une surmortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 230 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important sont dénombrés : 186 concernent des hommes et 45 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 37,4 %, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. Des baisses dans des grandeurs proches sont observées chez les hommes (- 37,1 %) et chez les femmes (- 35,2 %). Pour les cancers des VADS et les psychoses alcooliques ou alcoolisme, les deux sexes confondus, des baisses de la mortalité sont observées (respectivement - 38,3 % et - 48,5 %), alors que la baisse de la mortalité par cirrhoses du foie n'est pas significative.

Une surmortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France en 2011-2013,

le différentiel à la valeur nationale est de + 37,8 %. Il est plus important chez les hommes où il est de + 42,2 %, contre + 28,6 % chez les femmes. La région se place au 16^e rang avant les Hauts-de-France. Cette surmortalité se retrouve également pour les décès par cirrhoses du foie (16^e rang) et pour les décès par psychoses alcooliques ou alcoolisme (dernier rang). La mortalité par cancers des VADS ne se distingue pas de la moyenne nationale.

Entre 2006 et 2013, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur la façade est de la région (carte 3). Les taux de mortalité sont les plus bas sur la partie nord, nord-ouest du littoral notamment à Saint-Denis, à l'exception du canton du Port.

► Un décès sur sept pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 610 décès annuels moyens sont dénombrés en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour ces pathologies a reculé de 22,3 %, recul proche de celui observé au niveau de la France (- 20,9 %). Chez les femmes, la baisse est légèrement supérieure à celle observée au niveau national (- 22,8 % contre - 19,8 %), alors que chez les hommes, la baisse a été plus faible (- 19,8 % contre - 22,3 % au niveau national). À la même période, les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon et par BPCO présentent une baisse non significative. Le taux standardisé de mortalité par cardiopathies ischémiques, tous genres confondus, a diminué de 33,2 %.

En 2011-2013, une surmortalité par rapport au niveau national (+ 11,2 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La région se place au 13^e rang et présente le taux le plus élevé des régions d'outre-mer. Pour la mortalité par BPCO et celle par cardiopathies ischémiques, tous sexes confondus, la région présente des taux supérieurs à la valeur nationale, alors que la mortalité y est inférieure pour le cancer du poumon.

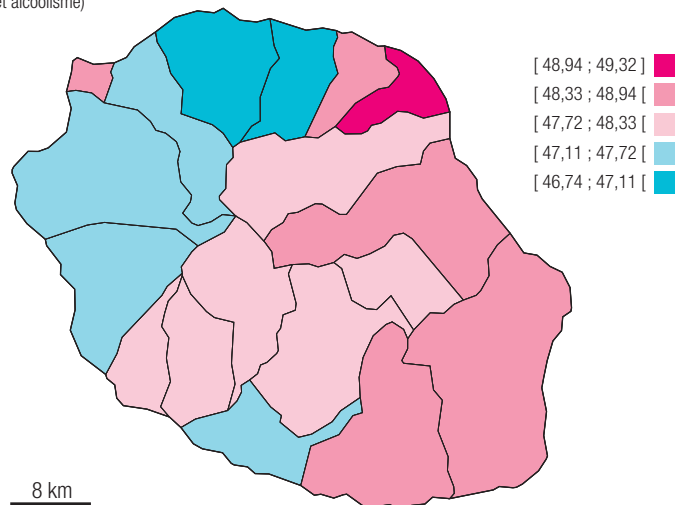
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés dans la moitié sud-est de l'île et autour de Saint-André (carte 4). Ils sont moins élevés au nord-ouest de la région.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

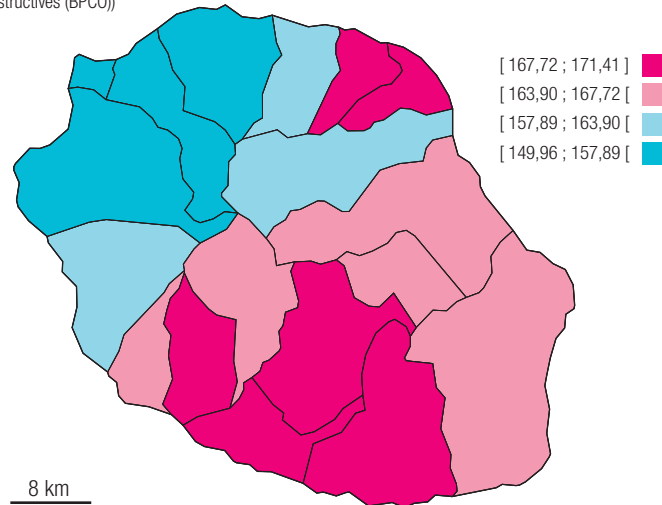
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de l'océan Indien

Diabète – Nutrition

► La Réunion, une région fortement touchée par le diabète

Selon l'enquête Baromètre santé réalisé en 2014 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), La Réunion est caractérisée par une prévalence élevée du diabète connu en population générale de 15 à 75 ans : 9 Réunionnais sur 100 (9,3 %) sont diabétiques en 2014 ; la prévalence augmentant nettement avec l'âge (graphique 3).

Concernant la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, La Réunion est la région française la plus concernée : le taux de prévalence standardisé sur l'âge est de 10,2 % en 2013 (un taux deux fois supérieur au taux national, 4,7 %).

Le diabète est la cause initiale de 220 décès en moyenne entre 2011 et 2013, en majorité des femmes (60 %). Le taux de mortalité par diabète (en cause initiale) tend à baisser comme en Métropole, mais le taux régional reste près de trois fois supérieur au taux métropolitain. Ces données sont probablement sous-estimées, puisque le diabète est globalement sous-déclaré sur les certificats de décès (en cause initiale ou associée).

► Prise en charge et qualité de vie des patients diabétiques : des points de vigilance

Le suivi médical des patients, dont les recommandations sont fixées par la Haute Autorité de santé (HAS), reste insuffisant sur l'île : seule la moitié des patients diabétiques traités pharmacologiquement déclarent réaliser au moins 3 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année ; le constat est le même pour le suivi cardiologique, ophtalmologique ou pour le dosage de la microalbuminurie (respectivement 47 %, 46 % et 53 % en 2014).

► Surpoids, obésité, alimentation, sédentarité, précarité financière : des déterminants forts

Certains facteurs connus, associés au diabète, comme l'âge, la précarité financière et le niveau

d'études sont présents à La Réunion, comme ailleurs. En revanche, le diabète concerne davantage les femmes à La Réunion, contrairement à ce qui est observé en France métropolitaine. Elles représentent près de 60 % des personnes diabétiques.

En 2014, quatre habitants de La Réunion sur dix, de 18 ans ou plus, sont en surpoids (indice de masse corporelle¹ (IMC) ≥ 25 kg/m²) selon le poids et la taille déclarés (41 % en Métropole en 2014) dont 11 % en situation d'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) (12 % en Métropole). Le surpoids concerne autant les hommes que les femmes, mais ces dernières sont davantage touchées par l'obésité (14 %, contre 8 % chez les hommes), contrairement à la Métropole (12 % chez les hommes et les femmes). On observe une différence aussi selon l'âge. Le taux d'obésité est supérieur au taux métropolitain avant 45 ans (12 % *versus* 8 %), inférieur après (10 % *versus* 15 %). Surpoids et obésité restent les facteurs les plus fortement liés au diabète à La Réunion (six diabétiques sur dix en surpoids).

► Des comportements nutritionnels éloignés des recommandations

La consommation de fruits et légumes est nettement inférieure aux recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS). En 2014, 85 % de la population de 15 à 75 ans consomment moins de 3,5 portions de fruits ou légumes par jour (35 % en Métropole en 2007). Une personne sur trois déclare consommer au moins quatre fois par semaine des boissons sucrées, les moins de 20 ans et les hommes étant ceux qui en consomment le plus.

En revanche, l'activité physique au moins cinq fois par semaine (au moins 30 minutes, que ce soit dans le cadre du travail, des déplacements ou des loisirs) est plus fréquente à La Réunion qu'en Métropole : 44 % des Réunionnais déclarent pratiquer une activité physique régulièrement contre 34 % en Métropole. ■

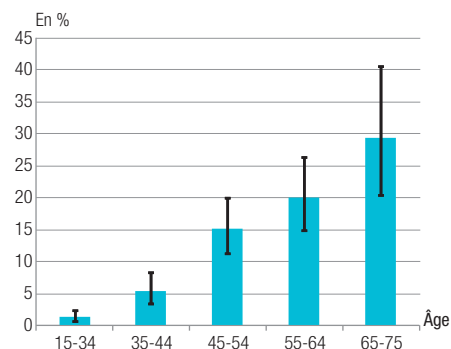
1. Rapport entre le poids (en kg) et la taille (en mètre) au carré.

Baromètre santé DOM 2014

Santé publique France (ex-INPES) mène depuis le début des années 1990 des enquêtes appelées « Baromètre santé » qui ont pour objectif de décrire les comportements, attitudes et perceptions de santé des Français. Pour la première fois, une extension de cette enquête a été mise en œuvre dans les départements d'outre-mer hors Mayotte. Un échantillon de plus de 8 000 individus a été interrogé, entre avril et novembre 2014, sur leurs opinions et comportements en matière de santé. À La Réunion, l'échantillon comportait 2 094 personnes âgées de 15 à 75 ans, dont 1 255 femmes (52 %) et 839 hommes (48 %). La moyenne d'âge des personnes enquêtées était de 40 ans.

Les thèmes de santé abordés incluaient une partie classiquement suivie en Métropole (consommations de tabac, d'alcool, accès aux dépistages, recours aux soins, santé mentale...), ainsi que des sujets relevant de problématiques de santé publique spécifiques, identifiés en partenariat avec les acteurs de santé travaillant dans ces territoires : diabète, alimentation, chikungunya, leptospirose, usages détournés de médicaments, couverture vaccinale des jeunes enfants, etc. Certaines questions étaient spécifiques à La Réunion comme celles concernant l'alimentation, les virus respiratoires, les usages détournés de médicaments ou le diabète.

GRAPHIQUE 3
Prévalence du diabète déclaré en fonction de l'âge chez les 15-75 ans (N = 2 091) en 2014



Source • Baromètre santé DOM 2014 (Santé publique France).

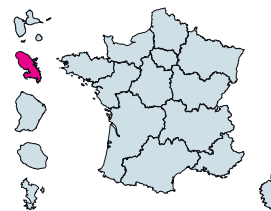
Références

Fosse-Edorh S. *et al.*, 2015, « Journée mondiale du diabète 2015. Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Institut de Veille Sanitaire, n° 34-35 ; novembre, pp. 617-654.

Guibert G. et Balicchi J., 2015, « Diabète Nutrition - Baromètre santé DOM, La Réunion 2014 - Nutrition, statut pondéral et diabète à La Réunion », *In Extensa*, Agence de santé Océan Indien (ARS OI), Observatoire de la Santé Océan Indien (ORS OI), n° 4, novembre.

Richard J.-B., Balicchi J., Mariotti E., Pradines N. et Beck F., 2015, *Premiers résultats du Baromètre santé DOM, La Réunion, 2014*, coll. Baromètres Santé, Institut National de prévention et d'éducation pour la santé, Agence de Santé Océan Indien, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Martinique



Contexte démographique

Avec plus de 385 000 habitants lors du recensement de 2013, la Martinique est l'une des régions françaises les moins peuplées. Néanmoins, avec une densité de 341,8 habitants au km², trois fois supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), elle se place au 2^e rang des régions avec une densité élevée.

La population de la Martinique présente une structure par âge distincte de celle de la France (graphique 1). Les personnes de moins de 5 ans, celles âgées de 20 à 35 ans et celles de 70 ans ou plus sont moins représentées. À l'inverse, les personnes âgées de 5 à 20 ans et de 35 à 60 ans sont plus représentées. Pour cette dernière classe d'âge, les femmes sont particulièrement nombreuses.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est inférieur à la moyenne nationale (67,1 contre 72,2). Il est le plus élevé des régions d'outre-mer.

► Une population en baisse

Malgré un solde naturel qui figure parmi les plus élevés (+ 0,5 % par an en moyenne au cours de la période 2008-2013, soit le 5^e rang), la Martinique est la seule région française

enregistrant une baisse de population (- 0,6 % par an) entre 2008 et 2013. Cette baisse est due à un solde migratoire négatif (- 1,1 % par an) que le solde naturel ne parvient pas à compenser.

En 2008-2013, la population des moins de 20 ans a diminué de 2,6 % par an en moyenne. Cette diminution de la population jeune est la plus importante des régions françaises. Dans le même temps, la population des 75 ans ou plus s'accroît de 3,8 % par an et présente le 2^e taux d'accroissement le plus élevé après La Réunion. Ces taux d'accroissement se distinguent très fortement de la valeur nationale : + 0,1 % pour les moins de 2 ans et + 1,8 % pour les 75 ans ou plus.

► Une fécondité parmi les plus faibles hormis chez les jeunes

Avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,91 enfant par femme en 2014, la Martinique se place au 12^e rang des régions françaises. Elle est la seule région ultramarine à présenter un indice inférieur à la moyenne nationale (1,98 enfant par femme).

Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans est de 13,9 ‰ contre 6,0 ‰ au niveau national. Il figure parmi les taux les plus élevés des régions françaises, situant la Martinique au 3^e rang derrière la Guyane et La Réunion.

Contexte social

À l'image des autres régions ultramarines, les taux d'allocataires de prestations sociales de la Martinique sont parmi les plus élevés des régions françaises (excepté pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH)), tout en restant les plus faibles des régions d'outre-mer.

Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 27,4 % des ménages, pour un taux national de 8,6 %. La Martinique se place ainsi au 4^e rang des régions françaises. Parmi les familles monoparentales, le taux d'allocataires du RSA majoré est de 17,5 % (13,0 % au niveau national), situant ainsi la région au 5^e rang derrière les trois autres régions ultramarines et les Hauts-de-France. Avec un taux d'allocataires de l'AAH de 3,2 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, la Martinique se classe au 11^e rang des régions françaises.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est très élevé : 23,6 % pour une moyenne nationale de 7,5 %. Avec ce taux, la Martinique se place au 4^e rang des régions françaises, après les trois autres régions d'outre-mer.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés, de 70,0 %, est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Martinique se place au 4^e rang derrière les trois autres régions ultramarines.

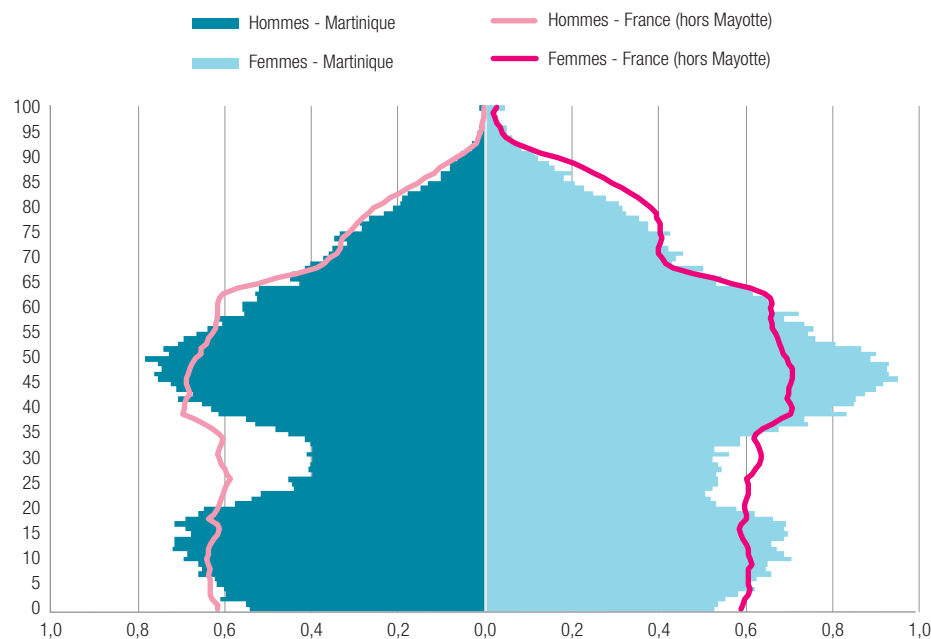
► Une fragilité professionnelle

La fragilité professionnelle de la population est l'une des caractéristiques sociales de la Martinique. Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est deux fois supérieur à la moyenne métropolitaine (9,9 %), soit 19,4 % des actifs. La région se place ainsi au 4^e rang des régions françaises, derrière les trois autres régions ultramarines.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, et la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est supérieure à la moyenne nationale : respectivement 12,7 % contre 9,5 % et 18,6 % contre 15,1 %. La Martinique occupe ainsi le 5^e rang des régions françaises, derrière les trois autres régions d'outre-mer et la Corse.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 2 800 décès annuels moyens sont enregistrés en Martinique en 2011-2013 : 1 464 chez les hommes et 1 355 chez les femmes.

► 78,9 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,7 années pour les femmes

L'espérance de vie est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 2,8 années chez les hommes et 2,9 années chez les femmes. Chez les hommes, ce gain est similaire à celui observé au niveau national ; il est en revanche plus important chez les femmes (+ 2,0 ans au niveau national).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est resté stable en Martinique : il était de 6,8 années en 2001-2003 et est du même ordre en 2011-2013. Cet écart, inférieur à celui observé au niveau national en 2001-2003 (7,3 années), est désormais supérieur (6,4 années).

► Une sous-mortalité pour les cancers et les maladies cardio-vasculaires

La Martinique présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de

France : elle se situe au 2^e rang des 17 régions pour les hommes et au 1^{er} rang pour les femmes, en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) pour laquelle la Martinique occupe le 3^e rang, tous sexes confondus.

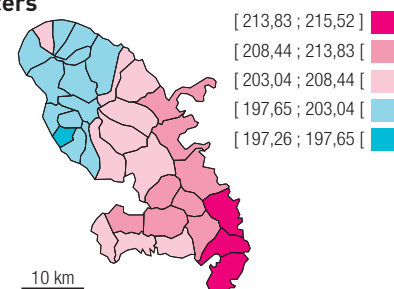
Pour les cancers, la sous-mortalité est très marquée. Le différentiel avec le niveau national est de - 13,6 % en 2010-2013¹, les deux sexes confondus. La région se place ainsi parmi celles qui ont les taux les plus faibles, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Ce différentiel s'est réduit depuis dix ans : il était de - 19,6 % en 2001-2003 (graphique 2). La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est plus marquée que celle observée tous âges confondus (- 31,9 % contre - 15,1 %), alors que pour les femmes, elle est proche de celle observée tous âges confondus (- 13,5 % contre - 10,6 %).

La Martinique se distingue également par une sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires et se classe ainsi parmi les taux les plus faibles des régions françaises, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le différentiel avec le niveau national s'est accru : il était de - 2,8 % en 2001-2003 et est de - 8,6 % en 2010-2013 (graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de près d'un tiers en Martinique entre 2001-2003

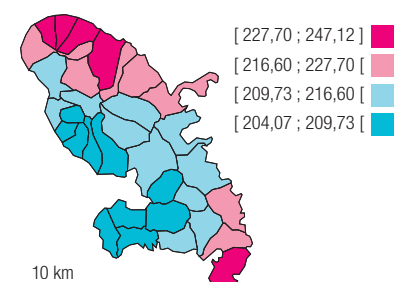
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par communes

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

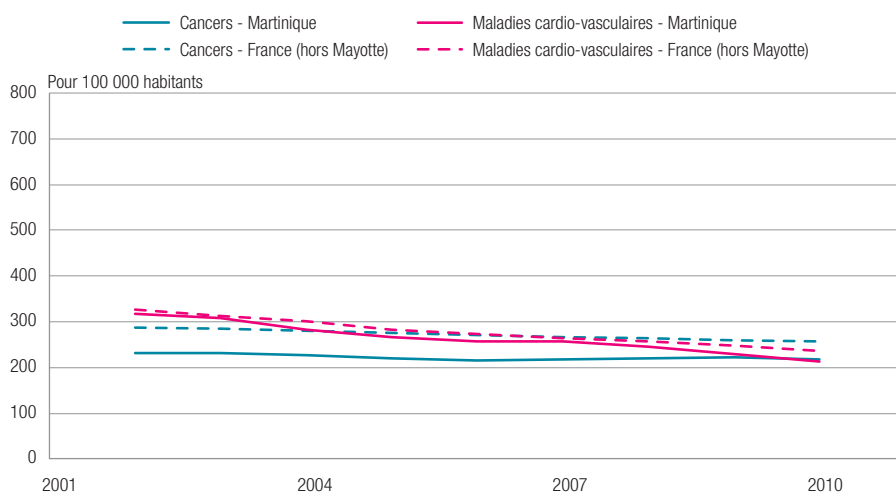


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 2001-2003 et 2009-2011



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

et 2010-2013. En revanche, en 2010-2013, la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est supérieure à celle observée au niveau national (près de 20 %). Le différentiel avec le niveau national est plus marqué chez les femmes (+ 54,9 %) que chez les hommes (+ 11,9 %).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers sur le littoral atlantique sud de la région. Une mortalité plus basse est observée sur la moitié nord du littoral caraïbe et en partie atlantique de la Martinique (carte 1). Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux sont plus importants sur le littoral atlantique nord et à la pointe sud de l'île (carte 2).

1. En 2012, à la suite d'un problème de transmission des certificats de décès pour la Martinique, un nombre important de décès a été codé en cause inconnue. De ce fait, les décès présentés par causes pour la période 2010-2013 correspondent aux décès des années 2010, 2011, 2013 (exclusion de 2012). Les cartes portant sur la période 2006-2013 sont à interpréter avec précaution et les données après 2011 ne sont pas présentées sur le graphique.

Martinique (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► **Un recul de la mortalité plus faible qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque**

En 2010-2013², la Martinique compte plus de 80 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 70 concernent des hommes et 12 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2010-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces décès a reculé de 10,5 % en Martinique, alors que le recul est de 25,8 % au niveau national. Pour les cancers des VADS, les deux sexes confondus, une baisse de la mortalité est observée, alors que les mortalités par cirrhoses du foie et par psychoses alcooliques ou alcoolisme restent stables.

En Martinique, une sous-mortalité pour l'ensemble de ces pathologies est observée par rapport à la France pour les deux sexes confondus : la région présente l'un des taux les plus bas en

2010-2013. Le constat est identique pour les décès par cancers des VADS et par cirrhoses du foie. Pour les décès par psychoses alcooliques et alcoolisme, la région présente un taux plus élevé que la valeur nationale et se classe parmi les régions ayant un taux élevé.

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, une mortalité plus élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur les pointes nord et sud de la Martinique. Les communes de la partie centrale de l'île présentent une mortalité plus faible (carte 3).

► **Une mortalité faible, en baisse depuis dix ans, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque**

En 2010-2013, plus de 180 décès annuels moyens sont dénombrés en Martinique en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Près des deux tiers d'entre eux sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2010-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont

reculé de 12,4 % en Martinique, contre - 20,9 % au niveau de la France. Pour la même période, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué d'un quart, tous sexes confondus, alors que la mortalité par cancers du poumon a augmenté de 30,1 %. Quant à la mortalité par BPCO, la baisse observée n'est pas significative.

En 2010-2013, la Martinique présente une sous-mortalité par cancers du poumon par rapport au niveau national tous sexes confondus (- 61,4 %), très favorable pour les hommes comme pour les femmes. La région se distingue également de la valeur nationale pour la mortalité par cardiopathies ischémiques avec un différentiel de - 37,3 %, tous sexes confondus et pour celle par BPCO, qui est nettement inférieure au niveau national (- 77,7 %). Pour chacune de ces pathologies, la région se place parmi les régions françaises ayant les taux les plus faibles.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés pour les communes du sud et du centre côté Atlantique et pour quelques communes du nord caraïbe (carte 4).

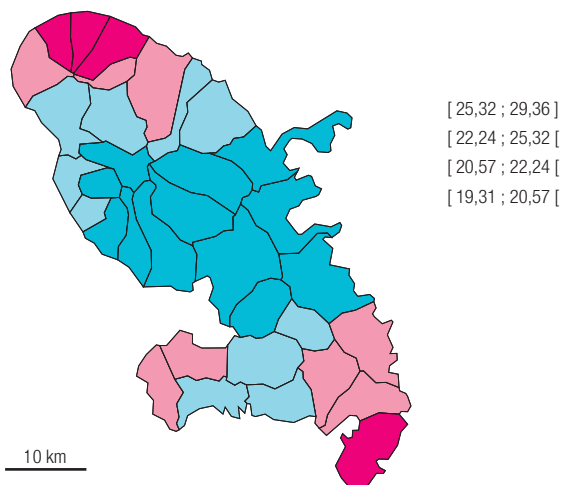
2. Cf note 1.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par communes

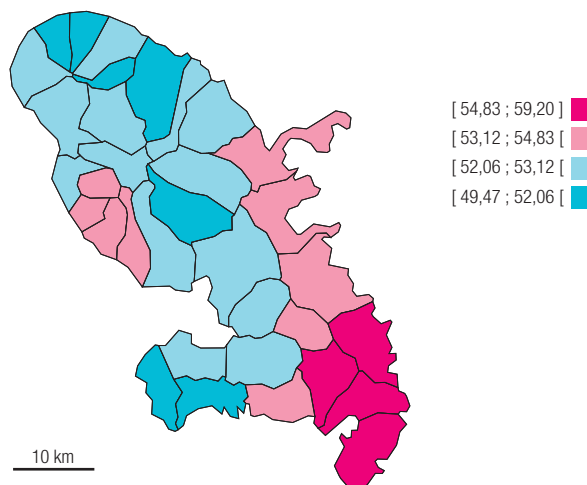
Alcool

(Cancers des des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de la Martinique

Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité font partie des priorités de santé de la Martinique depuis les années 1990. Selon les résultats de l'enquête Escal [1], en 2003, plus de la moitié de la population adulte résidant en Martinique était en surpoids ou obèse. Plus précisément, 53 % des adultes (16 ans ou plus) étaient en surpoids dont 20 % étaient obèses, avec une différence significative selon le sexe pour l'obésité (25,6 % des femmes et 13,7 % des hommes). Chez les enfants, les chiffres étaient tout aussi alarmants, avec près d'un quart des enfants de 3 à 15 ans présentant un surpoids, dont 8 % obèses. L'enquête Escal a aussi montré une association entre surpoids et présence d'une hypertension artérielle ou d'un diabète, deux pathologies dont la prévalence est supérieure en Martinique à la moyenne nationale. Ces données ont été actualisées grâce à l'enquête Kannari.

► Une progression de la prévalence du surpoids et de l'obésité en dix ans

En 2013, 58,8 % des individus de 16 ans ou plus sont en surpoids, soit une progression de 5,5 points depuis 2003 (53,3 %). Au sein de cette population en surpoids, l'obésité concerne 27,7 % des individus, contre 20,0 % en 2003.

Chez les enfants de 3 à 15 ans, 34,7 % sont en surpoids (soit plus d'un enfant martiniquais sur

trois) et l'obésité concerne presque 1 enfant sur 10 ; soit une augmentation de respectivement 10 et 2 points depuis 2003.

► Les femmes plus touchées par l'obésité

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (1 femme sur 3) que chez les hommes (1 homme sur 5). En 2003, la proportion était respectivement de 1 femme sur 4 et de 1 homme sur 7. En termes de surpoids, il n'existe pas de différence statistiquement significative liée à l'âge, bien que la tendance d'évolution du surpoids apparaisse positivement corrélée à l'âge jusqu'à 45-64 ans.

► Influence du niveau socio-économique chez les femmes

Après ajustement sur l'âge, la prévalence du surpoids est plus élevée chez les femmes nées aux Antilles par rapport à celles nées ailleurs (Odds ratio (OR) = 3), celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat par rapport à celles ayant un diplôme équivalent ou supérieur (OR = 2) et celles bénéficiant de minima sociaux (OR = 2). Concernant l'obésité, la prévalence est plus élevée chez les femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat (OR = 2). Aucun facteur sociodémographique n'est ressorti concernant le surpoids et l'obésité chez les hommes.

Précisions méthodologiques

L'enquête Kannari a été réalisée en 2013 en Guadeloupe et Martinique.

Tirage au sort des individus âgés de 16 ans ou plus sur la base d'un plan de sondage à 3 degrés (lots, foyers, individus) ; questionnaire rempli à domicile, des mesures anthropométriques (poids, taille, tour de taille, tour de hanche). Pour le volet santé, 1 788 foyers enquêtés, 1 737 adultes, 493 enfants. L'analyse descriptive tient compte du plan de sondage et est pondérée par redressement par rapport au recensement de l'INSEE et aux variables prédictives de la participation à chacun des volets de l'enquête.

IMC : indice de masse corporelle ; se calcule par le poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré.

Surpoids : IMC \geq 25,0 kg/m² (norme Organisation mondiale de la santé (OMS)).

Obésité : IMC \geq 30,0 kg/m² (norme OMS).

Obésité abdominale : tour de taille \geq 80 cm chez la femme et \geq 94 cm chez l'homme (norme *International Diabetes Federation* (IDF)) ; tour de taille \geq 88 cm chez la femme et \geq 102 cm chez l'homme (norme NCEP/ATPIII - *National Cholesterol Education Program*).

► Un gain moyen de plus de 2 cm de tour de taille en dix ans

Le tour de taille moyen est passé de 88,0 cm en 2003 à 90,6 cm en 2013. Il est de 92,8 cm chez les hommes (+ 3,0 cm depuis 2003) et de 88,8 cm chez les femmes (+ 2,0 cm depuis 2003).

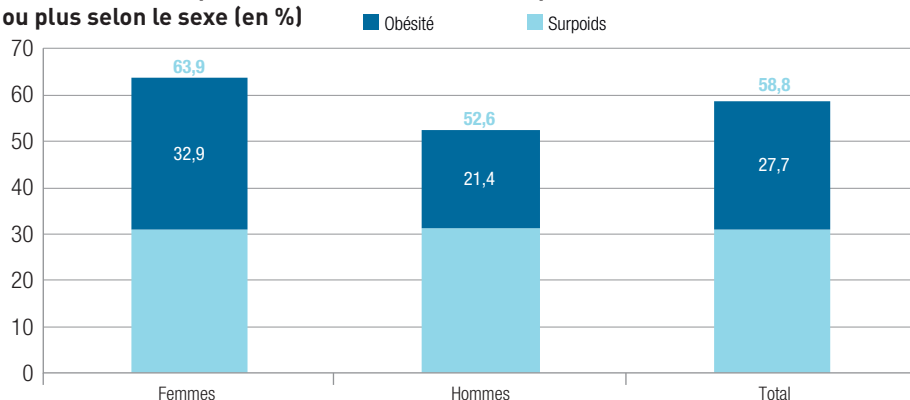
En considérant la norme de l'*International Diabetes Federation* (IDF) (encadré), 59,3 % des adultes ont une obésité abdominale, respectivement 46,6 % chez les hommes et 69,8 % chez les femmes. En regard de la norme du *National Cholesterol Education Program* (NCEP), cette prévalence est de 36,4 %, respectivement 21,9 % chez les hommes et 48,3 % chez les femmes.

► Un facteur de risque à prendre en compte dans les politiques de santé publique

Le surpoids, et plus particulièrement l'obésité, continue sa progression en Martinique, passant de 1 individu obèse sur 5 en 2003 à plus de 1 individu sur 4 en 2013. En 2003, moins de 1 enfant sur 4 était en surpoids contre plus de 1 enfant sur 3 en 2013. Il faut toutefois nuancer cette évolution en tenant compte du vieillissement de la population qui explique à lui seul la moitié de la progression du surpoids entre 2003 et 2013. ■

GRAPHIQUE 3

Prévalence du surpoids et de l'obésité en Martinique chez les adultes de 16 ans ou plus selon le sexe (en %)



Champ • Martinique, population âgée de 16 ans ou plus.

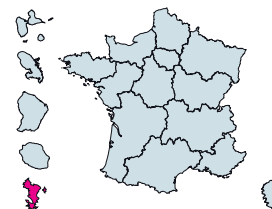
Source • Enquête Kannari 2013 (InVS, ANSES, ARS et ORS Guadeloupe et Martinique, INSEE) ; exploitation ORS Martinique.

Références

[1] Pierre-Louis K., Merle S., Flamand C. *et al.*, 2006, Prévalence du surpoids, de l'obésité et de l'hypertension artérielle dans la population martiniquaise, étude ESCAL (Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique), 2003-2004. Journées de veille sanitaire, 29 et 30 novembre 2006, Paris. Livre des résumés des communications orales, page 15.

[2] Yacou C., Cornely V., Neller N. *et al.*, 2015, Surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014. BVS n° 8-9, octobre 2015. 4^{es} Journées interrégionales de veille sanitaire des Antilles Guyane, pages 8-9.

Mayotte



Contexte sociodémographique

Mayotte compte 212 600 habitants lors du recensement de 2012. Sa densité de 570 habitants au km², très largement supérieure à la moyenne nationale (103,1 hab./km²), la situe comme la 2^e en termes de densité, parmi les régions de France, après la région d'Île-de-France.

► La plus jeune population de France

En 2012, plus de la moitié de la population de Mayotte a moins de 18 ans ; les 60 ans ou plus représentent moins de 5,0 % de la population, soit 6 fois moins qu'en Métropole (graphique 1).

► Une forte croissance démographique

Mayotte est le territoire ayant la plus forte croissance démographique, devant la Guyane. La population a triplé depuis 1985, mais le taux de croissance de la population diminue progressivement. Depuis 2007, la population augmente à un rythme moyen de 2,7 % par an (contre +0,5 % pour la France métropolitaine). Cette croissance démographique est principalement liée à un solde naturel très largement positif (+3,1 % par an en moyenne entre 2007 et 2012). En revanche, au cours de la période 2007-2012, comme entre 2002 et 2007, le solde migratoire apparent¹

est négatif (-0,4 %) : ce solde migratoire négatif est principalement expliqué par les départs des jeunes natifs de Mayotte.

► Près de 40 % de population étrangère

Mayotte est la région française où la part d'étrangers est la plus importante (39,7 %), devant la Guyane (35,5 %), avec 84 600 étrangers recensés en 2012, majoritairement de nationalité comorienne.

► Une fécondité parmi les plus élevées de France

La natalité est forte, avec un nombre de naissances qui atteint plus de 7 300 naissances domiciliées en 2014 (contre 6 500 en 2012). Quelle que soit la tranche d'âge, l'indice conjoncturel de fécondité à Mayotte est très largement supérieur à ceux des autres régions métropolitaines ou à celles des autres territoires ultramarins. L'indice de fécondité à Mayotte est de 4,22 enfants par femme en 2014 pour une moyenne France entière de 1,98. Cela place Mayotte au 1^{er} rang, devant la Guyane.

► Une fragilité sociale

En 2012, plus d'un tiers des habitants de plus de 15 ans n'ont jamais été scolarisés (contre moins de 2,0 % en France métropolitaine) et

70 % de la population est sans diplôme qualifiant. Le développement de la scolarisation à Mayotte encore récent entraîne des difficultés face à l'écrit. Selon l'INSEE, en 2012, une personne sur trois âgée de 16 à 64 ans est en situation d'illettrisme. En 2011, 84 % de la population vit sous le seuil de bas revenus, soit avec moins de 959 euros par mois et par unité de consommation (seuil métropolitain), ce qui est supérieur aux taux des autres territoires d'outre-mer (49 % à La Réunion) et largement au-dessus du taux métropolitain (16 %).

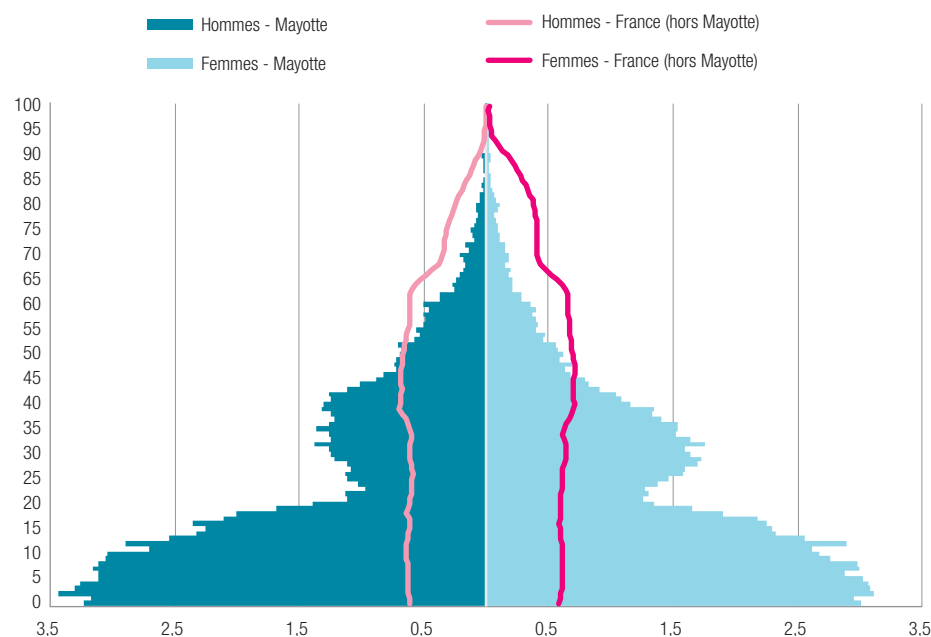
Périnatalité, maladies infectieuses et maladies chroniques : des priorités de santé pour Mayotte

En lien avec le taux de natalité élevé, la santé périnatale et infantile constitue une problématique majeure de santé publique à Mayotte : les taux de mortalité infantile sont très largement supérieurs aux taux métropolitains. Pour Mayotte, le taux de mortalité infantile est de 13,5 ‰ en 2007², soit plus de deux fois supérieur à celui de La Réunion (6,1 ‰ en 2007) et près de quatre fois plus qu'en Métropole (3,6 ‰ en 2007).

Mayotte, de par sa situation géographique et la précarité socio-économique de sa population, reste fortement exposée aux maladies infectieuses (maladies vectorielles, tuberculose, hépatite B, VIH-sida...) ou hydriques liées à l'environnement (typhoïde, diarrhée...). Des données plus anciennes comme l'enquête Maydia, réalisée en 2008, révélait chez les 30 à 69 ans une prévalence du diabète de 10,5 %. Le vieillissement attendu de la population de Mayotte encore jeune et la poursuite de l'occidentalisation des modes de vie présagent une aggravation dans les prochaines années de la morbidité et de la mortalité par diabète. La forte prévalence du surpoids, en particulier chez les femmes (79 % *versus* 52 % des hommes selon l'enquête Maydia) peut aussi contribuer à la progression de la maladie sur l'île. On observe également à Mayotte des situations de carence nutritionnelle, notamment chez les enfants.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2012 (en %)



1. En l'absence de statistiques aux frontières, le solde migratoire apparent résulte de la différence entre la croissance de la population et le solde naturel entre deux recensements.
2. Il n'y a pas de données plus récentes pour Mayotte.

Contexte de la périnatalité

► Les sages-femmes, acteurs clé de l'offre en périnatalité

L'offre de soins est structurée autour du centre hospitalier de Mayotte (CHM), comprenant une maternité de niveau II située à Mamoudzou, de 4 centres de référence répartis dans les quatre autres secteurs de santé et de 13 dispensaires rattachés au CHM. De plus, un réseau de 22 centres de protection maternelle infantile (PMI) est réparti sur le territoire de l'île (carte 1).

Les données de l'offre de soins révèlent un manque important de professionnels de santé sur l'île, plus particulièrement de médecins spécialistes en lien avec la prise en charge périnatale : au 1^{er} janvier 2015, la densité des médecins généralistes à Mayotte apparaît largement inférieure à celle de La Réunion et de la Métropole. Le constat est le même pour les densités des pédiatres et des gynécologues-obstétriciens.

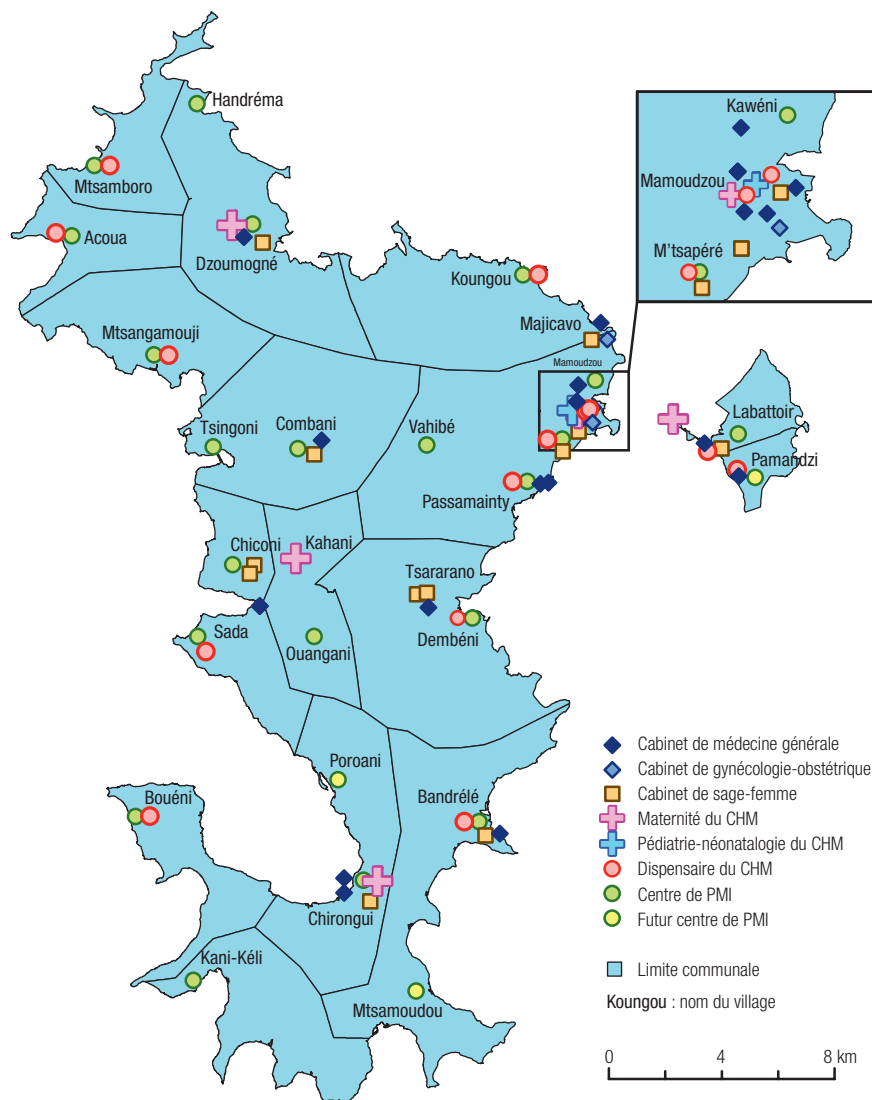
En revanche, la densité de sages-femmes apparaît plus élevée à Mayotte qu'à La Réunion ou qu'en Métropole : 297 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (174 à La Réunion et 140 en Métropole).

À Mayotte, les sages-femmes sont au centre du suivi de grossesse et de la prise en charge des accouchements, elles réalisent les accouchements dans la maternité du CHM et dans les 4 centres de référence. Selon l'enquête périnatale 2010, le pourcentage d'accouchements réalisés par des sages-femmes est plus important à Mayotte qu'en Métropole (68,6 % contre 47,5 %).

► Une natalité forte avec un accroissement récent des naissances

En 2014, 7 306 enfants sont nés d'une mère domiciliée à Mayotte. Le nombre de naissances est à nouveau en hausse en 2014, en partie en raison du flux migratoire en provenance des Comores, après une baisse observée depuis 2008.

CARTE 1
Structures de prise en charge en périnatalité à Mayotte – situation au 1^{er} septembre 2015



Source • Données de la PMI Mayotte/ADELI RPPS (ARS) ; exploitation ARS Océan Indien/INSEE.

Au cours de la période 2012-2014, la moitié des naissances ont lieu dans le secteur de santé du Grand Mamoudzou, seul secteur (parmi les cinq

définis) disposant d'un plateau technique assurant les prises en charge de médecine, chirurgie et obstétrique.

Références

Cellier M., 2011, « L'enquête périnatale à Mayotte en 2010 », *Infos Études et Statistiques*, Agence de santé Océan Indien, n° 22, juillet.

Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), Rapport d'activité 2014.

INSEE, 2010, Tableau économique de Mayotte – édition 2010.

ORS La Réunion, 2014, « Indicateurs autour de la grossesse à Mayotte », *Tableau de bord*, avril.

ORS Océan Indien, 2016, « Indicateurs autour de la grossesse à Mayotte », *La Lettre de l'ORS*, ORS de l'Océan Indien, n° 7, mars.

Solet J.-L., Baroux N., 2009, Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte, Institut de veille sanitaire, 83 p.

Mayotte (suite)

►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de l'océan Indien

En 2014, le taux de natalité à Mayotte est de 32,7 ‰ ; il est nettement supérieur aux taux observés à La Réunion (16,8 ‰) et en Métropole (12,2 ‰).

► Un nombre important de naissances hors établissement

Parmi les naissances enregistrées au centre hospitalier de Mayotte en 2014, 553 naissances ont lieu hors établissement, soit 7,5 % de l'ensemble des naissances. Les explications possibles sont : les difficultés pour les femmes à disposer d'un moyen de locomotion, la durée du trajet jusqu'à la maternité ou le centre de référence et la situation sociale et administrative de la femme.

► Principaux éléments caractéristiques des naissances, issus des données hospitalières

D'après les données du centre hospitalier de Mayotte, l'âge moyen des mères à l'accouchement (quel que soit le rang de naissance de l'enfant) est de 28,2 ans en 2014 contre 29,9 ans en Métropole. Il est en augmentation comme dans le reste de la France. Parallèlement, entre 2012 et 2014, 330 mères mineures (dont 40 de moins de 15 ans) accouchent en moyenne chaque année, ce qui représente 4,8 % des accouchements (0,5 % en Métropole).

En 2014, 9,9 % des naissances vivantes à Mayotte sont prématurées (terme < 37 semaines d'aménorrhée). La proportion d'enfants nés vivants prématurés à Mayotte est comparable à celle de La Réunion (10,4 % des naissances en 2014) et supérieure à celle enregistrée en

Mayotte, 101^e département français

Mayotte est une collectivité unique, appelée « Département de Mayotte », qui exerce les compétences dévolues aux départements et aux régions d'outre-mer. L'île de Mayotte est devenue le 101^e département français, et le 5^e département-région d'outre-mer (DROM) en mars 2011. Ce nouveau département est confronté à plusieurs défis, notamment en matière d'observation de la santé de la population. En effet, le système d'information existant sur l'île est à renforcer pour avoir une vision quantifiée précise des problèmes de santé de la population résidant sur l'île. La production continue sur la santé à Mayotte reste difficile, car les systèmes d'information en santé ne sont pas encore totalement opérationnels, certains recueils de données n'étant par ailleurs pas encore informatisés. De fait, les données sur ce territoire sont moins disponibles et leur actualisation est moins régulière.

Métropole (6,8 % en 2014). La part des enfants nés vivants avec un faible poids de naissance (< 2 500 g) est de 11,8 % à Mayotte en 2014 (12,1 % à La Réunion et 7,3 % en Métropole en 2014). Le taux de mortalité est de 15,2 ‰ (8,6 ‰ en Métropole) en 2014.

En 2014, 17,0 % des femmes accouchent par césarienne. Ce taux est inférieur à celui de La Réunion (19,9 % en 2014) et de la Métropole (20,1 % en 2014). Il est de 4,7 % chez les mères mineures. De 2012 à 2014, les données d'hospitalisation révèlent que près de deux tiers des césariennes ont lieu au cours du travail, alors que le taux de césariennes réalisées dans un contexte d'urgence représente 16,0 %. Le reste concerne des césariennes programmées. La part des césariennes chez les moins de 25 ans est très importante, elle représente 26,9 % de l'ensemble des césariennes (3,9 % des césariennes concernent des mineures).

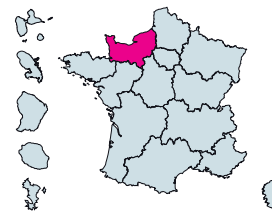
► Des indicateurs en périnatalité éclairés par l'enquête périnatale de 2010

Les informations en matière de périnatalité à Mayotte sont hétérogènes. Cependant les

résultats de l'enquête périnatale de 2010 à Mayotte montrent :

- des conditions socio-économiques défavorables pour les femmes, avec une précarité financière importante, et une faible couverture par l'assurance maladie (50 % d'entre elles n'ont pas d'assurance maladie) ;
- des grossesses survenant tôt ;
- un retard important en matière de surveillance prénatale : l'entretien précoce est rare (4,0 %) ainsi que le suivi de séances de préparation à la naissance (5,0 %). La majorité des femmes n'ont jamais vu d'anesthésiste (67,0 %). Le nombre d'échographies est nettement inférieur à celui de la Métropole et de La Réunion en 2003 : 48,0 % des femmes qui ont accouché à Mayotte ont eu moins de 3 échographies en 2010, contre 5,0 % des femmes à La Réunion en 2003 et 1,5 % des métropolitaines en 2010 ;
- un suivi médical à améliorer, puisque la moitié des parturientes ont moins de 7 consultations prénatales (6 % en Métropole en 2010). ■

Normandie



Contexte démographique

Avec 3,3 millions d'habitants au recensement de 2013, la Normandie se situe au 9^e rang des régions les plus peuplées de France. Sa densité de population de 111,3 habitants au km² est proche de la moyenne nationale (9^e rang également).

La part des personnes âgées est globalement plus forte qu'en France à partir de 50 ans, notamment chez les femmes. En revanche, le déficit de population observé entre 20 et 40 ans est nettement plus marqué en Normandie qu'au niveau national, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (graphique 1). L'indice de vieillissement normand situe la région dans la moyenne nationale (74,7, soit au 8^e rang des régions ayant l'indice de vieillissement le plus élevé).

► Une croissance démographique modérée

Entre les recensements de 2008 et 2013, la population normande s'est accrue de 0,2 % par an en moyenne, ce qui place la région au 12^e rang des régions avec la plus forte croissance démographique. L'accroissement migratoire normand durant cette période étant négatif (- 0,1 %

par an), la croissance démographique observée dans la région est portée par l'accroissement naturel, ce dernier demeurant assez faible au regard des autres régions de France (+ 0,3 %, 10^e rang). À la même période, la population des moins de 20 ans a diminué de 0,2 % par an, alors que le nombre de jeunes est en augmentation au niveau national (+ 0,1 % par an). Inversement, le taux d'accroissement annuel moyen des personnes de 75 ans ou plus est légèrement plus fort en Normandie qu'en France (+ 1,9 % contre + 1,8 %).

► Une fécondité relativement faible

Le faible accroissement naturel normand s'explique notamment par une fécondité plutôt basse. En effet, l'indice conjoncturel de fécondité de la Normandie est de 1,92 enfant par femme en 2014 (10^e rang des régions de France), pour une moyenne nationale de 1,98. Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans enregistré dans la région (5,9 ‰) est proche du niveau national (6,0 ‰), la Normandie se situant au 7^e rang des régions avec le taux de fécondité des jeunes femmes le plus élevé, après les régions ultramarines, les Hauts-de-France et le Grand Est.

Contexte social

En 2012, près d'un foyer fiscal normand sur deux (49,1 %) n'est pas imposé sur le revenu, soit une valeur supérieure d'un point à la moyenne nationale (48,0 %). La Normandie se situe ainsi au 9^e rang des régions de France où cette part est la plus élevée.

► Une situation économique dans la moyenne

Avec un taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) de 10,2 % en 2014, la Normandie se situe au niveau de la valeur métropolitaine (9,9 %), et se place au 5^e rang des régions de Métropole ayant un taux élevé. Au recensement de 2013, la part standardisée des inactifs de 25-54 ans est par ailleurs de 9,0 % en Normandie, soit une valeur proche du niveau national (9,5 %). La part des personnes peu ou pas diplômées de 25-34 ans enregistrée en Normandie (15,2 %) est également proche de la moyenne nationale (15,1 %), la région se plaçant ainsi au 10^e rang des régions avec une part élevée de personnes peu ou pas diplômées.

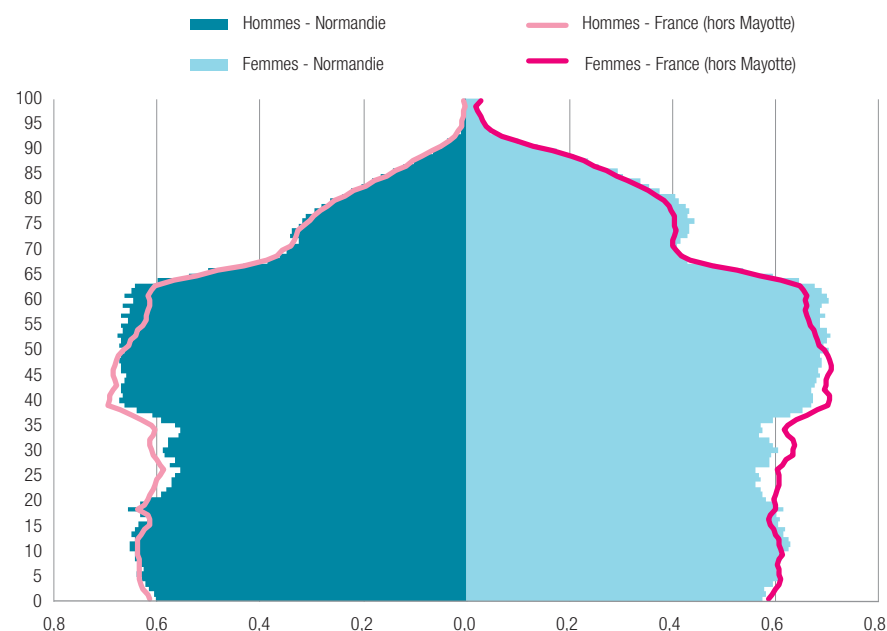
► Un taux d'allocataires du RSA majoré particulièrement élevé

La Normandie enregistre un taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) de 7,8 %, valeur légèrement inférieure au niveau national (8,6 %). Ce taux place la Normandie au 10^e rang des régions de France. En revanche, le taux d'allocataires du RSA majoré en Normandie atteint 14,0 %, soit environ 1 famille monoparentale sur 7. Ce taux est supérieur de 2 points au niveau métropolitain (12,1 %) et situe la Normandie au 6^e rang des régions de France les plus concernées par le RSA majoré, après les régions d'outre-mer et les Hauts-de-France.

Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) enregistré en Normandie s'élève à 3,6 %, valeur supérieure au niveau national (3,1 %) et place la région au 7^e rang des régions ayant un taux élevé. Le taux de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est, quant à lui, plus faible en Normandie qu'au niveau national (respectivement 6,7 % et 7,5 %), la région se situant au 9^e rang des régions avec un taux élevé.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

En Normandie, plus de 31 000 décès annuels moyens sont enregistrés au cours de la période 2011-2013. Parmi ces décès, 6 409 surviennent avant 65 ans, davantage chez les hommes (4 423 décès) que chez les femmes (1 986 décès).

► Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de Métropole

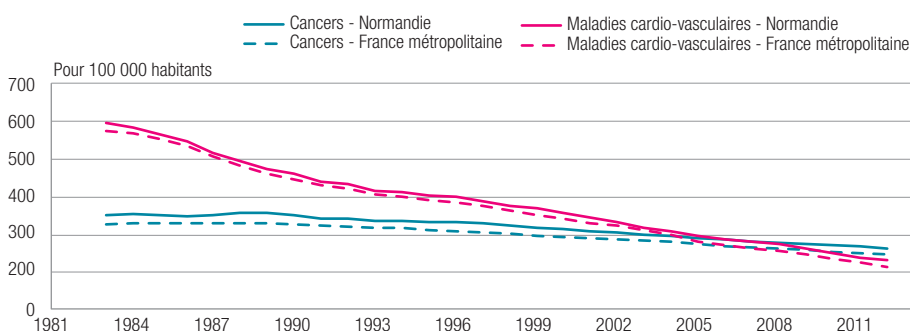
Avec une espérance de vie de 77,4 ans chez les hommes entre 2011 et 2013, la Normandie enregistre la 3^e plus faible valeur des régions métropolitaines, après les Hauts-de-France et la Bretagne. Par rapport à la période 1982-1984, les hommes de la région ont gagné 7,3 ans d'espérance de vie, augmentation comparable au niveau métropolitain (+ 7,6 ans). Chez les femmes, l'espérance de vie de 84,5 ans situe également la Normandie dans le bas du classement, après les Hauts-de-France et le Grand Est. L'espérance de vie des femmes de la région a progressé de 5,7 ans depuis 1982-1984 (+ 6,0 ans en Métropole).

► Une surmortalité prématurée particulièrement forte

En 2011-2013, la mortalité générale en Normandie a diminué de 41,0 % par rapport à la période 1982-1984 (- 41,7 % en Métropole). La Normandie enregistre, par ailleurs, la deuxième plus forte mortalité prématurée des régions de Métropole, après les Hauts-de-France, avec une surmortalité de 13,6 % par rapport au niveau métropolitain (+ 15,8 % chez les hommes et + 8,5 % chez les femmes).

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

La surmortalité normande est aussi marquée pour les cancers : le différentiel avec la Métropole est de + 9,0 % chez les hommes et de + 4,4 % chez les femmes en 2011-2013. Les écarts avec la Métropole sont surtout marqués pour la mortalité prématurée par cancers : + 14,6 % chez les hommes et + 5,6 % chez les femmes.

Avec une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire de + 7,7 % par rapport à la Métropole, la Normandie se classe au 10^e rang des régions de Métropole entre 2011 et 2013. Chez les moins de 65 ans, le différentiel avec le niveau métropolitain par maladies de l'appareil circulatoire est également plus fort : + 16,3 % chez les hommes, tandis qu'il est équivalent au niveau métropolitain chez les femmes.

► Des progrès sanitaires moins soutenus qu'en Métropole au cours des trente dernières années

Malgré des taux de mortalité en forte diminution partout en France depuis la période 1982-1984, l'écart entre la Normandie et la moyenne métropolitaine s'est légèrement accentué en l'espace d'une trentaine d'années. Entre ces deux périodes, la Normandie est passée du 10^e au 11^e rang des régions avec la plus faible mortalité générale, et du 10^e au 12^e rang de celles avec la plus faible mortalité prématurée. Au regard de la Métropole, la surmortalité prématurée par cancers s'est accentuée au cours des trois dernières décennies : + 9,0 % en 1982-1984 et + 11,3 % en 2011-2013, la région passant ainsi du 10^e au 12^e rang des régions métropolitaines (graphique 2). La surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire s'accroît également par rapport à la Métropole entre les périodes considérées. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les femmes,

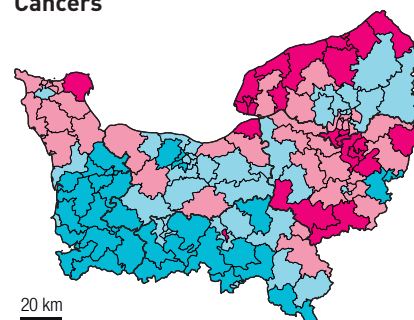
alors que la région et la Métropole enregistraient des taux équivalents en 1982-1984, la Normandie présente désormais une surmortalité de + 6,2 %. La surmortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire affiche aussi une progression pour les deux sexes : des taux comparables en 1982-1984, contre une surmortalité de + 15,4 % en 2011-2013.

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, une forte mortalité par cancers est observée sur le littoral de la région ainsi que dans l'Eure, tandis que le sud de la Manche et l'Orne (hormis Argentan) enregistrent des taux particulièrement bas (carte 1). La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est globalement faible au sein des grandes agglomérations de Normandie (carte 2). En revanche, elle est forte en Seine-Maritime (hors agglomérations de Rouen et du Havre), dans l'ouest eurois et sur le littoral manchois (hors agglomération de Cherbourg).

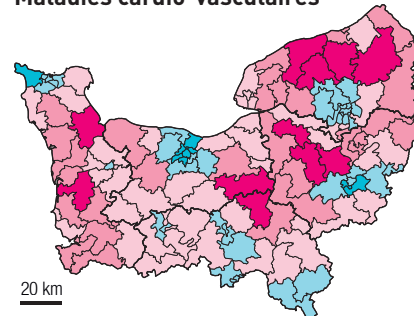
CARTES 1 ET 2

Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Normandie (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité plus forte qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, la Normandie enregistre plus de 1 200 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, dont plus des trois quarts concernent les hommes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, cette mortalité a diminué d'un quart dans la région comme en France. Le niveau normand demeure néanmoins largement supérieur à la moyenne nationale (14^e rang des régions avec la mortalité la plus faible, quel que soit le sexe).

Entre 2001-2003 et 2011-2013, une baisse significative de la mortalité par cancers des VADS est enregistrée chez les hommes dans la région (- 30,2 %) comme au niveau national (- 30,0 %). En revanche, la mortalité enregistrée chez les femmes reste la même en Normandie entre les deux périodes, tandis qu'elle diminue en France (- 7,0 %). La région passe ainsi du 11^e rang en 2001-2003 au 15^e rang en 2011-2013 pour

ce type de décès chez les femmes. La région présente, par ailleurs, en 2011-2013 une mortalité par cirrhoses du foie supérieure de 25 % à celle observée au niveau national, et occupe le 13^e rang des régions où la mortalité par cirrhoses du foie est la moins élevée. Avec une baisse légèrement moins marquée que pour les autres pathologies, la mortalité par psychoses alcooliques et alcoolisme a diminué de 19,7 % entre 2001-2003 et 2011-2013. La Normandie se classe au 11^e rang des régions de France et enregistre une surmortalité de 32,7 % par rapport à la valeur nationale.

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, est particulièrement forte sur le littoral seinomarin, ainsi que dans le Cotentin (carte 3). La métropole rouennaise ainsi que les cantons du sud de l'Eure et du Perche affichent aussi des taux standardisés parmi les plus élevés de la région.

► Une mortalité préoccupante chez les hommes pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 4 833 décès pour les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies

chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont recensés en moyenne chaque année en Normandie, dont 3 158 chez les hommes. Cela représente un cinquième de l'ensemble des décès masculins de la région, et 1 décès sur 10 chez les femmes. Depuis la période 2001-2003, la mortalité pour ces pathologies a diminué de 20,6 % en Normandie, évolution équivalente à celle observée sur l'ensemble du territoire (- 20,9 %). Le taux normand demeure supérieur au niveau national, notamment chez les hommes (+ 10,1 % contre + 7,1 % chez les femmes).

La mortalité par cancers du poumon a légèrement diminué entre les deux périodes chez les hommes (- 11,0 %), et la Normandie présente une situation défavorable par rapport aux autres régions de France (14^e rang). Chez les femmes, la mortalité liée à cette pathologie a fortement augmenté depuis 2001-2003 : une évolution de + 51,1 % est constatée (+ 41,6 % au niveau national).

Les décès par cardiopathies ischémiques représentent près de la moitié des décès pour lesquels la consommation de tabac est un facteur de risque dans la région, malgré une forte diminution du taux standardisé entre 2001-2003 et 2011-2013, en Normandie (- 35,1 %) comme au niveau national (- 38,6 %). La région affiche une situation sanitaire particulièrement défavorable vis-à-vis de cette pathologie, présentant une surmortalité de 21,2 % par rapport à la France.

En Normandie, une sous-mortalité par BPCO de 6,9 % est relevée en 2011-2013 par rapport au niveau national. La mortalité pour cette pathologie a peu évolué depuis 2001-2003, et la Normandie se classe au 10^e rang des régions de France.

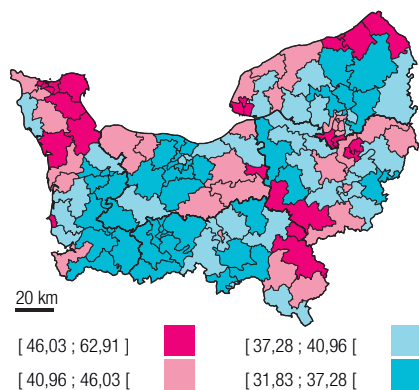
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont globalement plus faibles autour des grandes agglomérations de la région (carte 4). Le sud de l'Orne présente également des taux en deçà de la moyenne régionale. En revanche, des valeurs élevées sont relevées entre Coutances et Granville, sur le littoral seinomarin (hors agglomération du Havre) ainsi qu'au sein des cantons frontaliers entre l'Eure et le Calvados.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

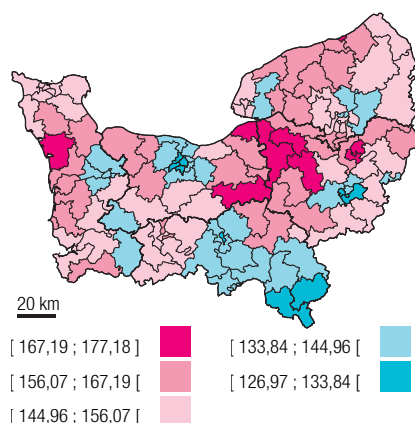
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Cancer du sein : une situation régionale préoccupante

► Contexte national

Avec environ 49 000 nouveaux cas estimés pour l'année 2012 en France métropolitaine, le cancer du sein invasif est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le cancer du sein est également le plus meurtrier, devant le cancer du poumon et du côlon-rectum, avec près de 12 000 décès estimés en 2012.

Le taux d'incidence du cancer du sein n'a cessé d'augmenter entre 1980 et 2005 (+1,4 % par an), avant de se stabiliser. Parallèlement, le taux standardisé de mortalité par cancers du sein chez les femmes a baissé de 13 % en trente ans. Ainsi, la survie nette à cinq ans (survie observée si la seule cause de décès est le cancer étudié) des patientes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué entre 1989 et 1993 était de 80 % et atteint 88 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010. Ces évolutions peuvent s'expliquer en partie par l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patientes, ainsi que par un diagnostic plus précoce lié à la pratique de dépistage. (cf. fiche Cancer du sein et dépistage).

► Deuxième région métropolitaine la plus touchée par la mortalité par cancers du sein chez les femmes

En Normandie, 673 décès féminins par cancers du sein sont dénombrés chaque année entre 2006 et 2013.

La Normandie se place en 2^e position des régions présentant le taux standardisé de mortalité par cancers du sein le plus élevé de Métropole (derrière les Hauts-de-France). Ainsi, 37,3 décès pour 100 000 femmes sont dénombrés en 2006-2013, contre 34,6 en France métropolitaine. La Normandie présente ainsi un différentiel de mortalité de + 8,0 % par rapport au niveau national durant cette période.

Des disparités départementales sont observées, avec une situation préoccupante pour les départements de l'Eure et la Seine-Maritime. Ces derniers présentent une surmortalité significative par rapport au niveau national (respectivement 38,1 décès pour 100 000 femmes domiciliées dans le département de l'Eure et 38,6 pour celui de la Seine-Maritime). Pour les trois autres départements de la région, les taux sont de 35,7 dans la Manche, 36,4 dans l'Orne et 36,7 dans le Calvados.

À une échelle géographique plus fine (carte 5), la mortalité est moins élevée dans le

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie, Observatoire régional de la santé et du social de Haute-Normandie

sud de la Manche et l'ouest du département de l'Orne. La situation est plus dégradée dans le nord-est de la Seine-Maritime et son littoral, ainsi que dans le centre-ouest et le nord-est de l'Eure.

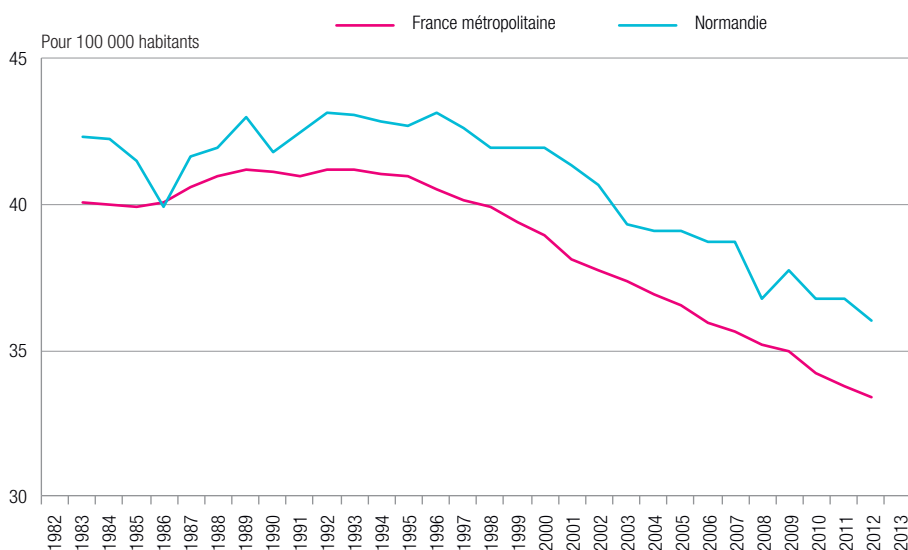
► Une baisse de la mortalité par cancers du sein moins marquée et plus tardive qu'au niveau national

Entre 1982-1984 et 2011-2013, le taux standardisé régional de mortalité a diminué de 15,0 %, soit une baisse inférieure à celle observée en moyenne en France métropolitaine (- 16,6 %). Plus précisément, c'est après une période de légère augmentation entre 1982-1984 et 1991-1993 que la baisse de la mortalité par cancers du sein s'est amorcée (graphique 3). Ainsi, entre 1991-1993 et 2011-2013, le taux standardisé régional de mortalité a diminué de 16,5 % *versus* - 18,9 % en France métropolitaine. Les écarts entre la région et le niveau national se creusent donc, avec un différentiel de 5,6 % en 1991-1993 et de 7,8 % en 2011-2013.

Si les taux de mortalité par cancers du sein diffèrent d'un département à l'autre, les évolutions divergent également avec une baisse moins marquée pour l'Orne et le Calvados à cette même période. Le département de la Seine-Maritime présente, quant à lui, une baisse plus conséquente qui reste néanmoins moins importante qu'au niveau national. ■

GRAPHIQUE 3

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers du sein chez les femmes (moyenne mobile sur trois années) entre 1982-1984 et 2011-2013

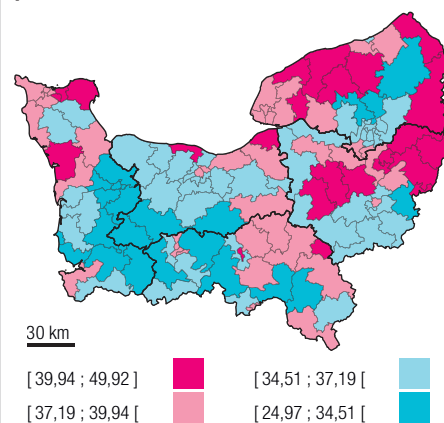


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation ORS Basse-Normandie et OR2S.

CARTE 5

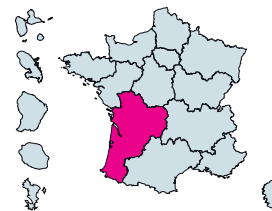
Taux standardisés* de mortalité par cancers du sein chez les femmes par cantons en 2006-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Nouvelle-Aquitaine



Contexte démographique

Avec plus de 5,8 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Nouvelle-Aquitaine est la 4^e plus peuplée de France. Sa densité de 69,5 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 13^e rang des 17 régions françaises.

La population est plus âgée que celle de la France (graphique 1). Les classes d'âges au-delà de 50 ans sont plus représentées dans la région. À l'opposé, celles de moins de 40 ans le sont moins.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus à 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 2^e plus élevé de France, derrière la Corse : il est de 96,3 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique due au solde migratoire

La croissance démographique de la région (+ 0,6 % par an en moyenne entre 2008 et 2013) est exclusivement due au solde migratoire, l'un des plus élevés de France. Comme en Corse, seule autre région dans cette

situation, le nombre de décès est égal à celui des naissances.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,5 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 1,6 %. Le taux d'accroissement annuel des moins de 20 ans est supérieur à la valeur nationale (+ 0,1 % par an), ce qui indique l'attractivité de la région pour les jeunes et les ménages avec des enfants, alors que pour les 75 ans ou plus, il lui est inférieur (+ 1,8 %). Aussi, la progression du vieillissement a été moins marquée en Nouvelle-Aquitaine qu'en France.

► Une fécondité parmi les plus basses de Métropole

L'indice conjoncturel de fécondité, de 1,80 enfant par femme en 2014, place la région à l'avant-dernier rang des 17 régions françaises, devant la Corse. Il est beaucoup plus faible qu'en France (1,98). Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans (5,3 ‰) est inférieur au taux observé en France (6 ‰).

Contexte social

► Un contexte social globalement favorable

La Nouvelle-Aquitaine est une des régions où les indicateurs de fragilité professionnelle se situent en dessous des valeurs moyennes françaises. C'est le cas du taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) égal à 9,6 pour 100 actifs en 2014 (contre 9,9 % au niveau national), de la part standardisée d'inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage (8,6 % pour une valeur nationale de 9,5 %). De même, moins de 13,8 % des personnes de 25-34 ans de la région ont déclaré être peu ou pas diplômées lors du recensement de 2013, classant la région parmi celles ayant une part plus faible : 15^e rang sur 17 (15,1 % au niveau national).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est modéré : 6,0 personnes pour 100 habitants à comparer à 7,5 % au niveau national en 2014.

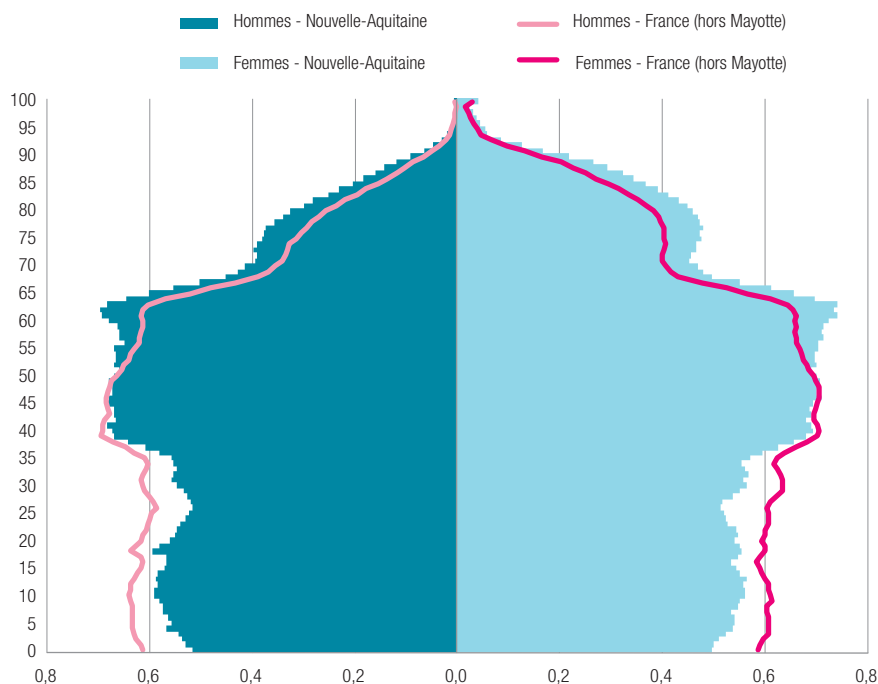
► Quelques indicateurs témoins de fragilités

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales en 2014 confirment partiellement cette situation favorable. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 7,3 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 11^e rang sur les 17 régions. De même, le taux de RSA majoré, qui concerne les familles monoparentales, s'établit à 12,2 % pour une moyenne nationale de 13,0 %, situant la région au 11^e rang. À l'opposé, le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est élevé dans la région : 3,7 % pour une moyenne nationale de 3,1 % ; la région se classe alors au 4^e rang derrière la Corse, la Guadeloupe et l'Occitanie.

La part de foyers fiscaux non imposés – 50,5 % en 2012 – est également au-dessus de la moyenne nationale (48,0 %), situant la région au 8^e rang des régions ayant une part élevée.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 60 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Nouvelle-Aquitaine en 2011-2013 : 30 416 chez les hommes et 29 532 chez les femmes.

► Une espérance de vie proche de la moyenne nationale

L'espérance de vie à la naissance est identique à celle observée sur l'ensemble de la France pour les hommes (78,6 années), et légèrement plus élevée dans la région pour les femmes (85,0 années).

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a progressé de 6,7 années chez les hommes et 5,6 années chez les femmes de la région. Ce gain est moindre que celui observé au niveau de la France métropolitaine, particulièrement chez les hommes (+ 7,6 ans).

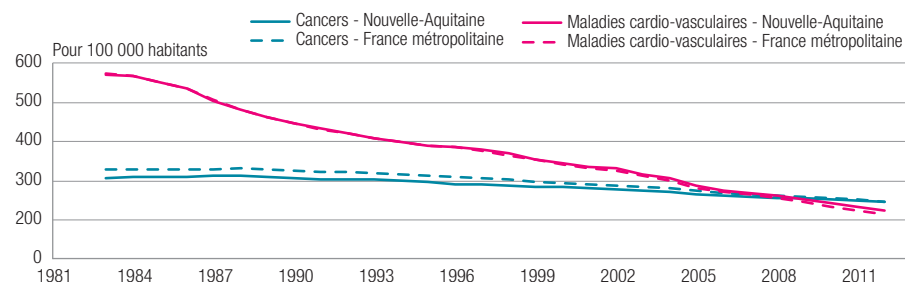
L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était de 7,8 années en 1982-1984 (8,1 en France métropolitaine) ; il est de 6,7 années en 2011-2013 (6,4 en Métropole).

► Une sous-mortalité générale, mais une surmortalité masculine par maladies cardio-vasculaires

Chez les femmes et globalement pour les deux sexes, la région Nouvelle-Aquitaine présente des taux standardisés de mortalité toutes causes plus bas que ceux de la France. En revanche, chez les hommes, le niveau de mortalité générale est le même que pour la France. La mortalité prématurée (décès avant 65 ans) est identique à celle de la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La région se situe au 7^e rang des régions métropolitaines.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Alors qu'en 1982-1984, la région présentait une sous-mortalité par cancers par rapport à la France métropolitaine avec un différentiel de - 6,3 %, elle présente en 2011-2013 une mortalité comparable avec le niveau métropolitain, pour les hommes comme pour les femmes. Cela place la région au 5^e rang des régions métropolitaines. Depuis trente ans, la mortalité par cancers en Nouvelle-Aquitaine a diminué de 19,6 % (graphique 2). La mortalité prématurée par cancers est également comparable à celle de la France métropolitaine et présente la plus faible diminution de toutes les régions (- 20 %) depuis trente ans.

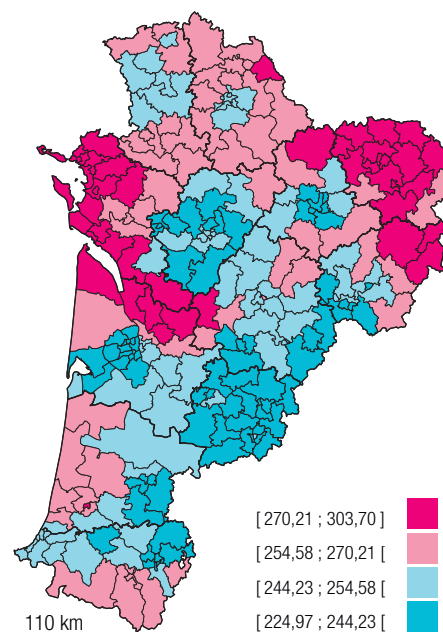
La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est plus élevée qu'en France chez les hommes (8^e rang), mais d'un niveau comparable chez les femmes. Le recul de la mortalité générale résulte principalement d'une forte baisse des maladies de l'appareil circulatoire, avec un taux standardisé de mortalité tous âges qui a diminué de 60,1 % en Nouvelle-Aquitaine entre 1982-1984 et 2011-2013 (graphique 2). La mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires dans la région est la même que celle de la France métropolitaine, situant la région au 7^e rang.

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, une mortalité plus élevée par cancers est observée le long du littoral de la Charente-Maritime et de l'estuaire de la Gironde, ainsi que dans la Creuse et dans le nord-est de la Corrèze (carte 1). Une mortalité plus faible par cancers est constatée dans une large part de la Charente, en Lot-et-Garonne ainsi qu'autour des villes de Bordeaux, Limoges, Brive-la-Gaillarde, Mont-de-Marsan et Pau. Les taux les plus élevés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont globalement situés au sein des départements limousins, de la Dordogne, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques (carte 2). La majeure partie des plus grandes villes de la région présentent des taux bas.

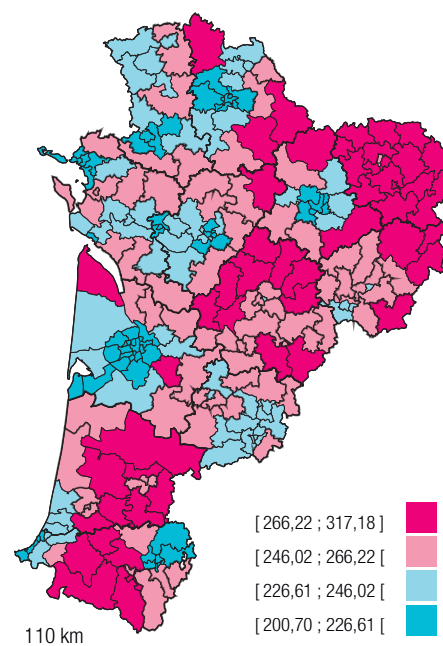
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE), exploitation FNORS.

Nouvelle-Aquitaine (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► **Malgré d'importants contrastes territoriaux, une situation favorable de la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque**

Au cours de la période 2011-2013, 1 693 décès annuels moyens sont dénombrés en Nouvelle-Aquitaine pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important. Près de 8 décès sur 10 sont masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces causes de décès ont diminué de 23,0 % dans la région, contre - 25,8 % au niveau national. Cette baisse est observée pour les cancers des VADS, sauf chez les femmes pour lesquelles les taux sont restés stables, et pour les cirrhoses du foie quel que soit le sexe. La mortalité par psychoses alcooliques est restée stable.

En Nouvelle-Aquitaine, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport à la France, tant pour les hommes que pour les femmes. Cette sous-mortalité se vérifie pour les cancers des VADS (sauf pour les femmes) et les cirrhoses du foie quel que soit le sexe, tandis qu'aucune différence n'existe entre les taux régionaux et nationaux pour les psychoses alcooliques.

Entre 2006 et 2013, au niveau infrarégional, la partie nord de la région, comprenant les cantons des départements picto-charentais, de la Creuse, du nord-est de la Corrèze et du nord de la Dordogne, se caractérise majoritairement par des taux élevés de mortalité (carte 3). Les cantons au sud d'une ligne Bordeaux-Tulle et ceux de Limoges présentent, à l'inverse, des taux plus faibles.

► **Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque**

Au cours de la période 2011-2013, 8 825 décès annuels moyens sont enregistrés en Nouvelle-Aquitaine, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Près des deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 16,5 % dans la région (- 20,9 % pour la France). Cette baisse a concerné les hommes (- 20,1 %) et, à un degré moindre, les femmes (- 10,9 %). Les variations observées sont différentes selon les pathologies et le sexe. Ainsi, les taux standardisés de mortalité ont reculé, quel que soit le sexe, pour les cardiopathies

ischémiques et, chez les hommes, pour la BPCO et les cancers du poumon. Les taux féminins ont augmenté pour la BPCO et surtout pour les cancers du poumon (+ 63,4 % contre + 41,6 % pour la France).

Entre 2011 et 2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national est observée en Nouvelle-Aquitaine en lien avec ces pathologies, pour les hommes (9^e rang sur 17) et les deux sexes (10^e rang). Cette sous-mortalité est constatée pour les deux sexes et chez les hommes pour la BPCO. La situation régionale est comparable à celle de la France pour les cardiopathies ischémiques et les cancers du poumon.

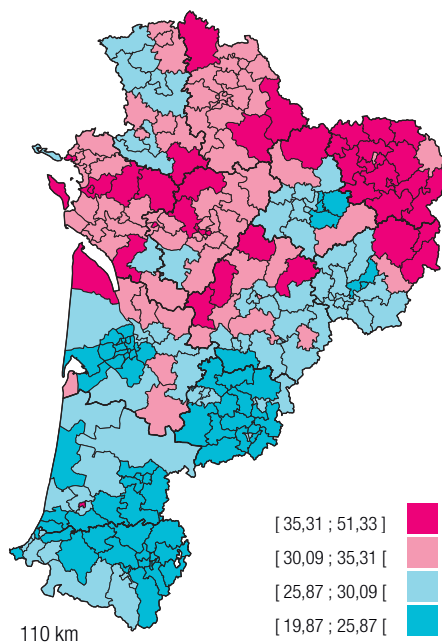
En 2006-2013, au niveau infrarégional, les cantons où dominent les taux de mortalité élevés se situent au sein de la Creuse, des Landes, au nord-est de la Corrèze, ainsi qu'au nord de la Gironde et de la Charente-Maritime (carte 4). Les Deux-Sèvres, les cantons des plus grandes villes et leur périphérie présentent des taux de mortalité plus faibles.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

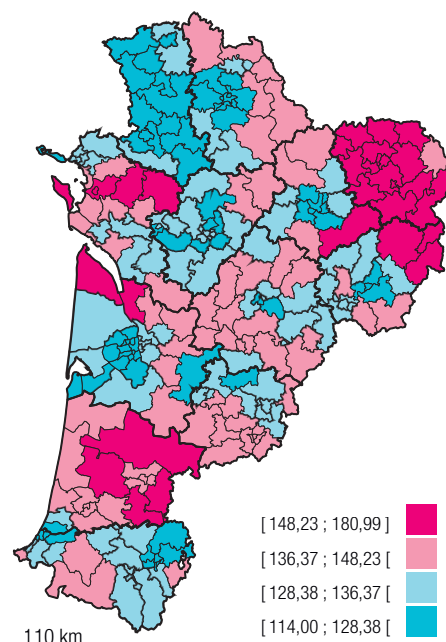
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine, Observatoire régional de la santé du Limousin, Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes

Accidents de la circulation

► 370 accidents mortels en 2015

D'après le Fichier national des accidents corporels (accidents ayant nécessité des soins médicaux, une hospitalisation ou à l'origine de décès), 5 060 accidents corporels ont été enregistrés sur les routes de la région Nouvelle-Aquitaine en 2015. Parmi ces accidents, près de la moitié sont qualifiés de graves, c'est-à-dire justifiant une hospitalisation d'au moins 24 heures ou ayant été à l'origine du décès d'une ou plusieurs personnes. Au cours de l'année, 370 accidents mortels ont été enregistrés dans la région.

Si les nombres des accidents qu'ils soient corporels, graves ou mortels ont diminué entre 2010 et 2015, celui des accidents mortels a nettement augmenté entre 2013 et 2015. Cette hausse est également observée au niveau national (cf. fiche Insécurité routière).

► Un habitant meurt chaque jour d'un accident de la circulation

Au cours de la période 2010-2013, 361 personnes domiciliées dans la région (source CépiDc) sont décédées en moyenne chaque année d'un accident de la circulation, soit 0,6 % de l'ensemble des décès. Ces décès sont survenus lors de l'accident ou au cours des trente jours qui l'ont suivi. Ce nombre annuel a été divisé par 2 en dix ans.

Cette cause de décès a un poids élevé dans la mortalité des adolescents et des jeunes adultes. Elle représente 33 % des décès de la classe d'âges des 15-19 ans, 28 % de celle des 20-24 ans et 21 % de celle des 25-29 ans. Les trois quarts des décès par accidents de la circulation sont masculins. La surmortalité masculine existe pour tous les groupes d'âge. Dans la région, elle est très marquée chez les adultes de 25-44 ans.

► Une surmortalité régionale

Par rapport aux autres régions, la mortalité par accidents de la circulation des habitants de Nouvelle-Aquitaine est élevée. Le taux standardisé de mortalité s'élève en 2011-2013 à 6,3 pour 100 000 habitants, soit une valeur au-dessus de la moyenne nationale (5,2). Ce niveau élevé de mortalité place la région au 7^e rang sur 17 régions et au 5^e rang de la France métropolitaine. La surmortalité régionale concerne aussi bien les hommes que les femmes. Elle est très marquée chez les hommes âgés de 25-34 ans et 35-44 ans. Elle l'est également chez les femmes de 15-24 ans et 65-74 ans.

► Des disparités entre les départements

À l'échelle des départements, des écarts importants entre les taux standardisés existent (graphique 3). La mortalité est la plus élevée dans les départements du Lot-et-Garonne, de

Charente-Maritime, de Dordogne et des Landes. Elle est également au-dessus de la moyenne nationale dans ceux de Charentes et des Deux-Sèvres.

► Une diminution importante de la mortalité par accidents de la circulation

Au cours des trente dernières années, la mortalité par accidents de la circulation a fortement diminué (graphique 4). Le taux standardisé est passé de 23,5 à décès pour 100 000 habitants en 1981-1983 à 6,3 en 2011-2013. Cette baisse de 73 % est comparable à celle enregistrée au niveau national. La baisse a été plus marquée dans la Vienne et l'a été moins en Dordogne, Corrèze et Haute-Vienne. Les départements présentant les plus hauts niveaux de mortalité en début de période restent les plus touchés par la mortalité par accident de la circulation aujourd'hui. ■

Accidents de la circulation

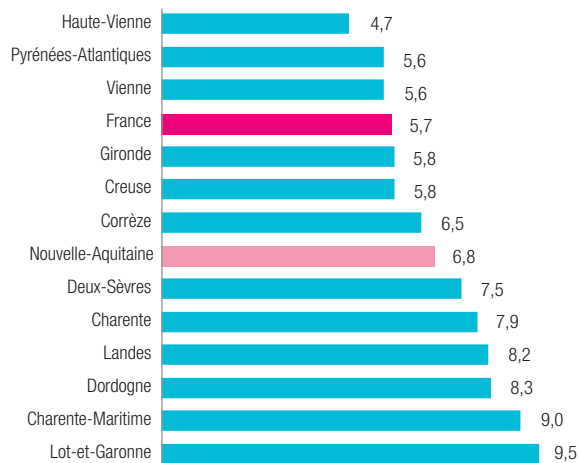
Source : Fichier national des accidents corporels, Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR).

Mortalité par accidents de la circulation

Sources : Certificats de décès (CépiDc), INSEE. Mode de construction de l'indicateur : codes CIM-10 : V01-V89, V99 (accidents survenus hors de la circulation exclus) ; codes CIM-9 : E810-E819, E826-E829.

GRAPHIQUE 3

Taux standardisés* départementaux de mortalité par accidents de la circulation en 2009-2013

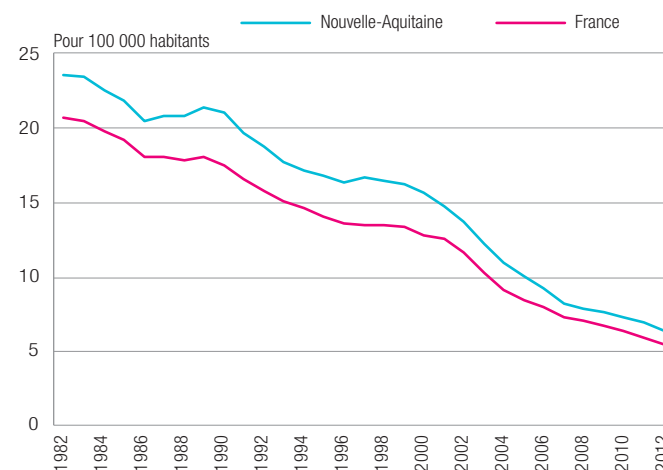


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; INSEE.

GRAPHIQUE 4

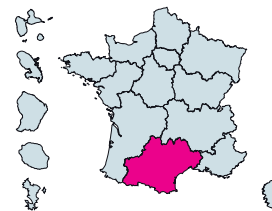
Évolution des taux standardisés* de mortalité par accidents de la circulation de 1981-1983 à 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; INSEE.

Occitanie



Contexte démographique

Avec plus de 5,6 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Occitanie est la 5^e région la plus peuplée. Néanmoins, sa densité de 78,2 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 12^e rang des régions françaises les plus denses.

La population de la région est plus âgée que celle de la France (graphique 1). Les classes d'âges au-delà de 50 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes sont plus représentées en Occitanie.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 4^e plus élevé de France : il est de 89,1 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique

Après la Guyane et la Corse, la région Occitanie a la plus forte croissance démographique : + 1,0 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Cette croissance démographique est principalement due à un solde migratoire positif (+ 0,8 % par an). Le solde naturel, bien que positif (+ 0,2 % par an) est deux fois moins important qu'au niveau national (+ 0,4 %).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus

marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes. Entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,8 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 1,9 % par an en Occitanie. Cependant, le taux d'accroissement des moins de 20 ans est supérieur à la valeur nationale (+ 0,1 % par an), alors que pour les 75 ans ou plus, il est identique.

► Une fécondité parmi les plus basses des régions

L'indice conjoncturel de fécondité en Occitanie est de 1,89 enfant par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 14^e rang des 17 régions avec la plus forte fécondité.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, de 5,5 ‰, est plus faible que la moyenne nationale (6,0 ‰). Huit régions présentent un taux de fécondité plus élevé chez les moins de 20 ans.

Contexte social

En Occitanie, les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont parmi les plus élevés de France métropolitaine. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 9,6 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant

la région au 6^e rang, derrière les quatre régions ultramarines et les Hauts-de-France. Le même constat peut s'appliquer au RSA majoré : un taux de 13,5 % parmi les familles monoparentales pour une moyenne de 13,0 %, situe la région au 7^e rang des 17 régions françaises. La proportion des allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est également importante en Occitanie : 3,9 % pour une moyenne de 3,1 %, situant la région au 3^e rang après la Corse et la Guadeloupe.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est particulièrement élevé dans la région : 8,4 personnes pour 100 habitants contre 7,5 au niveau national, plaçant la région au 6^e rang derrière les quatre régions ultramarines et les Hauts-de-France.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 52,5 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). L'Occitanie se situe à la 7^e position des régions avec la part de foyers fiscaux non imposés la plus élevée, juste après la Corse et les Hauts-de-France, mais loin derrière les régions ultramarines.

► Une fragilité professionnelle

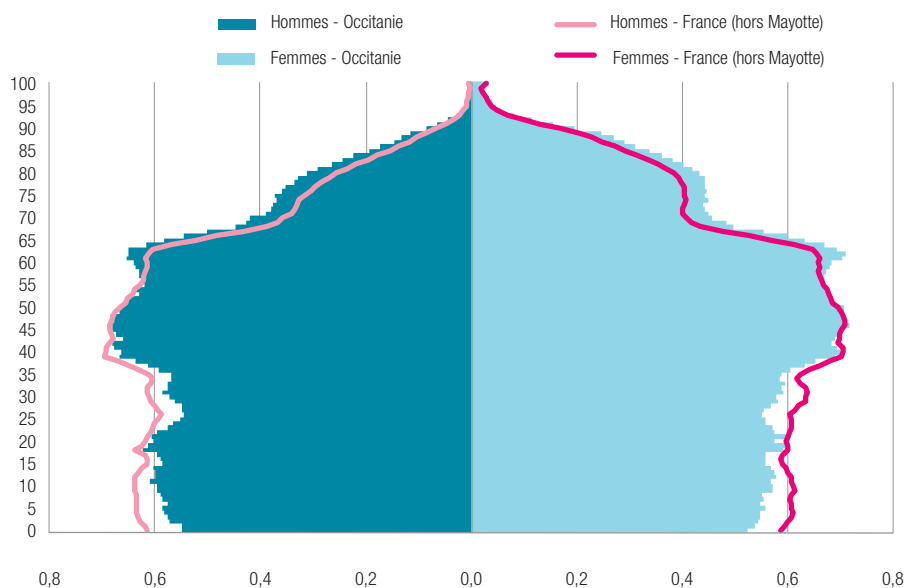
La fragilité professionnelle de la population constitue une des caractéristiques sociales de l'Occitanie : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus élevés en France : il concerne 12,0 % des actifs. Ce taux est supérieur de 2 points à la moyenne métropolitaine (9,9 %) et place l'Occitanie au 2^e rang des 13 régions métropolitaines, juste derrière les Hauts-de-France et au 6^e rang de l'ensemble des régions françaises.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est supérieure à la moyenne nationale : 10,2 % contre 9,5 %, situant la région au 8^e rang des régions françaises.

En revanche, la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est légèrement inférieure à la moyenne nationale : 14,7 % contre 15,1 %. Ce taux est plus faible que dans plusieurs autres régions ; 12 d'entre elles présentent une part plus élevée de personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées que celle observée en Occitanie.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 53 700 décès annuels moyens sont enregistrés en Occitanie en 2011-2013 : 27 171 chez les hommes et 26 552 chez les femmes.

► 79,2 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,3 années pour les femmes

L'espérance de vie est plus élevée en Occitanie que sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 6,6 années chez les hommes et 5,6 années chez les femmes. Ce gain est moindre que celui observé au niveau de la France métropolitaine, la différence étant plus marquée chez les hommes (+ 7,6 ans) que chez les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes diminue : il était de 7,2 années en 1982-1984 contre 6,1 années en 2011-2013. Ces écarts sont plus réduits que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une sous-mortalité plus marquée pour les cancers

La région Occitanie présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de France, particulièrement chez les

hommes. Elle se situe au 4^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 5^e rang pour les femmes en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) pour laquelle l'Occitanie occupe le 4^e rang.

La sous-mortalité est marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau métropolitain est de - 6,4 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place l'Occitanie au 2^e rang des régions métropolitaines pour les hommes et au 3^e rang pour les femmes. La mortalité par cancers a diminué depuis trente ans (graphique 2) : - 18,5 % depuis 1982-1984. La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est du même ordre que celle observée tous âges confondus : - 9,0 % contre - 8,5 %. Pour les femmes, elle n'est que de - 2,7 % contre - 4,5 % tous âges confondus.

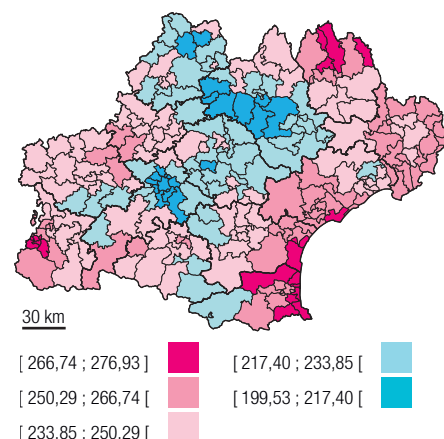
La sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires est moins marquée que pour les cancers. Cependant, la situation reste plus favorable en Occitanie, plaçant la région au 5^e rang pour les hommes et pour les femmes. Le différentiel avec le niveau métropolitain se réduit : il était de - 3,0 % en 1982-1984 et est de - 1,7 % en 2011-2013. La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 61,2 % dans la région entre 1982-1984 et 2011-2013 (- 61,8 % en France métropolitaine) (graphique 2). La sous-mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est plus importante

que la sous-mortalité tous âges confondus : le différentiel avec le niveau national est de - 5,2 % tous sexes confondus.

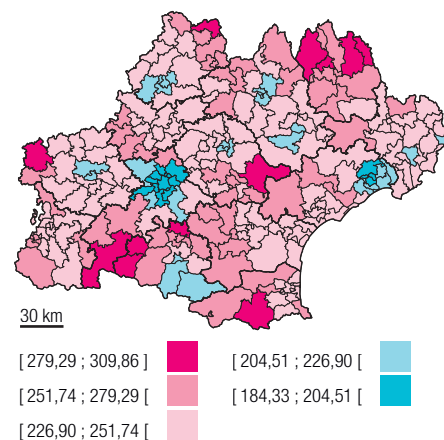
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers le long du littoral méditerranéen, dans le nord-est et le sud-ouest de la région (carte 1). La mortalité est plus basse sur la moitié nord-ouest de la région. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on constate des taux de mortalité plus bas autour des métropoles de Toulouse et Montpellier et de villes comme Auch, Albi, Rodez, Millau, Nîmes et Cahors (carte 2).

CARTES 1 ET 2 Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

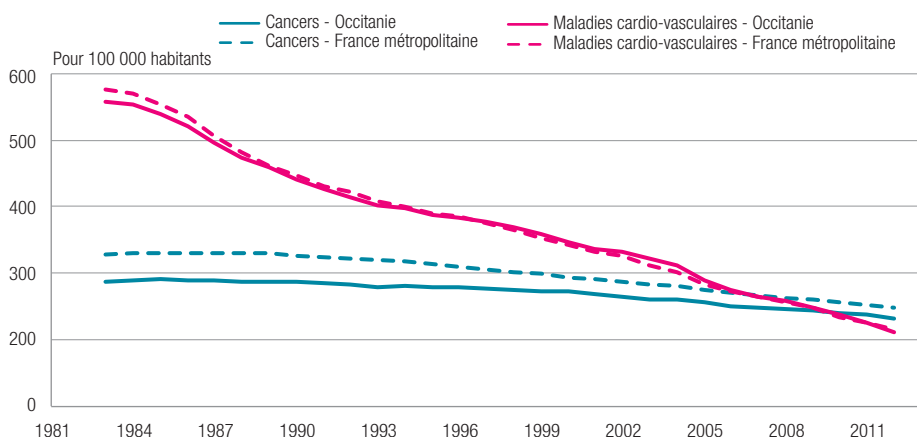


*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Occitanie (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► La mortalité recule moins qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 1 300 décès annuels moyens sont dénombrés en Occitanie pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 1 038 concernent des hommes et 311 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 19,3 % en Occitanie, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse concerne aussi bien les femmes (- 16,3 %) que les hommes (- 20,9 %). La mortalité des cancers des VADS et des cirrhoses du foie, les deux sexes confondus, est en baisse significative, alors que la mortalité par psychoses alcooliques ou alcoolisme reste stable.

En Occitanie, une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après la Martinique et la Corse, l'Occitanie est celle qui présente le plus faible taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes en 2011-2013. Cette situation favorable se retrouve aussi bien pour les décès par cancers des VADS (4^e rang sur 17) que par cirrhoses du foie (2^e rang) ou par psychoses alcooliques ou alcoolisme (3^e rang).

Au cours de la période 2006-2013, au niveau infrarégional, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est constatée sur l'est de la région, notamment le long du littoral méditerranéen et en remontant vers le Massif central (carte 3). L'ouest de la région se caractérise par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies.

► Un décès sur sept pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, on compte 8 036 décès annuels moyens en Occitanie, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers d'entre eux sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 21,6 % dans la région, soit un peu plus qu'en France (- 20,9 %). Cette baisse est plus marquée chez les hommes (- 24,7 %) que chez les femmes (- 16,3 %). Pour ces dernières, la baisse est moindre qu'au niveau national (- 19,8 %). Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 61,6 %), alors qu'ils diminuent pour les hommes (- 10,6 %). Pour les décès par cardiopathies

ischémiques, la mortalité est en recul aussi bien pour les hommes (- 37,9 %) que pour les femmes (- 43,5 %). La mortalité par BPCO est en repli significatif pour les hommes (- 17,9 %) alors que pour les femmes, la hausse (+ 9,2 %) ne l'est pas.

En Occitanie, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 2,9 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. Cette sous-mortalité est significative pour les hommes (- 4,1 %), alors qu'elle ne l'est pas pour les femmes. La région se place à un niveau favorable parmi les 17 régions, au 8^e rang pour les hommes et pour les femmes.

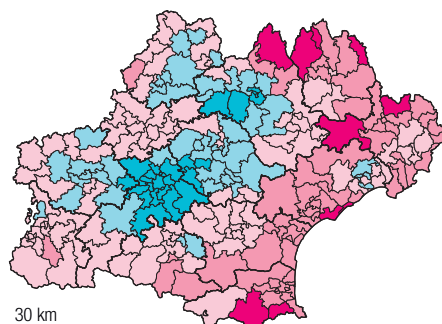
Au cours de la période 2006-2013, au niveau infrarégional, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés autour des métropoles toulousaines et montpelliéraines ainsi que dans le centre aveyronnais, le sud du Lot et autour d'Auch (carte 4). Plusieurs zones avec des taux élevés sont observées, notamment dans les Pyrénées, les Corbières et les Cévennes.

CARTES 3 ET 4

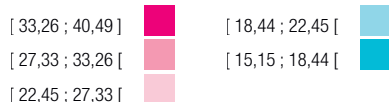
Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)

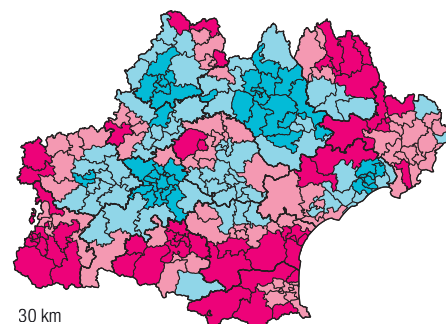


30 km



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



30 km



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

▶▶ Organismes responsables

de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Centre régional d'étude d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

Mortalité prématurée

▶ Une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) parmi les plus faibles de France

En 2011-2013, près de 9 050 décès en moyenne par an ont concerné des personnes âgées de moins de 65 ans en Occitanie, des décès deux fois plus nombreux chez les hommes (6 017) que chez les femmes (3 027). Plus des deux tiers de ces décès prématurés (69 %) sont dus à trois causes : les tumeurs (environ 41 % des décès prématurés) dont principalement les cancers du poumon, des VADS et du côlon ; les morts violentes (15,6 %), dont les suicides et les accidents de la circulation ; et les maladies cardio-vasculaires (12,3 %), dont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'Occitanie fait partie des régions où les taux standardisés de mortalité prématurée sont les plus bas de France (Métropole et outre-mer) : 5 régions parmi les 16 autres présentent des taux inférieurs, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

En dix ans, la mortalité prématurée a baissé de 14,4 % dans la région (- 17,8 % en France entière), de façon plus marquée pour les hommes

(- 15,6 %) que pour les femmes (- 10,9 %). La baisse de la mortalité prématurée dans la région est, comme en France entière, principalement due à la baisse de la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires (- 28,6 %) et par morts violentes (- 25,8 %) ; la mortalité prématurée par cancers n'a baissé que de 13,8 % (- 17,1 % en France entière).

Au niveau infrarégional, on observe d'importantes disparités : les zones à forte mortalité prématurée se situent au sud de la région (le long des Pyrénées, le long du littoral méditerranéen et de son arrière-pays, jusqu'à la moitié sud du département de l'Hérault) ainsi que dans les Cévennes et au nord de la Lozère (carte 5). À l'inverse, c'est dans le centre de la région qu'on observe les territoires ayant les plus faibles taux de mortalité prématurée.

▶ Une sous-mortalité prématurée par cancers

En Occitanie comme au niveau national, les cancers sont la première cause de décès avant 65 ans. En 2011-2013, 3 600 habitants en moyenne par an sont décédés prématurément à la suite d'un cancer (1 446 femmes et 2 154 hommes), soit environ 41 % des décès prématurés.

Pour les hommes de la région, comme au niveau national, ces décès prématurés sont d'abord dus aux cancers du poumon (34,2 % des décès prématurés par cancers), puis aux cancers des VADS (11,0 %) et enfin aux cancers du côlon (6,7 %). Pour les femmes, contrairement au niveau national, ce sont ceux par cancers du poumon qui sont les plus fréquents (22,7 % contre 20,1 % en France), suivis des cancers du sein (21,9 % contre 23,6 %), puis du côlon (7,3 % et 7,9 %).

En 2011-2013, les taux standardisés placent la région au 8^e rang des régions les moins touchées. Une sous-mortalité prématurée pour l'ensemble des cancers est observée pour les deux sexes confondus (- 6,4 % comparée à la France métropolitaine), mais n'est significative que pour les hommes (- 9,0 %). Selon les localisations, on relève une sous-mortalité prématurée des hommes par cancers du côlon (- 15,9 %) et par cancers des VADS (- 19,7 %) ; chez les femmes, par cancers du sein (- 9,7 %).

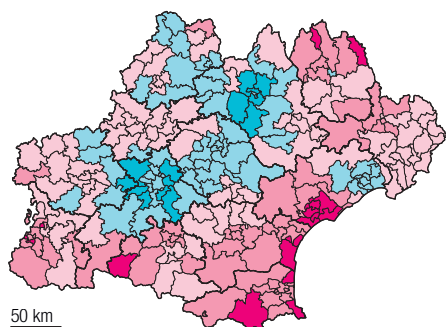
En dix ans, la mortalité prématurée par cancers a baissé de 13,8 % dans la région, moins qu'en France entière (- 17,1 %) ; comme en France, cette baisse est deux fois plus importante chez les hommes que chez les femmes (- 17,1 % contre - 8,2 %). Elle est principalement due à la baisse de la mortalité prématurée par cancers des VADS (- 27,9 %) et du côlon (- 24,9 %) pour les hommes et par cancers du sein (- 21,2 %) et du côlon (- 14,4 %) pour les femmes. Cette baisse globale de la mortalité prématurée par cancers cache la forte augmentation de la mortalité prématurée par cancers du poumon chez les femmes, plus importante qu'en France entière (+ 65,7 % contre + 49,6 %). C'est l'une des six plus fortes augmentations observées dans les régions françaises.

Au niveau infrarégional, une forte mortalité prématurée par cancers se retrouve le long du littoral méditerranéen et de son arrière-pays, jusqu'à la moitié sud du département de l'Hérault ; dans le Gard et une grande part de la Lozère ainsi qu'à l'ouest de la région sur quelques zones de l'Ariège, du Gers et du Lot (carte 6). À l'inverse, c'est dans le centre de la région que les taux de mortalité prématurée par cancers sont les plus faibles. ■

CARTES 5 ET 6

Taux standardisé* de mortalité prématurée 2006-2013 par cantons

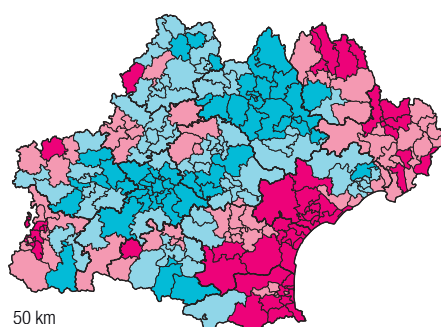
Toutes causes



[245,13 ; 294,04]
[221,16 ; 245,13]
[197,19 ; 221,16]

[173,21 ; 197,19]
[159,48 ; 173,21]

Cancers



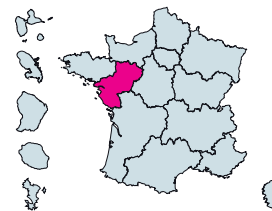
[89,35 ; 108,07]
[81,93 ; 89,35]

[75,21 ; 81,93]
[64,12 ; 75,21]

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Pays de la Loire



Contexte démographique

Avec plus de 3,6 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Pays de la Loire se situe au 8^e rang des régions françaises. Sa densité de 114,1 habitants au km², supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 8^e rang des régions avec une densité élevée.

La population des Pays de la Loire est plus jeune que celle de la France. Les classes d'âges en deçà de 18 ans y sont plus représentées (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) – de 71,2 – se situe au 11^e rang (sur 17 régions françaises) et est légèrement inférieur à la moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique marquée

Les Pays de la Loire présentent une croissance démographique de + 0,8 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Cette croissance démographique est due à un solde naturel positif (+ 0,4 % par an) et à un solde migratoire positif (+ 0,4 % par an), ce dernier étant supérieur à la moyenne nationale (+ 0,1 %).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre

2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,8 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 2,3 % par an. Ces taux d'accroissement sont supérieurs aux valeurs nationales pour les moins de 20 ans (+ 0,1 % par an) comme pour les 75 ans ou plus (+ 1,8 %).

► Une fécondité parmi les plus élevées de Métropole

L'indice conjoncturel de fécondité en Pays de la Loire est de 2,03 enfants par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 7^e rang des 17 régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité de 4,6 ‰ est plus faible que la moyenne nationale (6 ‰). Les Pays de la Loire se situent au 5^e rang des régions aux plus faibles taux de fécondité chez les moins de 20 ans.

Contexte social

► De faibles taux d'allocataires pour certaines prestations sociales

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont parmi les plus faibles de France. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 6,1 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région à l'avant-dernier rang, juste devant la Bretagne.

Pour le RSA majoré, la région se situe au 10^e rang des 17 régions françaises avec un taux de 13,2 % parmi les familles monoparentales, pour une moyenne de 13,0 %. Les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont proportionnellement un peu moins nombreux dans la région : 2,8 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, situant les Pays de la Loire parmi les régions ayant un taux plus faible (15^e rang).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est faible : 5,0 personnes pour 100 habitants contre 7,5 au niveau national, plaçant la région parmi celles qui ont les taux les plus faibles (avant-dernier rang devant la Bretagne).

Par ailleurs, la part de foyers fiscaux non imposés en Pays de la Loire – 48,9 % en 2012 – est légèrement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %) et situe la région au 10^e rang.

► Un fort dynamisme de l'emploi

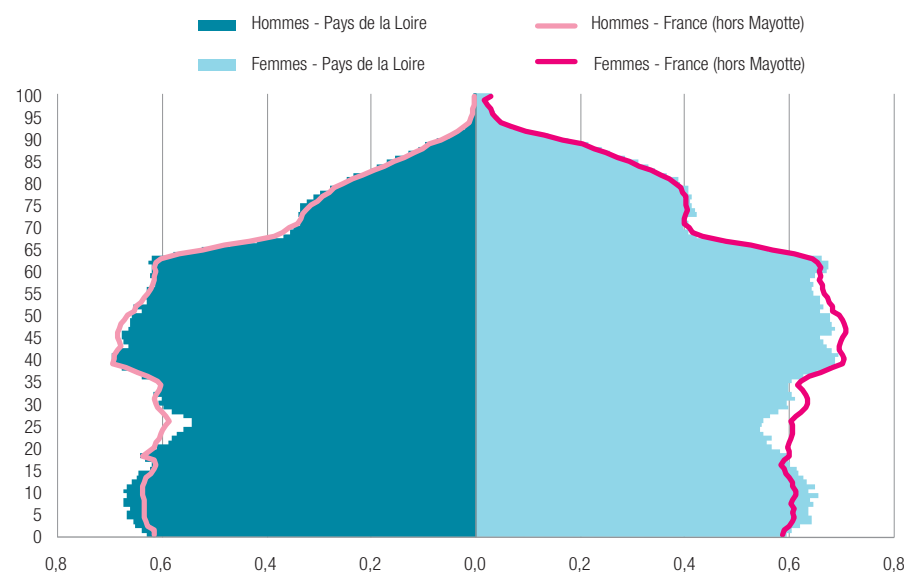
Une des caractéristiques des Pays de la Loire se situe également au niveau de la dynamique de l'emploi : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus faibles de France et concerne 8,8 % des actifs. Ce taux est à plus d'un point au-dessous de la moyenne métropolitaine (9,9 %) et situe la région au 14^e rang, à égalité avec les régions Île-de-France, Bretagne et Auvergne - Rhône-Alpes.

De plus, en lien avec le fort taux d'activité chez les femmes, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, est la plus basse parmi les 17 régions : 6,6 % contre 9,5 % pour la France.

Enfin, la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est parmi les plus faibles des régions de France : 11,5 % contre 15,1 % pour la France.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 31 100 décès annuels moyens sont enregistrés en Pays de la Loire en 2011-2013 : 15 980 chez les hommes et 15 162 chez les femmes.

► Espérance de vie : 78,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes

L'espérance de vie (78,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes) est légèrement supérieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 7,6 années chez les hommes et 6,1 années chez les femmes. Ce gain est comparable à celui observé au niveau de la France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est réduit : 8,3 années en 1982-1984, 6,9 années en 2011-2013. Il reste toutefois un peu plus marqué qu'au niveau métropolitain (6,4 années en 2011-2013).

► Une sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires avant 65 ans

Les Pays de la Loire présentent des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de France, surtout chez les femmes (- 5,7 %). Ils se situent au 6^e rang des 13 régions

métropolitaines pour les hommes et au 2^e rang pour les femmes en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) féminine (- 7,9 %) pour laquelle les Pays de la Loire occupent également le 2^e rang.

La mortalité par cancers est comparable à celle de la France métropolitaine. Cela place les Pays de la Loire au 8^e rang des régions françaises pour les hommes et au 4^e rang pour les femmes.

Le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 21,1 % en Pays de la Loire entre 1982-1984 et 2011-2013.

De même, la mortalité prématurée par cancers, les deux sexes confondus, ne présente pas d'écart avec la France métropolitaine et a baissé de 27,2 % entre les deux périodes.

La mortalité par maladies cardio-vasculaires se situe au niveau de la France métropolitaine : l'écart est de - 0,5 % en 2011-2013, après - 6,1 % en 1982-1984 (graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies cardio-vasculaires : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 59,5 % en Pays de la Loire entre 1982-1984 et 2011-2013. La tendance est comparable pour les femmes et les hommes. La sous-mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires place la région au 3^e rang. Elle est plus marquée chez les femmes (- 15,5 %) que chez les hommes (- 12,6 %).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité par cancers moins importante en Mayenne.

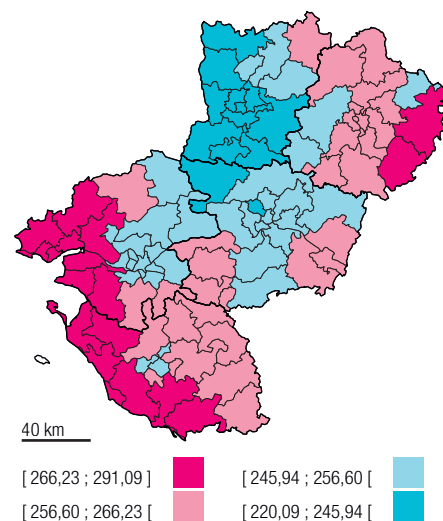
À l'inverse, elle est plus marquée le long du littoral atlantique et à l'est de la Sarthe (carte 1).

Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on observe des taux plus faibles autour d'Angers, Le Mans, Laval et de la métropole de Nantes. Les taux les plus élevés sont observés au nord de la Loire-Atlantique (carte 2).

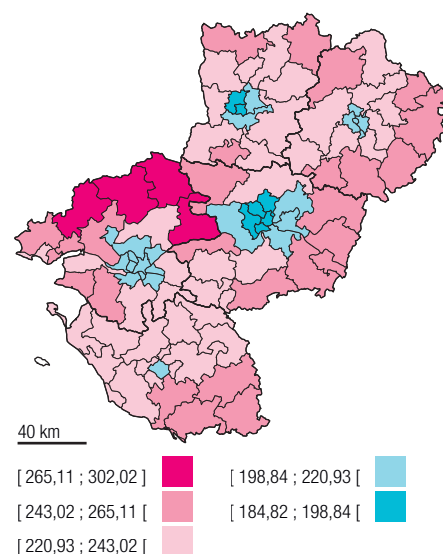
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers

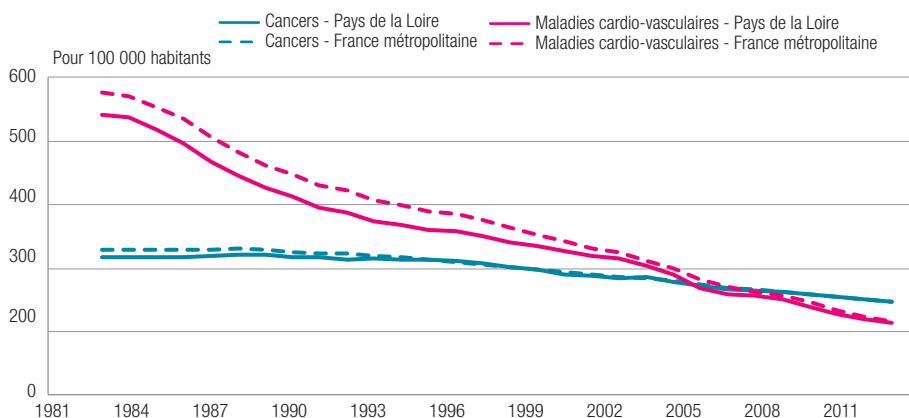


Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Pays de la Loire (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► **Une mortalité en recul, mais supérieure à la moyenne nationale chez les hommes, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque**

En 2011-2013, les Pays de la Loire dénombrent près de 1 200 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 944 concernent des hommes et 247 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 24,3 % en Pays de la Loire, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. Si, en tendance, la mortalité diminue pour les différentes pathologies prises en compte,

les variations sont significatives uniquement pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus.

Dans les Pays de la Loire, une surmortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France chez les hommes. En 2011-2013, la région se situe pour les deux sexes confondus au 13^e rang des 17 régions françaises pour le taux standardisé de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque. Cette situation défavorable est moins marquée pour les décès par psychoses alcooliques ou alcoolisme (8^e rang sur 17) que pour les décès par cancers des VADS (13^e rang) et par cirrhoses du foie (12^e rang).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur la bordure ouest et l'est de la région (carte 3). Une importante zone centrale de la région étendue du nord au sud se caractérise par des taux de mortalité inférieurs pour ces pathologies.

► **Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque**

En 2011-2013, près de 4 400 décès annuels moyens sont dénombrés en Pays de la Loire en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies présentent un recul de 21,7 % en Pays de la Loire, légèrement supérieur à celui observé en France (- 20,9 %). Cette baisse concerne autant les hommes que les femmes.

Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 45,1 %).

Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé aussi bien pour les hommes (- 37,3 %) que pour les femmes (- 42,6 %).

La mortalité par BPCO est en recul pour les hommes (- 15,8 %).

Dans les Pays de la Loire, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 10,3 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. L'écart est marqué autant pour les femmes que pour les hommes : la région se place parmi les 17 régions, au 4^e rang pour les femmes et au 5^e rang pour les hommes. Cette sous-mortalité peut être rapprochée du moindre tabagisme constaté dans les Pays de la Loire pendant de nombreuses années, mais cela ne concerne plus les jeunes générations.

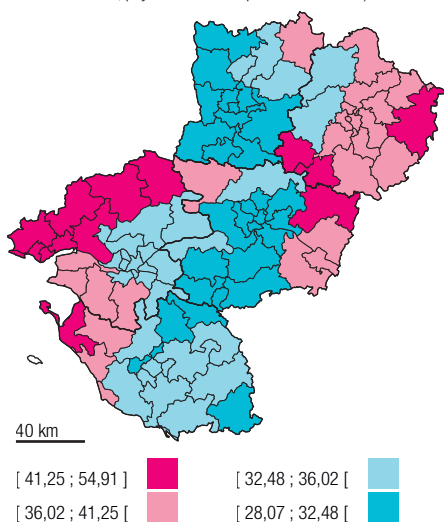
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés sur le littoral, le nord de la Loire-Atlantique et la Sarthe (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

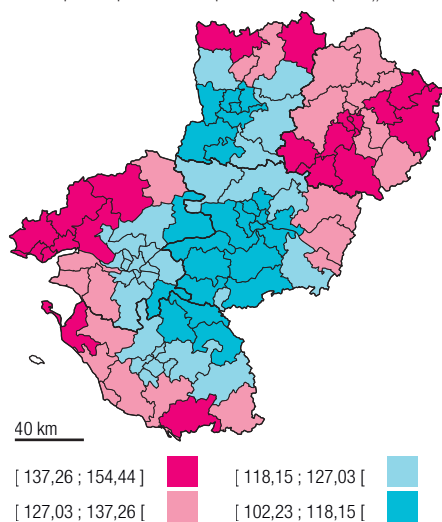
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Perceptions, connaissances et comportements des Ligériens sur l'air extérieur

La prévention des risques sanitaires liés à la pollution atmosphérique nécessite des politiques volontaristes dans de multiples secteurs (énergie, urbanisme, transports, industries, agriculture, etc.) et à tous les niveaux. La réussite de ces politiques exige aujourd'hui la participation des citoyens et nécessite donc qu'ils en comprennent et partagent les enjeux.

Le Baromètre santé environnement 2014 des Pays de la Loire décrit les évolutions intervenues depuis 2007 dans les perceptions, connaissances et comportements de la population.

► Une majorité de la population pense que la pollution de l'air extérieur s'aggrave

La qualité de l'air dans la région, comme au niveau national, tend globalement à s'améliorer mais cette évolution positive ne semble pas perçue par la population. La grande majorité des Ligériens (près de 90 %, en 2014 comme en 2007), et notamment les jeunes, pensent que la pollution de l'air extérieur s'aggrave et la classent parmi les principaux facteurs présentant un risque élevé pour leur santé tant au niveau collectif qu'individuel.

L'augmentation du nombre de dépassements des seuils d'information et d'alerte pour

les particules fines, liée à l'entrée en vigueur en 2012 de seuils plus sévères, est une des raisons probables de ce constat. L'émergence de préoccupations planétaires liées au réchauffement climatique constitue également une source possible de confusion.

Par ailleurs, un tiers des habitants des Pays de la Loire déclarent avoir déjà ressenti les effets de la pollution sur leur propre santé.

► De fortes attentes en matière d'information

Les Ligériens sont, en proportion, moins nombreux en 2014 (61 %) qu'en 2007 (68 %) à déclarer être « plutôt bien informés » sur cette thématique. Toutefois une telle évolution est observée pour presque tous les sujets soumis aux Ligériens dans ce Baromètre. Elle reflète peut-être moins une diminution de la qualité perçue et de la quantité des informations disponibles, que de plus grandes attentes dans ce domaine.

► La responsabilité de chacun : une idée en progrès mais qui peine à se traduire dans les comportements

Une part grandissante des habitants des Pays de la Loire considèrent que la lutte contre la pollution atmosphérique relève de la responsabilité individuelle (47 % de la population en 2014 *versus* 30 % en 2007).

Cette tendance montre une prise de conscience du rôle qu'ils peuvent jouer, même

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

si les Ligériens ne déclarent pas plus en 2014 qu'en 2007, avoir recours à des modes de transports alternatifs à la voiture individuelle. Comme en 2007, 58 % de la population déclarent utiliser les transports en commun, le vélo, la marche à pied ou pratiquer le covoiturage et 32 % disent être prêts à le faire.

Par ailleurs, les mesures susceptibles d'avoir directement une incidence sur les habitudes de conduite (baisse de la vitesse autorisée, circulation alternée), et le coût d'utilisation des véhicules particuliers (péages urbains, taxe sur les véhicules les plus polluants) sont jugées nettement moins efficaces par la population en 2014 qu'en 2007. Les Ligériens sont également moins nombreux, en proportion, à déclarer être prêts à payer 10 % plus cher pour avoir une voiture moins polluante (67 % de la population adhèrent à cette idée en 2014 *versus* 76 % en 2007). ■

Baromètre santé environnement des Pays de la Loire

Enquête menée en 2014 auprès de 1 500 personnes âgées de 18 à 75 ans constituant un échantillon représentatif de la population de la région ; le Baromètre offre des indicateurs quantifiés permettant de connaître l'opinion et les comportements des Ligériens, et permet de suivre les évolutions depuis l'enquête nationale réalisée en 2007 par Santé publique France (ex-INPES) et déclinée en Pays de la Loire par l'ORS.

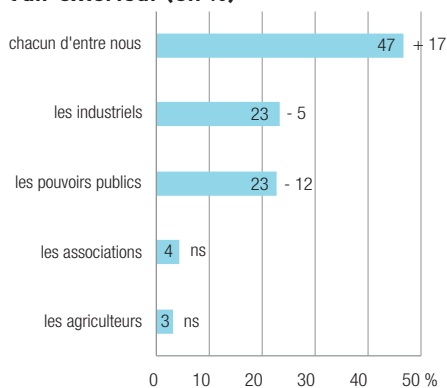
Référence

ORS Pays de la Loire, 2014, *Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014*, 200 p.

GRAPHIQUES 3 ET 4

Par rapport à 2007, proportions de Ligériens considérant en 2014...

... les acteurs suivants comme les mieux placés pour agir contre la pollution de l'air extérieur (en %)



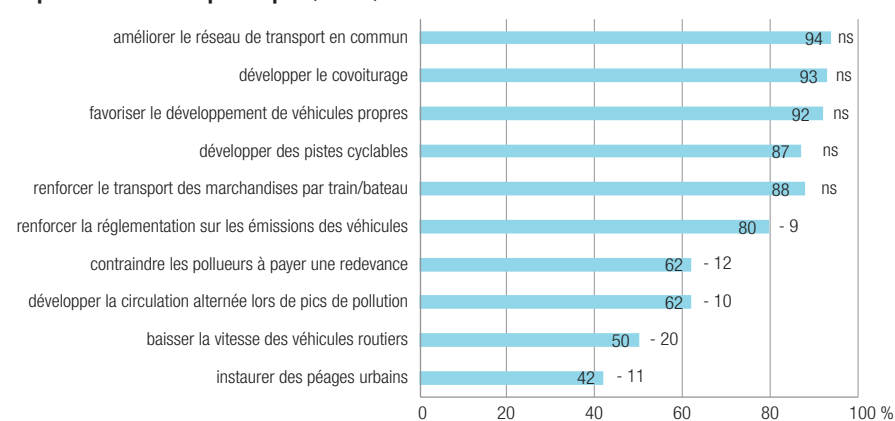
ns : non significatif.

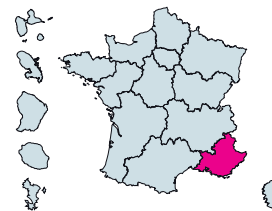
Note • La dernière colonne du graphique présente les évolutions statistiquement significatives observées entre 2007 et 2014 (en différence de pourcentage).

Champ • Région Pays de la Loire, population âgée de 18 à 75 ans en ménages ordinaires.

Source • Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014 ; ORS Pays de la Loire.

... les mesures suivantes comme « très » ou « plutôt efficaces » pour limiter la pollution atmosphérique (en %)





Provence - Alpes - Côte d'Azur

Contexte démographique

Avec plus de 4,9 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur est la 7^e région la plus peuplée. Sa densité de 157,8 habitants au km², nettement supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 6^e rang des régions françaises.

La population de Provence - Alpes - Côte d'Azur est plus âgée que celle de la France, avec des différences marquées selon l'âge : les classes d'âges au-delà de 60 ans pour les hommes et de 40 ans pour les femmes sont plus représentées dans la région (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 3^e plus élevé de France : il est de 91,0 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique limitée

La population de Provence - Alpes - Côte d'Azur s'est accrue de 0,3 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Seules 6 des 16 autres régions françaises ont une croissance démographique moindre. Cette croissance est uniquement due au solde naturel, bien qu'il soit plus faible qu'au niveau national (+ 0,3 %). Le solde migratoire est nul à la même période.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué

aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a diminué en moyenne de 0,2 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus l'augmentation est de 1,5 % par an. Ces deux taux sont inférieurs à ceux observés au niveau national : + 0,1 % pour les moins de 20 ans et + 1,8 % pour les 75 ans ou plus.

► Une fécondité parmi les plus élevées des régions françaises

L'indice conjoncturel de fécondité est de 2,05 enfants par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 4^e rang des 17 régions françaises les plus fécondes, après trois régions ultramarines : la Guyane, La Réunion et la Guadeloupe.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 4,9 ‰, plus faible que la moyenne nationale (6,0 ‰). Onze régions sur 17 présentent un taux de fécondité plus élevé chez les moins de 20 ans.

Contexte social

Par rapport à la moyenne nationale, des situations contrastées sont observées pour les taux d'allocataires suivant les prestations sociales considérées. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 9,3 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 7^e rang plus élevé, derrière les quatre

régions ultramarines, les Hauts-de-France et l'Occitanie. Le constat est différent pour le RSA majoré : un taux de 11,7 % parmi les familles monoparentales, pour une moyenne nationale de 13,0 %, situe la région parmi celles ayant un taux plus faible. Elle occupe le 12^e rang des 17 régions françaises. Les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont, en proportion, plus nombreux dans la région qu'au niveau national : 3,3 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, situant la région Provence - Alpes - Côte d'Azur au 10^e rang des 17 régions françaises.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est particulièrement élevé dans la région : 8,4 personnes pour 100 habitants, contre 7,5 au niveau national, plaçant la région au 6^e rang derrière les quatre régions ultramarines et les Hauts-de-France.

► Une part de foyers fiscaux non imposés proche de la moyenne nationale

La part de foyers fiscaux non imposés – 48,2 % en 2012 – est proche de la moyenne nationale (48,0 %). Seules quatre régions françaises présentent une part de foyers fiscaux non imposés inférieure à celle observée en Provence - Alpes - Côte d'Azur.

► Une fragilité professionnelle

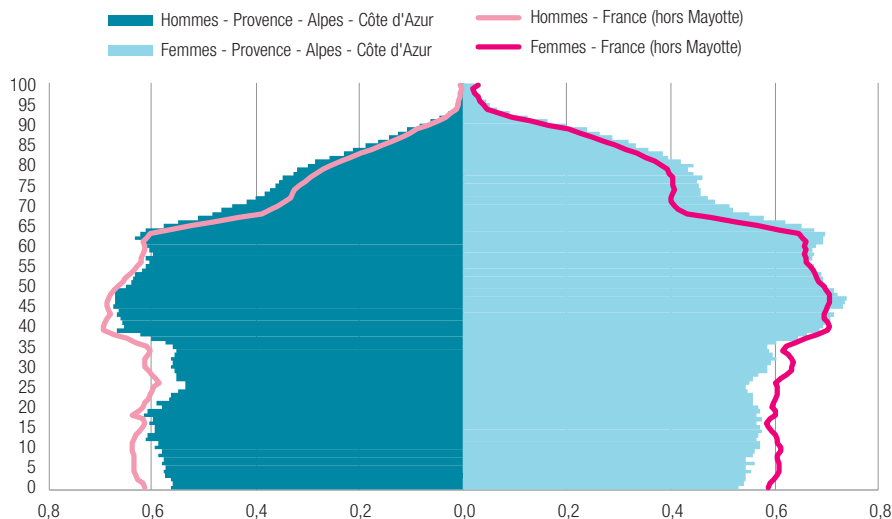
Une des caractéristiques sociales de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur se situe également au niveau de la fragilité professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus élevés en France ; ce chômage concerne 11,5 % des actifs. Ce taux est supérieur d'un point et demi à la moyenne métropolitaine (9,9 %) et se situe au 3^e rang des 13 régions de Métropole, derrière les Hauts-de-France et l'Occitanie et au 7^e rang de l'ensemble des régions françaises.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, est supérieure à la moyenne nationale : 11,9 % contre 9,5 %, situant la région au 7^e rang des régions françaises.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est supérieure à la moyenne nationale : 17,1 % contre 15,1 %. Un taux plus élevé est observé dans les quatre régions ultramarines et en Corse.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 46 700 décès annuels moyens sont enregistrés en Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011-2013 : 23 209 chez les hommes et 23 540 chez les femmes.

► 79,2 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,4 années pour les femmes

L'espérance de vie est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 7,2 années chez les hommes et 5,9 années chez les femmes. Ce gain est légèrement inférieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine, pour les hommes (+7,6 ans) comme pour les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était de 7,5 années en 1982-1984 et de 6,2 années en 2011-2013. Ces écarts sont plus réduits que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une sous-mortalité marquée pour les cancers et les maladies cardio-vasculaires

La région Provence - Alpes - Côte d'Azur présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de France. Elle se situe au 3^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 4^e rang pour les femmes en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant

65 ans), pour laquelle la région occupe le 4^e rang pour les hommes et pour les femmes.

La sous-mortalité est marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau métropolitain est de - 6,3 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place la région au 3^e rang des régions métropolitaines pour les hommes et au 2^e rang pour les femmes. La mortalité par cancers a sensiblement diminué depuis trente ans : - 22,5 % depuis 1982-1984 (graphique 2). Pour les hommes, la sous-mortalité prématurée par cancers est plus élevée que celle observée tous âges confondus : - 8,5 % contre - 6,7 %. Pour les femmes, elle n'est que de - 3,2 %, contre - 5,5 % tous âges confondus.

La sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires est plus marquée que pour les cancers. La situation est ainsi particulièrement favorable plaçant la région au 2^e rang pour les hommes et pour les femmes, derrière l'Île-de-France. Le différentiel avec le niveau métropolitain progresse : il était de - 7,6 % en 1982-1984 et est de - 8,7 % en 2011-2013 (graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement nette pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 62,2 % en Provence - Alpes - Côte d'Azur entre 1982-1984 et 2011-2013, soit un peu plus qu'en moyenne sur la France métropolitaine (- 61,6 %). La sous-mortalité prématurée (avant 65 ans) par maladies cardio-vasculaires est moins importante que la sous-mortalité tous âges confondus : le différentiel avec le niveau national est de - 4,8 % tous sexes confondus.

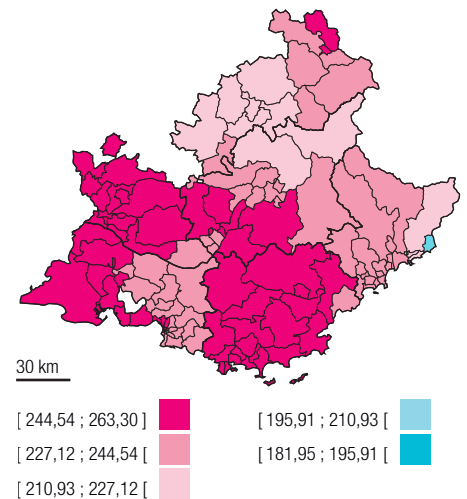
Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité moindre par cancers dans le nord des

Alpes-de-Haute-Provence et dans le sud-ouest des Hautes-Alpes, ainsi qu'à l'est de la Côte d'Azur (carte 1). Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux sont plus contrastés au sein de la région, avec des zones de mortalité plus élevée (ouest du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône, sud et est des Alpes-de-Haute-Provence) et des zones de mortalité plus faible, dans le sud-est de la région et les Hautes-Alpes (carte 2).

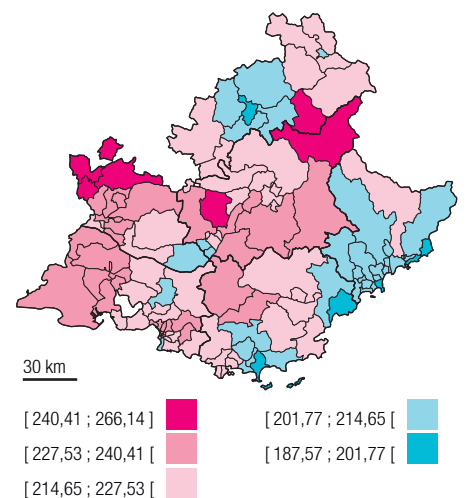
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers

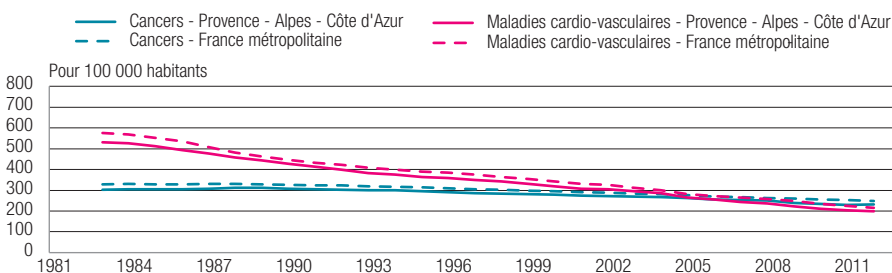


Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Provence - Alpes - Côte d'Azur (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité relativement faible pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 1 300 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important sont dénombrés : 935 concernent des hommes et 330 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 22,9 %, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée aussi bien pour les femmes (- 15,5 %) que pour les hommes (- 25,7 %). Pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus, des baisses de la mortalité sont observées, alors que la mortalité par psychoses alcooliques ou alcoolisme reste stable.

Une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après la Martinique, la Corse et l'Occitanie, Provence - Alpes - Côte d'Azur est la région qui présente le plus faible taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes en 2011-2013. Cette situation favorable se retrouve particulièrement pour les décès par cancers des VADS (3^e rang sur 17) et de façon moins marquée pour ceux par cirrhoses du foie ou par psychoses alcooliques ou alcoolisme (5^e rang chacun).

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, une mortalité plus basse pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée à l'est des Bouches-du-Rhône, dans les Alpes-Maritimes et tout le long de la frontière italienne (carte 3). L'ouest et le centre de la région se caractérisent par des taux de mortalité plus élevés pour ces pathologies.

► La mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est moins élevée que la moyenne nationale

En 2011-2013, 6 738 décès annuels moyens sont dénombrés en Provence - Alpes - Côte d'Azur,

en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 18,2 %, soit un peu moins qu'en France (- 20,9 %). Cette baisse est plus marquée chez les hommes (- 19,5 %) que chez les femmes (- 15,9 %), contre respectivement - 22,3 % et - 19,8 % au niveau national. Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 34,7 %), alors qu'ils diminuent pour les hommes (- 13,1 %). Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé aussi bien pour les hommes (- 35,8 %) que pour les femmes (- 43,1 %). La mortalité par BPCO est stable pour les hommes et en hausse pour les femmes (+ 20,4 %).

En 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 7,4 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La région se place à un niveau favorable parmi les 17 régions, au 6^e rang pour les hommes et au 5^e rang pour les femmes.

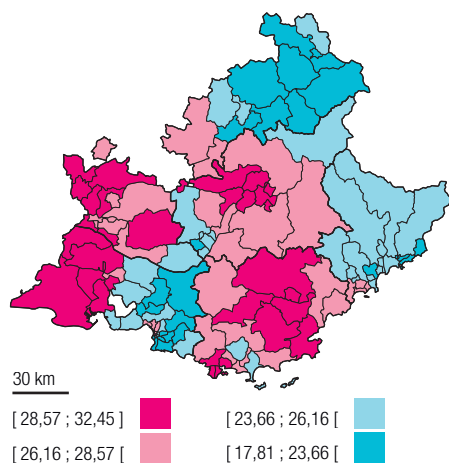
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque apparaissent moins élevés dans les Alpes-Maritimes et dans une part importante des Hautes-Alpes (carte 4). Des zones avec des taux élevés sont observées, notamment le long du Rhône et au cœur du Var.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

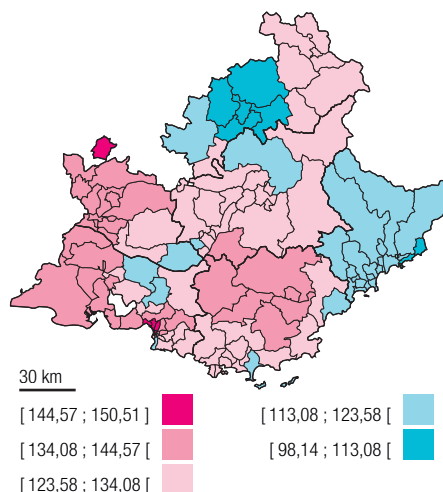
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Santé – environnement

L'environnement est l'un des principaux déterminants de la santé individuelle et communautaire. Les données présentées ci-dessous sont issues du *Tableau de bord régional santé environnement (TBSE) Provence - Alpes - Côte d'Azur édition 2016*, réalisé par l'Observatoire régional de la santé avec le soutien de l'Agence régionale de santé, de la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement et de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, dans le cadre de l'élaboration du troisième Plan régional santé environnement 2015-2019.

► Un territoire régional marqué par de forts contrastes géographiques

La région Provence - Alpes - Côte d'Azur est marquée par de forts contrastes : zones de haute montagne au nord et à l'est, reliefs côtiers isolant des plaines littorales et intérieures restreintes et, à l'ouest, zones de plaine dans la basse vallée du Rhône se terminant par un delta marécageux. La région accueille de nombreux espaces protégés (parcs naturels, réserves naturelles et réserves de biosphère). Toutefois, la région cumule aussi un certain nombre de problèmes environnementaux liés à l'urbanisme des grandes villes, aux transports, à ses pôles industriels, à sa situation géographique et à son climat.

► Une grande diversité de filières agricoles

La région se distingue par une agriculture développée et diversifiée sur son territoire. L'extension de l'agriculture biologique contribue à la diminution de l'utilisation des produits phytosanitaires dans l'agriculture, ayant des impacts à la fois sur l'environnement et sur la santé des populations. En 2014, la région se place au 1^{er} rang des régions françaises, avec 15,4 % de sa surface agricole utile en agriculture biologique.

► Le secteur des transports, responsable de nuisances multiples

Les transports ont de nombreux impacts sur la santé et l'environnement (pollution de l'air, qualité de vie du fait du bruit et de nuisances olfactives...). La région est l'une des plus touchées par la pollution atmosphérique, en raison d'une pollution

urbaine essentiellement due aux transports sur les quatre principales agglomérations, d'une pollution industrielle autour de la zone de l'Étang de Berre et d'une pollution à l'ozone favorisée par les conditions climatiques. Le dioxyde d'azote, les particules fines et l'ozone sont les principaux polluants observés dans la région. Les populations des communes situées sur le littoral et celles des Bouches-du-Rhône (en particulier sur la moitié ouest) sont les plus exposées aux particules fines (carte 5).

► Une forte activité industrielle participant notamment à la pollution par l'ozone

Provence - Alpes - Côte d'Azur est une des régions d'Europe les plus exposées à la pollution par l'ozone : dans chacune des communes, plus de 90 % de la population est exposée à des niveaux supérieurs à la valeur guide OMS (Organisation mondiale de la santé) plus de 25 jours par an, y compris dans les zones rurales (en raison du transport des masses d'air ou d'un plus fort rayonnement ultra-violet).

► Des conditions de logement parfois dégradées, impliquant des problèmes sanitaires

La dégradation du bâti ou l'ancienneté des installations peut entraîner des effets négatifs sur la santé, en raison notamment de la présence de plomb (peintures ou vieilles canalisations) et d'appareils de chauffage anciens. En 2013, 29 nouveaux cas de saturnisme (intoxication grave par le plomb) ont été déclarés dans la région chez des enfants de moins de 17 ans.

Des appareils de chauffage défectueux peuvent également entraîner des conséquences sur la santé : en 2013, 255 cas d'intoxications au monoxyde de carbone sont signalés dans la région.

► Une des régions françaises les plus touchées par les risques climatiques et naturels

Les conséquences des catastrophes naturelles (inondations, feux de forêt, avalanches, mouvements de terrain, séismes) sont nombreuses tant sur le plan physique (lésions, intoxications...) que sur le plan psychologique et social. Toutes les communes de la région

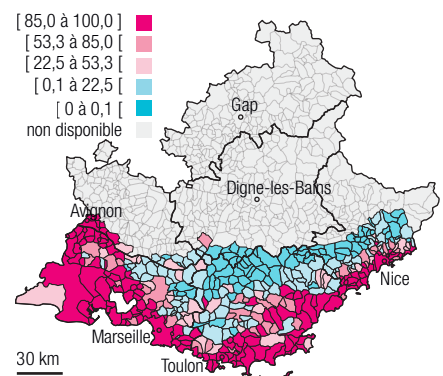
►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Provence - Alpes - Côte d'Azur

sont soumises à au moins trois risques naturels. Les départements côtiers sont principalement exposés au risque de feu de forêt, la vallée du Rhône et la bande côtière à celui d'inondation, les Alpes-Maritimes au risque de séisme et les secteurs alpins aux risques de mouvement de terrain et d'avalanche. Entre 1983-2012, près de 500 décès dus aux catastrophes naturelles sont enregistrés dans la région (représentant 7 % des décès dus aux catastrophes naturelles enregistrés en France).

► Une progression du « moustique tigre » qui augmente les risques de maladies infectieuses

Le moustique *Aedes albopictus*, plus connu sous le nom de « moustique tigre », est un vecteur qui peut notamment transmettre les virus de la dengue, du chikungunya et zika. En Provence - Alpes - Côte d'Azur, limité à un secteur réduit des Alpes-Maritimes en 2004, il est aujourd'hui implanté dans l'ensemble des départements de la région, à l'exception des Hautes-Alpes. Quelques cas autochtones de dengue et de chikungunya ont été observés à partir de 2010. Le nombre de cas importés est pour sa part plus élevé : 53 de dengue et 148 de chikungunya en 2014. ■

CARTE 5
Part de la population exposée à une concentration moyenne de particules fines ((*Particulate Matter*) PM10) supérieure à la valeur guide OMS par commune en PACA en 2014



Source • Données de surveillance de la qualité de l'air (AIR PACA) ; exploitation ORS PACA (SIRSéPACA : Système d'information régional en santé Provence - Alpes - Côte d'Azur).

Références

ARS PACA, 2014, « Les inégalités environnementales de santé des territoires en région PACA (IEST – PACA) », *Analyses recherches et statistiques*, n° 20, décembre.
SIRSéPACA, 2016, *Tableau de bord santé-environnement - édition 2016*.

Typologie socio-sanitaire cantonale

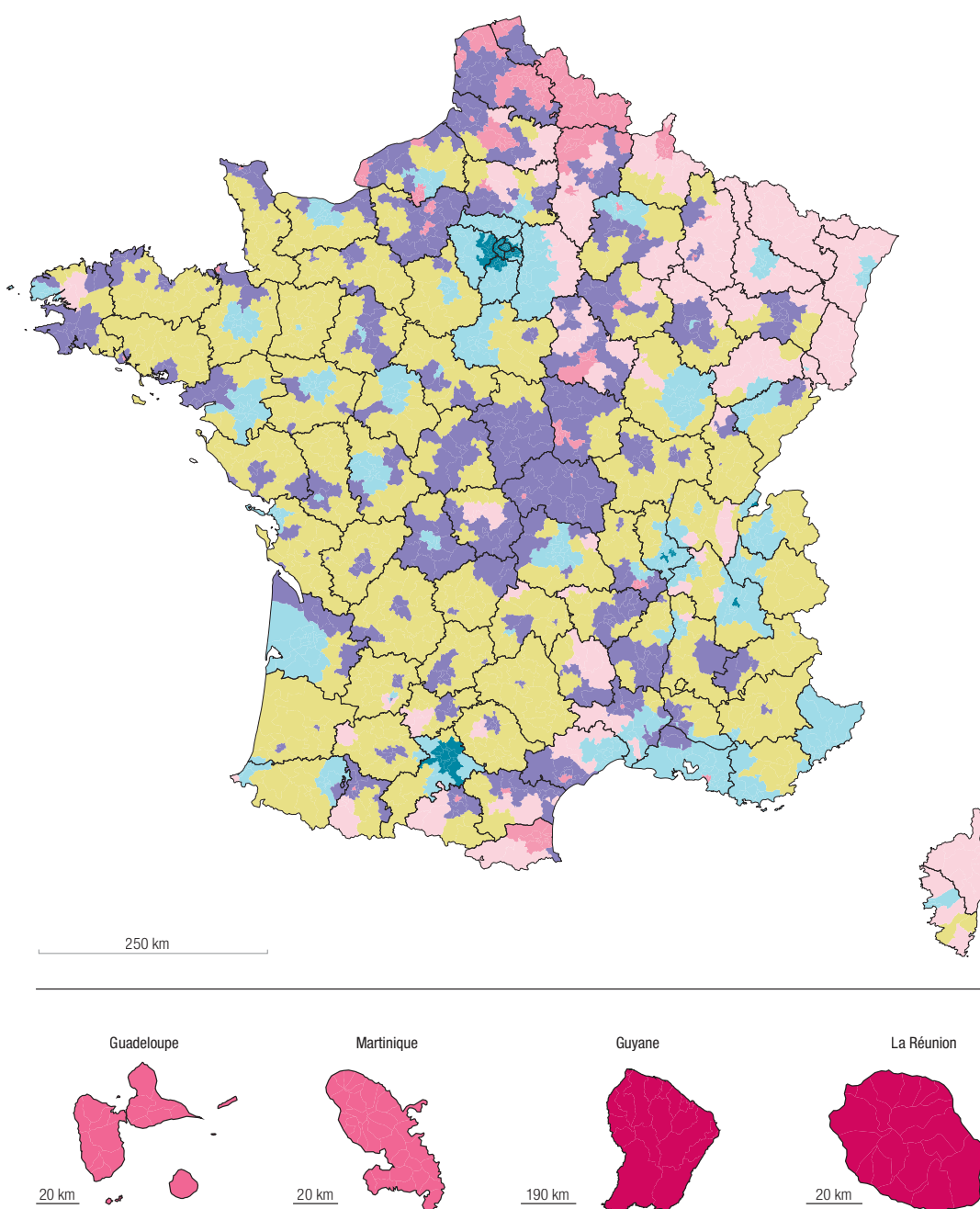
Typologie socio-sanitaire cantonale

Afin de donner une image synthétique de la France¹, tout en situant les territoires les uns par rapport aux autres, une typologie socio-sanitaire en huit classes a été produite à l'échelle des cantons². Elle se fonde sur des indicateurs sociaux et de mortalité (tableau 1), une partie d'entre eux étant

présentés dans les fiches régionales. Cette typologie met en évidence six classes de cantons en Métropole et deux spécifiques aux départements et régions d'outre-mer (DROM). Afin de mieux cibler les spécificités des cantons ultramarins, une typologie complémentaire en cinq classes³ a été réalisée.

1. En raison de la non-disponibilité des données, le département de Mayotte n'est pas pris en compte.
2. Pour la Guyane et la Martinique, ce sont les communes qui sont prises en compte.
3. Celle-ci repose sur les mêmes indicateurs que la typologie réalisée sur l'ensemble des cantons de la France.

CARTE 1
Typologie cantonale des inégalités socio-sanitaires



Classe A - Cantons urbains, les plus favorisés socialement avec des taux de mortalité les plus faibles, excepté pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes.

Classe B - Cantons urbains avec une situation sociale favorable, une mortalité inférieure à la moyenne nationale, excepté pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes.

Classe C - Cantons à dominante rurale avec une population relativement âgée, une situation sociale plutôt favorable et une mortalité proche de la moyenne nationale.

Classe D - Cantons à dominante rurale ou comprenant de petites villes avec une population plus âgée que la moyenne nationale, une situation sociale moins favorable que les cantons des classes précédentes et une mortalité plus importante.

Classe E - Cantons à dominante rurale ou comprenant de petites villes avec une situation sociale moins favorable que la classe D, avec néanmoins des taux moindres d'allocataires de prestations sociales et une mortalité plus importante que la moyenne nationale, notamment pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important (bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), cancers de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques).

Classe F - Cantons principalement situés dans des zones industrielles avec la situation sociale et la mortalité la plus défavorable de Métropole.

Classe G - Cantons de la Guadeloupe et de la Martinique, avec une population plutôt jeune, une situation sociale et la mortalité la plus défavorable de Métropole.

Classe H - Cantons de la Guyane et de La Réunion avec une population jeune, la situation sociale la plus défavorable de France, notamment en matière d'emploi, la fécondité chez les mineures la plus élevée de France et une mortalité importante.

► Les classes A et B

Ces deux classes regroupent une majorité des cantons correspondant aux principales villes métropolitaines ou aux cantons qui leur sont limitrophes. Ceux-ci présentent les plus faibles taux de mortalité (à l'exception du cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes qui est supérieur à la moyenne nationale) et une situation sociale favorable. Les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés, de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire avec au moins un niveau bac+2 sont plus élevées au regard de la situation nationale et, à l'inverse, la part des ouvriers est moindre, notamment pour la classe A.

Au sein de ces classes, les personnes en âge de travailler (25-59 ans) sont davantage représentées, alors que les 65 ans ou plus le sont moins. Le fait de vivre seul y est plus fréquent et les familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans qui, bien que plus présentes, sont dans une situation plutôt bonne avec le taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) majoré le plus faible. La situation des jeunes ressort comme satisfaisante : la part des 18-24 ans scolarisés est très nettement supérieure à la moyenne nationale et, pour les 15-24 ans sortis du système scolaire, le taux de chômage se situe parmi les plus faibles de France. Avec un emploi précaire⁴ nettement moins fréquent, les conditions d'emploi sont parmi les plus favorables avec les taux d'activité des 15-64 ans et des 55-64 ans les plus élevés. En général, les taux d'allocataires de prestations sociales (toutes prestations, RSA, allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)) et la part des foyers fiscaux non imposés sont inférieurs à la moyenne nationale.

Les cantons de la classe B se distinguent par une part plus importante de jeunes de moins de 25 ans et, chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, une part plus élevée de femmes vivant seules. Les taux d'allocataires d'une aide au logement y sont supérieurs à la moyenne nationale.

Si ces deux classes de cantons urbains présentent les plus faibles taux de mortalité observés en France, notamment pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour les causes traumatiques, la classe A se distingue néanmoins de la classe B avec des taux de mortalité plus faibles pour le suicide et les maladies de l'appareil circulatoire, en particulier chez les moins de 65 ans, ainsi que pour les accidents de la circulation.

► La classe C

Elle regroupe certains cantons à dominante rurale, principalement dans l'ouest et le sud-est de la Métropole. Elle présente une situation sociale relativement favorable et des taux de mortalité qui se situent à un niveau intermédiaire au regard de l'échelon national.

Cette classe se caractérise par une population plutôt âgée : la part des moins de 30 ans y est inférieure à la moyenne nationale, alors que celle des 65 ans ou plus, et particulièrement des 75 ans ou plus, est supérieure.

En termes d'emploi, parmi les actifs occupés, les agriculteurs, exploitants et les ouvriers sont davantage représentés que dans les autres classes. Le taux d'activité des 15-64 ans est légèrement supérieur à la valeur nationale.

Bien que les parts des foyers fiscaux non imposés et des emplois précaires soient supérieures à celles des autres cantons, la situation sociale de cette classe est plutôt favorable : les taux d'allocataires de prestations sociales y sont faibles pour les prestations liées au logement, à la perte d'activité ou au handicap. La part de ménages propriétaires de leur résidence principale est la plus importante.

La mortalité est moindre pour les maladies de l'appareil digestif, l'insuffisance rénale et les cancers. Pour ces derniers, la classe se distingue du niveau national avec des taux plus faibles pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et, chez les femmes, pour les cancers du sein et du côlon-rectum. La mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire est inférieure à la moyenne nationale ; en revanche, la mortalité tous âges confondus y est supérieure, notamment pour l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies ischémiques. La mortalité par causes traumatiques (accidents de la circulation et suicide, en particulier chez les hommes) est supérieure à la valeur nationale.

► Les classes D et E

Ces deux classes regroupent des cantons à dominante rurale ou comprenant de petites villes principalement au nord et nord-est de la Métropole, dans une zone plus centrale allant de l'ouest de l'Aube à la Haute-Vienne, sur la partie ouest de la côte méditerranéenne et en Corse. Ces cantons se trouvent dans une situation sociale moins favorable que les cantons des classes précédentes : les parts d'ouvriers et d'employés sont parmi les plus élevées, alors que celle des cadres et professions intellectuelles

supérieures y est moindre. De même, la part de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire avec au moins un niveau bac+2 y est plus faible qu'au niveau national.

Cependant, ces classes se caractérisent par des taux d'allocataires de prestations sociales inférieurs à ceux du niveau national, excepté pour les allocataires d'une prestation liée au handicap dont les taux sont importants. Les taux de mortalité générale sont plus élevés que dans l'ensemble du pays, notamment dans les cantons de la classe E.

Cette dernière, se détache avec une part de personnes en âge de travailler (25-59 ans) supérieure à la moyenne, celles-ci vivant moins souvent seules. La part des 18-24 ans scolarisés y est la plus faible de toutes les classes.

Les taux de mortalité pour broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), cancers de la trachée, des bronches et du poumon (notamment chez les moins de 65 ans), insuffisances rénales et maladies de l'appareil circulatoire sont supérieurs à ceux observés au niveau national. Seuls les taux de mortalité pour cancers de la prostate sont proches de la moyenne nationale.

La population de la classe D est plus âgée que celle de la classe E ; la part de personnes de 65 ans ou plus est importante et le poids de cette classe d'âges sur les jeunes et les actifs est plus élevé que la moyenne nationale. La part de femmes de 75 ans ou plus vivant seules est élevée. Si la part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est moins importante qu'au niveau national, les cantons de cette classe enregistrent des taux d'allocataires du RSA majoré plus élevés qu'en moyenne en France. La part des ménages propriétaires de leur résidence principale est au-dessus de la moyenne nationale.

Dans cette classe, la mortalité est supérieure à celle observée dans l'ensemble du pays ; elle est plus marquée chez les hommes et chez les personnes de moins de 65 ans (notamment pour les 35-64 ans). Les taux sont plus élevés pour le cancer colorectal, celui du sein, pour les troubles mentaux et les suicides. Chez les moins de 65 ans, la mortalité est plus importante pour les cancers (particulièrement celui de la trachée, des bronches et du poumon), pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour les suicides.

4. Actifs de 25-54 ans ayant un emploi salarié autre qu'un contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein. Cet indicateur ne fait pas la distinction entre les CDI à temps partiel choisis et ceux qui sont subis.

Typologie socio-sanitaire cantonale (suite)

► La classe F

Cette classe présente la situation socio-sanitaire la plus défavorable de Métropole. Elle est composée de cantons situés principalement dans le nord de la France et dans quelques zones spécifiques (dans le sud de l'Yonne, le sud-ouest de la Nièvre, autour de Saint-Étienne et dans quelques villes du Sud)⁵.

Au regard de la situation métropolitaine, cette classe est la plus jeune : la part des moins de 25 ans est la plus importante.

Socialement, cette classe est la plus défavorisée avec les taux d'allocataires de prestations sociales (logement, RSA, RSA majoré, AAH, AEEH) et les taux de chômage, notamment chez les jeunes, les plus élevés de Métropole, et avec une part importante de foyers fiscaux non imposés. La fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans est également la plus forte de Métropole.

Cette classe présente les taux de mortalité générale, de mortalité prématurée, de mortalité par

cancers et par maladies de l'appareil circulatoire les plus élevés de Métropole. Elle se caractérise également par une mortalité plus forte par cancers colorectaux, suicide et pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, tout particulièrement chez les moins de 65 ans. Chez les hommes, la mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon est très élevée, notamment chez les moins de 65 ans, ainsi que chez les femmes pour les cancers du sein. Seule la mortalité par accidents de la circulation se singularise en présentant des taux plus faibles que la moyenne nationale.

► Les classes G et H

Elles regroupent exclusivement les cantons ultramarins qui, au regard de la situation nationale, sont dans une situation sociale défavorable. Ainsi, les taux de chômage (dont celui des 15-24 ans), d'allocataires de prestations sociales, notamment celles liées à la perte d'activité, les

parts d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales et celle des foyers fiscaux non imposés sont les plus importants de France.

Les mortalités – infantile (moins de 1 an) et des 1-34 ans – sont plus élevées que la moyenne nationale, tout comme celles par maladies infectieuses et parasitaires, par cancers de la prostate, par maladies de l'appareil circulatoire chez les moins de 65 ans et par accidents de la circulation. En revanche, la mortalité est plus faible qu'au niveau national pour le suicide, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, du côlon-rectum et, chez les femmes, pour les cancers du sein. Les taux de mortalité restent inférieurs pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque.

5. Alès, Béziers, Carcassonne, Pamiers, Perpignan et ses alentours et quelques arrondissements de Marseille (2^e, 3^e, 14^e, 15^e et 16^e).

TABLEAU 1

Valeurs de quelques indicateurs utilisés pour déterminer la typologie socio-sanitaire des cantons français selon les classes et pour la France (hors Mayotte)

	France	A	B	C	D	E	F	G	H
Taux de fécondité des 12-17 ans ¹ (%)	2,2	1,4	1,6	1,4	2,0	1,9	3,6	6,4	16,9
Part de familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans ² (%)	23,4	25,8	23,8	18,6	21,8	21,2	26,2	50,6	38,0
Part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés ² (%)	17,0	32,8	18,7	10,4	11,5	11,7	13,9	11,0	11,4
Part de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire ayant au moins un bac +2 ² (%)	42,8	59,9	45,2	35,8	36,1	35,4	37,9	32,2	24,3
Taux de chômage ² (%)	13,2	12,0	12,5	10,9	13,1	13,1	17,1	27,5	34,8
Taux d'allocataires du RSA ³ (%)	8,7	8,0	8,3	5,8	7,9	8,0	13,1	28,3	37,3
Taux d'allocataires de 25-59 ans de l'AAH ³ (%)	2,7	1,9	2,5	2,7	3,3	2,9	3,7	3,2	2,9
Taux standardisé de mortalité générale ⁴	901,2	775,6	849,2	914,0	939,5	963,4	1 016,0	872,1	1 039,7
Taux standardisé de mortalité prématurée ⁴	214,9	181,0	196,2	213,4	233,0	221,1	274,0	226,6	256,2
Taux standardisé de mortalité par cancers ⁴	257,0	236,7	248,0	254,8	267,1	265,9	292,0	206,9	218,3
Taux standardisé de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon ⁴	50,2	48,4	50,3	47,1	51,2	56,2	58,2	17,7	35,6
Taux standardisé de mortalité par cancers de la prostate ⁴	41,6	36,3	38,1	42,9	44,5	39,7	44,3	87,8	51,5
Taux standardisé de mortalité par cancers du sein chez les femmes ⁴	34,2	34,5	33,3	33,2	35,4	33,6	39,7	23,7	19,5
Taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ⁴	239,2	185,8	218,8	252,6	253,2	264,3	265,7	228,9	313,8
Taux standardisé de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque ⁴	32,7	23,6	27,9	32,5	36,6	32,2	48,9	26,8	44,6
Taux standardisé de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque ⁴	140,0	121,4	131,5	140,4	145,2	164,1	160,2	53,9	151,3
Taux standardisé de mortalité par suicide ⁴	16,7	7,2	14,2	21,1	21,3	17,1	20,0	9,4	12,2

1. En 2007-2014.

2. RP 2012.

3. Au 31 décembre 2014.

4. En 2008-2013, pour 100 000 habitants.

Note • Les valeurs des indicateurs utilisés dans le tableau se réfèrent aux variables considérées dans l'analyse en composantes principales (ACP). Les périodes retenues pour le calcul de ces indicateurs ne sont pas identiques à celles des fiches régionales. De ce fait, des différences peuvent être observées pour les valeurs France.

Champ • France hors Mayotte (voir encadré méthodologique).

Sources • État civil ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; CCMSA ; CNAF ; Certificats de décès (CépiDc) ; exploitation FNORS.

Les cantons ultramarins se caractérisent, en général, par une population jeune, mais cette caractéristique est encore plus marquée pour les cantons de la classe H. Alors que les cantons de la classe G se distinguent avec les taux d'allocataires de l'allocation de soutien familial (ASF) les plus élevés et une part importante de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, ceux de la classe H connaissent la part d'enfants vivant dans une

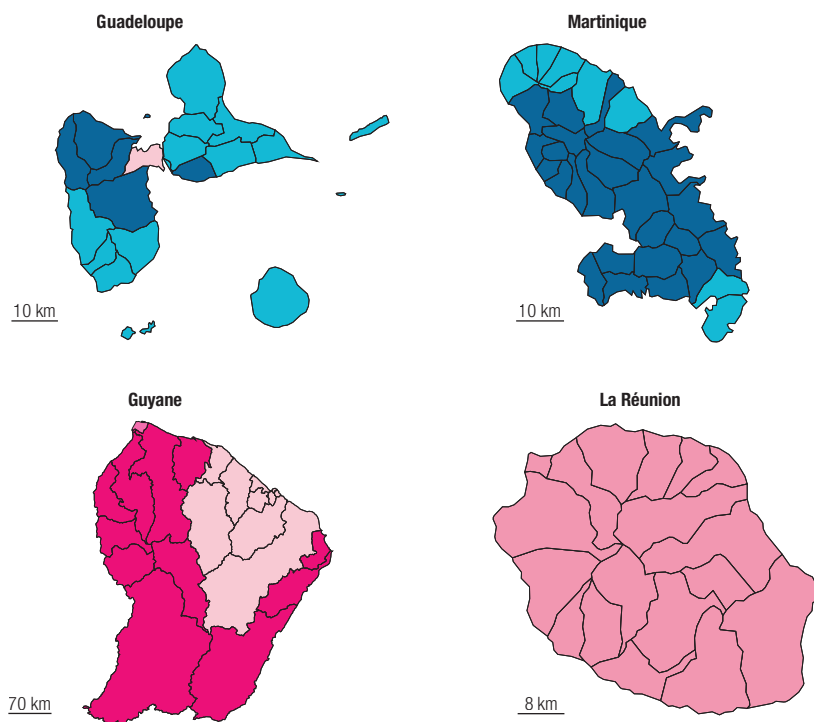
famille sans actif occupé et les taux de fécondité chez les jeunes femmes de 12-17 ans les plus élevés. La part des jeunes de 18-24 ans non scolarisés y est également très importante.

La classe G présente des taux de mortalité générale plus faibles qu'au niveau national ; cela se retrouve aussi pour les maladies de l'appareil respiratoire et les troubles mentaux. À l'opposé, le taux de mortalité pour le cancer de la prostate est le plus élevé en France et

les taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales sont légèrement au-dessus de la moyenne nationale. La situation n'est pas la même au sein de la classe H avec des taux de mortalité supérieurs à ceux du niveau national. En effet, cette classe se distingue par une mortalité plus importante pour l'insuffisance rénale, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire.

CARTE 2

Situation socio-sanitaire au sein des départements et régions d'outre-mer (DROM)



Classe a - Cantons avec la situation sociale la plus favorable et qui enregistrent une mortalité dans l'ensemble la plus faible, néanmoins plus importante pour le cancer de la prostate et, chez les femmes, du côlon-rectum et du sein.

Classe b - Cantons dans une situation sociale plutôt favorable avec cependant des taux d'allocataires de l'AAH plus élevés et présentant une mortalité en général plus faible que dans les autres classes, mais des taux importants pour le cancer du sein et de la prostate et les accidents de la circulation.

Classe c - Cantons dans une situation plutôt favorable, tant sur le plan de l'emploi que sur les aspects sociaux, et qui se trouvent dans une situation intermédiaire pour la mortalité en général, tout en se distinguant par une mortalité plus importante pour les maladies infectieuses et parasitaires et les accidents de la circulation.

Classe d - Cantons principalement marqués par des conditions d'emploi peu favorables, où la mortalité est supérieure à la moyenne ultramarine, excepté pour le cancer de la prostate et les accidents de la circulation.

Classe e - Cantons présentant la situation sociale la moins favorable, se distinguant par une fécondité très élevée chez les femmes mineures, avec une mortalité à un niveau intermédiaire.

Afin d'affiner l'analyse pour les cantons ultramarins et de mieux appréhender leurs spécificités, une typologie complémentaire, réalisée uniquement sur ces territoires, a permis de distinguer cinq classes.

► Les classes a et b

Constituées des cantons de la Guadeloupe (à l'exception du canton de Baie-Mahault) et de ceux de la Martinique, ces classes présentent, dans l'ensemble, la situation sociale la plus favorable des départements ultramarins. La population y est plus âgée et les personnes vivant seules y sont plus fréquentes.

Les jeunes de 18-24 ans sont davantage scolarisés et la part des 25-34 ans sortis du système scolaire peu ou pas diplômés est la plus faible des DROM. Au regard des autres classes, bien que plus nombreuses, les familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans perçoivent moins souvent le RSA majoré. Les taux d'allocataires de prestations sociales sont inférieurs à la moyenne ultramarine, à l'exception de ceux liés au handicap et de l'allocation de soutien familial (ASF) qui y sont supérieurs (en particulier pour les cantons de la classe a). La fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans est plus faible que dans les autres classes ultramarines.

La classe a se distingue de la classe b par une situation sociale encore plus favorable : le taux de chômage est le plus faible observé dans les DROM, les parts des actifs occupés (dont les 55-64 ans), des personnes de 25-34 ans ayant au moins un niveau bac+2 sont les plus élevées et la part des foyers fiscaux non imposés est inférieure à la moyenne ultramarine.

La mortalité est plus faible dans les cantons des classes a et b et plus particulièrement pour les maladies de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire et pour les troubles mentaux. Elle est en revanche plus importante pour les cancers (tout en demeurant nettement inférieure à la

Typologie socio-sanitaire cantonale (suite)

moyenne France entière). C'est le cas notamment pour celui du sein, de la prostate, et également pour les maladies du système nerveux et pour l'insuffisance rénale.

Les cantons de la classe b, se distinguent par une mortalité plus faible pour la BPCO et, chez les hommes, pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et l'insuffisance cardiaque.

Quant aux cantons de la classe a, ils se caractérisent par une mortalité plus faible pour les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil circulatoire chez les moins de 65 ans et les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque. Alors que les femmes se distinguent par une mortalité plus faible pour le diabète et le suicide, elles enregistrent une mortalité plus élevée pour le cancer colorectal.

► La classe c

Cette classe regroupant Cayenne et les cantons avoisinants ainsi que celui de Baie-Mahault en Guadeloupe, présente une situation sociale intermédiaire. Les parts de cadres, de professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires sont supérieures aux moyennes ultramarines et la part des actifs chez les 55-64 ans est la plus importante. Parmi les personnes sorties du système scolaire, les jeunes de 15-24 ans sont moins touchés par le chômage. Les taux d'allocataires du RSA socle et majoré, de l'ASF et de l'AAH et la part de ménages propriétaires de leur résidence principale sont plus faibles. La fécondité des très jeunes femmes de 12-17 ans est supérieure à la moyenne ultramarine.

La mortalité générale est à un niveau intermédiaire, mais se distingue pour les 1-34 ans et pour les femmes de 35-54 ans, en étant au-dessus de la moyenne ultramarine. Cette classe se

caractérise par une mortalité supérieure à la moyenne pour les accidents de la circulation, les maladies infectieuses et parasitaires, la BPCO, le suicide chez les femmes et l'insuffisance cardiaque chez les hommes. En revanche, la mortalité est inférieure à la moyenne ultramarine pour les maladies du système nerveux, le cancer colorectal et, chez les hommes, pour le suicide.

► La classe d

Constituée exclusivement des cantons de La Réunion, cette classe est dans une situation sociale moins favorable au regard des cantons des classes précédentes. Bien que les taux d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % et plus des prestations sociales soient plus faibles que la moyenne ultramarine, les taux d'allocataires de prestations sociales (RSA, logement) sont les plus élevés. Alors que cette classe se distingue par une part plus importante de personnes en âge de travailler (20-59 ans), les conditions d'emploi n'y sont pas favorables : le chômage et la part des emplois précaires sont supérieurs à la moyenne ultramarine. La proportion de foyers fiscaux non imposés est également plus importante. La part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est aussi la plus faible.

La mortalité générale est supérieure à la moyenne ultramarine, seule celle des 1-34 ans est inférieure. Elle est supérieure pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac et d'alcool est un facteur de risque important. Elle l'est aussi pour le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire, l'insuffisance rénale, le suicide, le cancer colorectal. Seules les mortalités par cancer de la prostate et par accidents de la circulation sont inférieures à la moyenne ultramarine.

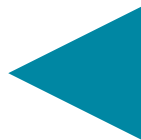
► La classe e

Elle regroupe les cantons ruraux de Guyane. La situation socio-économique de cette classe n'est pas très favorable. Ainsi, la part des actifs de 15-64 ans est la plus faible, les taux d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales, la part des foyers fiscaux non imposés, la part de résidences principales sans confort sont les plus importantes. Les taux d'allocataires du RSA socle et du RSA majoré sont supérieurs à la moyenne ultramarine. À l'inverse, les taux d'allocataires de l'AEH et de l'AAH chez les 25-59 ans sont inférieurs à la moyenne ultramarine.

Parmi les actifs occupés, les parts d'agriculteurs exploitants et d'artisans sont plus élevées que dans les autres classes ultramarines. Les cantons de cette classe se caractérisent par une population jeune qui se trouve dans une situation peu favorable : la part des enfants de 6-16 ans non scolarisés et celle des personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire pas ou peu diplômées sont les plus importantes et la part des 18-24 ans scolarisés est plus faible. Par ailleurs, la fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans est la plus élevée de France.

On retrouve une situation intermédiaire pour la mortalité générale. Toutefois, la mortalité est importante pour les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil digestif, les troubles mentaux, les maladies vasculaires cérébrales et les accidents de la circulation. Elle est, en revanche, inférieure à celle des autres cantons ultramarins pour les cancers, dont ceux du sein, de la prostate (bien que supérieure à la moyenne nationale), du côlon-rectum, de la trachée, des bronches et du poumon et pour les maladies de l'appareil circulatoire. ■

Méthodologie



Méthodologie

Les précisions ci-dessous concernent les indicateurs présentés dans les trois premières pages de chaque fiche régionale.

Les rangs sont donnés sur 17 régions (hors Mayotte) et, sauf mention contraire, la valeur France correspond à la France hors Mayotte.

INDICATEUR • Densité

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Population au 1^{er} janvier 2013 rapportée à la superficie du territoire (hab./km²).
- Sources : RP (INSEE), DGFIP – Service du cadastre, exploitation FNORS.

INDICATEUR • Indice de vieillissement

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.
- Source : RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Indice conjoncturel de fécondité

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Somme des taux de fécondité par âge quinquennal des femmes de 12-54 ans observés sur une année donnée.
- Sources : État civil, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux de fécondité des 12-19 ans

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre de naissances vivantes de mères de 12-19 ans pour 100 femmes de 12-19 ans.
- Sources : État civil, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux de chômage localisés

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre estimé de chômeurs pour 100 actifs de la zone de résidence. La population active comprend les personnes occupant un emploi et les chômeurs.
- Source : INSEE.

INDICATEUR • Part standardisée des inactifs (25-54 ans)

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Nombre d'inactifs (ni en emploi ni au chômage) pour 100 habitants de 25-54 ans. Les parts sont standardisées sur la structure par sexe et âge (classes d'âges décennales) de la population de la France hexagonale au recensement de 2013.

- Source : RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Proportion de personnes pas ou peu diplômées (25-34 ans)

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Nombre de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire et n'ayant pas de diplôme ou ayant uniquement un brevet d'études du premier cycle du second degré (BEPC), un brevet des collèges ou un diplôme national du brevet, pour 100 personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire.
- Source : RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Part de foyers fiscaux non imposés

- Champ : France (hors Mayotte), 2012.
- Méthode de calcul : Nombre de foyers fiscaux non imposés sur les revenus de 2012 pour 100 foyers fiscaux.
- Source : Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP, exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux d'allocataires du RSA

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) pour 100 ménages.
- Sources : CNAF, CCMSA, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux d'allocataires du RSA majoré

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre d'allocataires du RSA majoré (pour les personnes seules avec enfants) pour 100 familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans.
- Sources : CNAF, CCMSA, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux d'allocataires de l'AAH

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour 100 personnes de 20-59 ans.
- Sources : CNAF, CCMSA, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux de bénéficiaires de la CMU-C

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour 100 habitants.
- Sources : Assurance maladie, RP (INSEE), exploitation DREES.

INDICATEUR • Taux standardisés de mortalité

- Champ : France métropolitaine pour les indicateurs portant sur la période 1982-2013 (décès par causes non disponibles avant 2000 dans les DROM) et France (hors Mayotte) pour les indicateurs portant sur la période 2001-2013.

- Méthode de calcul : Les taux sont standardisés sur la structure par âge (moins de 1 an, 1-4 ans, ... 85-89 ans, 90 ans ou plus) de la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013). La population utilisée pour le calcul des taux triennaux par âge est une population moyenne au 1^{er} juillet de l'année centrale de la période considérée. Cette moyenne est faite à partir des données du recensement de la population au 1^{er} janvier des années n et $n+1$.

Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en cause initiale) retenus selon les pathologies étudiées :

- cancers : C00-C97 ;
- maladies de l'appareil circulatoire : I00-I99 ;
- principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque : cirrhose du foie (K70, K74.6), psychose alcoolique et alcoolisme (F10), cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) comprenant les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14), de l'œsophage (C15) et du larynx (C32) ;
- principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (C33-34), bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives – BPCO (J40-J44, en cause initiale ou associée), cardiopathie ischémique (I20-I25).
- Sources : Certificats de décès (CépiDc), RP (INSEE), exploitation FNORS.

CARTES • Méthode de lissage

Pour garantir une stabilité statistique suffisante et réduire le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population), un lissage géographique a été mis en place pour prendre en compte l'information disponible dans le voisinage de chacun des cantons. Une matrice de voisinage reposant sur la notion de continuité géographique a ainsi été mise en place. Les communes considérées comme limitrophes aux cantons sont celles qui lui sont directement contiguës (« communes voisines d'ordre un »), mais également celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre un (il s'agit alors des « communes voisines d'ordre deux ») ; idem avec les communes voisines d'ordre trois. Un poids est ensuite donné à chaque commune ; il décroît de manière relativement linéaire à mesure que les communes s'éloignent du canton : 0,5 pour les communes du

canton, 0,3 pour les communes d'ordre un, 0,15 pour les communes d'ordre deux et 0,05 pour les communes d'ordre trois.

Le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés). Le taux standardisé de mortalité présenté pour un canton donné intègre l'ensemble des valeurs des communes qui composent ce canton, ainsi que des communes qui lui sont limitrophes.

CARTES • Méthode de discrétisation

La définition des classes est fondée sur différentes méthodes de discrétisation : moyenne et écart-type, moyennes emboîtées, progression géométrique. Pour chaque indicateur, la méthode de discrétisation retenue est celle qui est la plus en adéquation avec la distribution de la variable étudiée.

CARTES, TYPOLOGIES • Découpage géographique

Les indicateurs sont présentés à l'échelle des « cantons ou villes », tels que définis en 2014, pour l'ensemble des régions à l'exception de la Martinique et de la Guyane. En effet, en application de la loi n° 2011-884 du 27 juillet 2011, ces dernières sont des collectivités territoriales uniques d'outre-mer que le découpage cantonal ne concerne pas. De ce fait, pour la Martinique et la Guyane, les cartes sont présentées à l'échelle des communes.

Le « canton ou ville » (ou pseudo-canton) est un regroupement d'une ou plusieurs communes. Les grandes communes ne sont pas découpées en plusieurs cantons, mais constituent des entités uniques, les villes. Les petites communes jouxtant ces villes et faisant partie du même canton électoral que celles-ci forment alors à elles seules un « pseudo-canton », la grande ville voisine en formant un autre.

TYPLOGIES • Méthode

► Champ : France (hors Mayotte).

► Sources : CCMSA, Certificats de décès (CépiDc), CNAF, Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP, RP (INSEE).

► Méthode : Les typologies socio-sanitaires présentées (l'une sur la France (hors Mayotte) et l'autre sur les départements et régions d'outre-mer) reposent sur l'analyse de près de 70 indicateurs sociaux et sur près de 150 indicateurs de mortalité déclinés par genre (hommes, femmes, ensemble), âge (tous âges, moins de 65 ans) et pour les principales pathologies des grands chapitres de la Classification internationale des

maladies. Après un processus de sélection (décrit ci-contre), un nombre restreint de ces indicateurs a contribué à la définition des classes des typologies socio-sanitaires. Les autres indicateurs ont été intégrés comme variables illustratives, afin de décrire les classes obtenues, de même que des indicateurs démographiques.

Pour la dimension sociale, 11 indicateurs ont été sélectionnés (voir liste ci-contre) *via* des analyses en composantes principales (ACP), pour couvrir le maximum de champs étudiés (enfance et famille, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, prestations de nature sociale, personnes handicapées, logement) et éviter une redondance de l'information. L'ACP permet de décrire l'ensemble des observations à partir de plusieurs variables quantitatives en construisant des nouvelles variables (axes factoriels) synthétisant les variables initiales (ici les 11 indicateurs sociaux). Cette première analyse a permis de définir trois axes factoriels restituant près de 90 % de l'information ; pour l'analyse spécifique aux DROM, trois axes, restituant 90 % de l'information, ont également été retenus.

Concernant la mortalité, un travail préparatoire à la réalisation de l'ACP a été effectué pour établir une présélection d'indicateurs. Pour chaque pathologie, quand les effectifs par genre étaient suffisamment robustes, la corrélation entre la mortalité féminine et masculine a été étudiée. Si les deux indicateurs étaient relativement corrélés c'est la mortalité tous sexes confondus qui a été considérée, dans le cas contraire, les deux indicateurs hommes et femmes ont été retenus. Un travail analogue a été mené pour savoir s'il fallait considérer la pathologie en tous âges ou pour les moins de 65 ans. Au total, une ACP reposant sur 21 indicateurs de mortalité a été réalisée. Elle a permis de définir quatre axes factoriels restituant près de 75 % de l'information (deux axes restituant 82 % de l'information pour les DROM seuls). Compte tenu du nombre élevé d'indicateurs de mortalité retenu en regard de ceux considérés pour mesurer la situation sociale, ce sont les trois axes factoriels de nature sociale et les quatre relatifs aux données de mortalité qui ont été considérés dans l'ACP qui ont permis, *via* une classification ascendante hiérarchique (CAH), de regrouper les cantons en un nombre restreint de classes homogènes. Pour l'analyse portant sur l'ensemble des cantons français, les quatre premiers axes factoriels de l'ACP restituent 85 % de l'information et la CAH a permis de définir huit classes de cantons. Pour l'analyse portant uniquement sur les DROM, les trois premiers axes

factoriels de l'ACP restituent 98 % de l'information et à la suite de la CAH, les cantons/communes ont été répartis en cinq classes.

Les indicateurs reposent sur des données lissées (voir ci-contre). Les cantons présentant une faible population, malgré le lissage géographique, ont été mis en illustratifs (ils n'ont pas participé à la constitution des classes, mais ont ensuite été affectés aux différentes classes) ; deux ont été exclus en raison d'une très faible population (Groix et l'Île-d'Yeu) et ne sont donc pas présentés sur la cartographie.

► Indicateurs utilisés : Les 11 indicateurs de nature sociale qui ont permis de construire les trois axes factoriels considérés pour définir la typologie socio-sanitaire des cantons de France regroupent le taux de fécondité des 12-19 ans (2007-2014), les parts des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans et d'enfant(s) de moins de 25 ans dont le référent est inactif, les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés, des personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire avec un niveau bac +2 ou plus (RP 2012), le taux de chômage des 15-24 ans (RP 2012), la part des foyers fiscaux non imposés (2012), la part des allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales (31 décembre 2014), les taux d'allocataires du RSA, de l'AAH et d'une aide au logement (31 décembre 2014).

Les 21 indicateurs de mortalité (taux standardisés sur l'âge calculés au cours de la période 2006-2013) qui ont permis de construire les quatre axes factoriels utilisés pour la définition des classes comprennent : les maladies cardiovasculaires chez les moins de 65 ans, les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les maladies vasculaires cérébrales, le cancer du côlon-rectum chez les hommes et chez les femmes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes et chez les femmes, le cancer du sein chez les femmes, le cancer de la prostate, le suicide, les accidents de la circulation, les maladies de l'appareil respiratoire, la BPCO, les maladies de l'appareil digestif, le diabète, les troubles mentaux et du comportement, les maladies infectieuses et parasitaires, l'insuffisance rénale, les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool ou de tabac est un facteur de risque.

Ce sont les mêmes indicateurs qui ont été considérés pour l'analyse menée sur les DROM. ■

Répertoire des sigles utilisés

A

- AAH** : Allocation aux adultes handicapés
- AASQA** : Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air
- ABM** : Agence de la biomédecine
- ACP** : Analyse en composantes principales
- ACS** : Aide à l'acquisition d'une complémentaire
- AcVC** : Accident de la vie courante
- ADELI** : Automatisation des listes
- ADEME** : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
- ADN** : Acide desoxyribonucléique
- AEEH** : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- AER-R** : Allocation équivalent retraite de remplacement
- AES** : Accident d'exposition au sang
- AFDPHE** : Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant
- AFTN** : Anomalie de fermeture du tube neural
- AIT** : Accident ischémique transitoire
- ALD** : Affection de longue durée
- AME** : Aide médicale d'état
- AMI** : Amputation du membre inférieur
- AMP** : Assistance médicale à la procréation
- ANI** : Accord national interprofessionnel
- ANRS** : Agence nationale de recherche sur le sida
- ANSES** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament
- AO** : Actifs occupés
- API** : Alcoolisation ponctuelle importante
- ARS** : Agence régionale de santé
- ASA** : American Society of Anesthesiologists
- ASF** : Allocation de soutien familial
- ASI** : Allocation supplémentaire d'invalidité
- ASN** : Autorité de sûreté nucléaire

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS : Allocation de solidarité spécifique
ASV : Avantage social vieillesse
AT : Accident du travail
ATA : Allocation temporaire d'attente
ATC : Anatomique thérapeutique et chimique (classification)
ATIH : Agence technique de l'information hospitalière
ATS-R : Allocation transitoire de solidarité de remplacement
AV : Allocation veuvage
AVC : Accident vasculaire cérébral

B

BCG : Bacille de Calmette et Guérin
BEP : Brevet d'études professionnelles
BEPC : Brevet d'études du premier cycle du second degré
BHD : Buprénorphine haut dosage
BIT : Bureau international du travail
BLC : Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux
BMR : Bactérie multirésistante
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive
BRDE : Indicateur de bas revenus-dépenses élevées
BTP : Bâtiment et travaux publics (ouvriers du)

C

C3G : Céphalosporines de troisième génération
Caarud : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CAH : Classification ascendante hiérarchique
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCLIN : Centres interrégionaux de lutte contre les infections nosocomiales
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCR : Cancer colorectal
CCU : Cancer du col de l'utérus
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CDI : Contrat à durée indéterminée
CE2 : Cours élémentaire 2
CepiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
Cerema : Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement
CF : Cystic fibrosis
CFES : Comité français d'éducation pour la santé
CHM : Centre hospitalier de Mayotte
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIDI-SF : Composite International Diagnosis Interview Short Form
CIM : Classification internationale des maladies
CIPR : Commission internationale de protection radiologique
CIRC : Centre international de recherche sur le cancer
CIRE : Cellule d'intervention en région
Citepa : Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique

CMI : Concentration minimum inhibitrice
CMR : Cancérogènes mutagènes et reprotoxiques
CMU-C : Couverture médicale universelle complémentaire
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV : Caisse nationale d'allocation vieillesse
CNR : Centre national de référence
CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants
CPDPN : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CSAPA : Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire
CVC : Cathéter veineux central

D

DA : Diagnostic associé
DADS : Déclaration annuelle de données sociales
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DAS : Diagnostic associé significatif
DCIR : Données de consommation interrégimes
DDJ : Dose définie journalière
DEOS : Département des études sur l'offre de soins (CNAMTS)
DEPP : Département études sur les pathologies et les patients (CNAMTS)
DFG : Débit de filtration glomérulaire
DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGDDI : Direction générale des douanes et droits indirects
DGFIP : Direction générale des Finances publiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DGT : Direction générale du travail
DNN : Dépistage néonatal
DP : Diagnostic principal
DR : Diagnostic relié
DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM : Département et région d'outre-mer
DSES : Direction de la stratégie, des études et des statistiques (CNAMTS)
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DTP : Diphtérie tétanos poliomyélite

E

EARS-Net : Antimicrobial Resistance Interactive Database
EBLSE : Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu
ECDC : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
ECG : Électrocardiogramme
EDC : Épisode dépressif caractérisé
EDP : Échantillon démographique permanent (INSEE)
EFTA : European Free Trade Association
EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires

EHEMU : European Health Expectancy Monitoring Unit
EHLEIS : European Health and Life Expectancy Information System
EIG : Événement indésirable grave
ELP : Estimations localisées de population
EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle
ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins
ENNS : Étude nationale nutrition santé
ENP : Enquête nationale périnatale
ENP : Enquête nationale de prévalence
ENTRED : Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
EP : Établissement de santé ayant une activité en psychiatrie
EP : Embolie pulmonaire
EPAC : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
EPC : Entérobactéries productrices de carbapénémases
ERCV : Enquête sur les ressources et conditions de vie
ERG : Entérocoques résistants aux glycopeptides
EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ERP : Etablissement recevant du public
ES : Établissement de santé
ESAC-Net : European Surveillance of Antimicrobial Consumption
Escapad : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESHRE : European Society of Human Reproduction and Embryology
ESPAD : European School Survey on Alcohol and Others Drugs
ESPS : Enquête santé et protection sociale
ET : Écart-type
ETP : Équivalent temps plein
EURO-PERISTAT : European Perinatal Statistics
Eurocat : European Surveillance Of Congenital Anomalies
Eurostat : European Statistics
EU-SILC : European Union-Statistics on Income and Living Conditions
EV : Espérance de vie
EVI : Espérance de vie avec incapacité
EVSI : Espérance de vie sans incapacité

F

FCU : Frottis cervico-utérin
Fécond : Fécondité-contraception-dysfonctions sexuelles
FESF : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
FILOCOM : Fichier des logements par commune
FIV : Fécondation *in vitro*
FMV : Forfait médical de ville
FNORS : Fédération nationale des observatoires de santé
FQ : Fluoroquinolones

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAI-Net : Network for Healthcare-associated Infections
HAP : Hydrocarbure aromatique polycyclique
HAS : Haute Autorité de santé
HbA1 : Hémoglobine glyquée
HBSC : Health Behaviour in School-aged Children
HC : Hypothyroïdie congénitale
HCL : Hospices civils de Lyon
HCS : Hyperplasie congénitale des surrénales
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HFA-DB : European Health for all Databases
Hib : Haemophilus influenza b
HPV : Human papilloma virus
HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HTA : Hypertension artérielle

I

IARC : International Agency For Research On Cancer
ICF : Indicateur conjoncturel de fécondité
IDF : International Diabetes Federation
IDM : Infarctus du myocarde
IFSTTAR : Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux
IGN : Institut national de l'information géographique et forestière
IGS : Indice de gravité simplifié
IMC : Indice de masse corporelle
IMG : Interruption médicale de grossesse
IN : Infection nosocomiale
INCA : Étude individuelle nationale des comportements alimentaires
INCA : Institut national du cancer
INED : Institut national des études démographiques
Ineris : Institut national de l'environnement industriel et des risques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation en santé
Inrets : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut de veille sanitaire
IOTF : International Obesity Task Force
IPP : Incapacité partielle permanente
IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRIS : Îlots regroupés pour l'information statistique
ISO : Infection du site opératoire
IST : Infections sexuellement transmissibles
IVG : Interruption volontaire de grossesse

L

LCSQA : Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air
LH : Lit d'hospitalisation
LSD : Diéthylamide de l'acide lysergique

M

MAAD : Maladie d'Alzheimer et autres démences
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MCP : Maladie à caractère professionnel
MDO : Maladie à déclaration obligatoire
MDR : Tuberculose multirésistante
MEEM : Ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer
MFIU : Mort fœtale *in utero*
MFPP : Mort fœtale *per partum*
MGEN : Mutuelle générale de l'Éducation nationale
MP : Maladie professionnelle
MRC : Maladie rénale chronique
MSA : Mutualité sociale agricole
MSO : Médicament de substitution aux opiacés
MVTE : Maladie veineuse thrombo-embolique

N

NCEP : National Cholesterol Education Program
NNIS : National Nosocomial Infections Surveillance

O

Obépi : Enquête nationale sur l'obésité et le surpoids
OC : Organisme complémentaire
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT : Observatoire français des toxicomanies
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONISR : Observatoire national interministériel sur la sécurité routière
OR : Odds ratio
OR2S : Observatoire régional de la santé et du social
ORL : Oto-rhino-laryngologie
ORS : Observatoire régional de la santé
ORS OI : Observatoire régional de la santé de l'océan Indien
ORSaG : Observatoire régional de la santé de Guadeloupe
ORSC : Observatoire régional de la santé de la Corse

P

PACA : Provence - Alpes - Côte d'Azur
PAD : Pression artérielle diastolique
PAS : Pression artérielle systolique
PCR : Réaction en chaîne par polymérase
PCS : Profession et catégorie sociale
PCU : Phénylcétonurie

PCV : Vaccin pneumocoque
PE : Perturbateurs endocriniens
PM : Particulate Matter
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS : Programme national nutrition santé
PRCV : Panel sur les ressources et conditions de vie
Propin : Programme de lutte contre les infections associées aux soins
PRS : Programme régional de santé
PRSE : Plan régional santé environnement
PTH : Prothèse de hanche

R

Raisin : Réseau d'alerte et d'investigation des infections nosocomiales
RATB : Résistance bactérienne aux antibiotiques
REA/SI : Réanimation/soins intensifs
REIN : Réseau épidémiologie et information en néphrologie
Renachla : Réseau national des chlamydioses
Renago : Réseau national des gonocoques
RIM-P : Recueil d'information médicale en psychiatrie
RMM : Ratio de mortalité maternelle
RNIPP : Répertoire national d'identification des personnes physiques
ROR : Rougeole oreillons rubéole
RP : Recensement de la population
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
RPS : Risques psychosociaux
RR : Risque relatif
RSA : Revenu de solidarité active
RSI : Régime social des indépendants
RSO : Revenu de solidarité

S

SA : Semaines d'aménorrhée
SAE : Statistique annuelle des établissements
SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
SCA : Syndrome coronaire aigu
SDM : Syndrome drépanocytaire majeur
Secten : Secteurs économiques et énergie
Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise
SIRSéPACA : Système d'information régional en santé Provence - Alpes - Côte d'Azur
SISE-EAUX : Système d'information en santé environnement sur les eaux
SLD : Soins de longue durée
SMPG : Enquête santé mentale en population générale
SNIIRAM : Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SNSPE : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant
SRCV : Statistique sur les ressources et conditions de vie
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SUMER : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

T

- TB** : Troubles bipolaires
- TBSE** : Tableau de bord régional santé environnement
- TI** : Taux d'incidence
- TMS** : Troubles musculo-squelettiques
- TR** : Accidents de trajet avec arrêt de travail
- TS** : Tentative de suicide
- TSH** : Thyroïd-stimulating Hormone
- TSO** : Traitement de substitution aux opiacés
- TV** : Thrombose veineuse

U

- UD** : Usager de drogues
- UDI** : Unité de distribution d'eau potable
- UE** : Union européenne
- UFSBD** : Union française pour la santé bucco-dentaire
- UVB** : Ultraviolets B

V

- VADS** : Voies aérodigestives supérieures
- VHB** : Virus de l'hépatite B
- VHC** : Virus de l'hépatite C
- VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

Z

- ZEAT** : Zone d'étude et d'aménagement du territoire
- ZEP** : Zone d'éducation prioritaire

L'état de santé de la population en France

RAPPORT 2017

Embrasser de manière synthétique et didactique, dans un seul ouvrage, les informations disponibles permettant de décrire l'état de santé de la population en France est un défi que ce rapport tente de relever.

Dans la continuité des précédentes éditions, l'état de santé est appréhendé à travers son acception la plus large. Au-delà des données sur la fréquence des pathologies ou de leur impact sur les individus (limitations fonctionnelles, santé perçue...), les comportements, l'environnement et les conditions de vie ayant une influence sur la santé y sont également décrits.

La description de cet état de santé par territoire est une des grandes nouveautés de ce rapport qui contient de nombreux indicateurs régionaux et infrarégionaux ainsi qu'une présentation spécifique des nouvelles régions issues de la réforme territoriale.

De nombreux indicateurs révèlent un état de santé globalement bon de la population française dont l'espérance de vie reste l'une des plus élevées au monde. Pour de nombreuses pathologies, l'évolution de la mortalité ou de la morbidité est favorable. Cependant, en raison du vieillissement de la population, le poids des pathologies chroniques, plus fréquentes chez les personnes âgées, s'accroît. De plus, un examen détaillé fait apparaître la persistance des inégalités sociales ou territoriales de santé, ainsi que quelques évolutions préoccupantes, notamment chez les adultes de moins de 65 ans.

►► *Coordonné par la DREES et Santé publique France, cet ouvrage a bénéficié de la contribution de l'ensemble des producteurs de données de santé, et pour les profils régionaux, de la collaboration de la FNORS et du réseau des ORS.*



drees.social-sante.gouv.fr
santepubliquefrance.fr

ISBN : 978-2-11-151590-1
ISSN : en cours

Éditions Dicom : 17-015
Diffusion : S17-105