

**synthèse**





# Synthèse

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

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

## ■ DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUES DIFFÉRENTS SELON LE SEXE ET LES ÂGES DE LA VIE

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes, avec un paradoxe selon que l'on observe la mortalité ou l'état de santé déclaré. Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (84,5 ans pour les femmes et 77,8 ans pour les hommes en 2009) continue de progresser, mais l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire : en dix ans, les hommes ont gagné 3 ans et les femmes 2 ans d'espérance de vie, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés.

L'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe, tant pour les femmes (22,6 ans en 2009, soit 1,4 an de plus qu'en 2000), que pour les hommes (18,4 ans en 2009, soit 1,7 an de plus qu'en 2000). Toutefois, les femmes, si elles ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, vivent aussi plus longtemps avec des incapacités car celles-ci sont concentrées en fin de vie et les touchent plus souvent. Pour les hommes, le décalage observé entre les résultats très favorables de l'espérance de vie après 65 ans et ceux moins bons de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

Paradoxalement, les mesures de santé perçue et de recours aux soins font apparaître que les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et recourent moins aux soins que les femmes.

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

## ■ UN BILAN PLUTÔT POSITIF POUR LA SANTÉ DES ENFANTS

**Le taux de mortalité infantile** (3,8 décès d'enfant de moins d'un an pour 1 000 en 2009) a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années et se place à un niveau inférieur à celui de l'Union européenne (4,7 pour 1 000 en 2006). Ce sont les pays du Nord (Finlande, Suède), et plus récemment le Luxembourg, qui enregistrent les niveaux les plus faibles.

**Les accidents de la vie courante touchant les enfants** de moins de 15 ans sont une des principales causes de décès à ces âges. Ils recouvrent à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu et autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). En 2006, le taux de mortalité (2,4 pour 100 000) était deux fois plus élevé pour les garçons que pour les filles. Globalement, le taux de mortalité pour les enfants de moins de 15 ans a diminué de 27 % entre 2000 et 2006, de façon plus importante chez les filles (-43 %) que chez les garçons (-17 %). Cependant, la variation des taux a été différente selon le type d'accident, les évolutions des taux de décès par noyade et par suffocation ayant décru de plus de 5 % par an au cours de la période 2000-2006. Cette diminution a coïncidé avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques.

Un certain nombre d'indicateurs montrent des évolutions favorables des déterminants de la santé à l'âge adulte chez les enfants. Ainsi, selon les études les plus récentes, les fréquences de **surpoids** et d'**obésité** se sont stabilisées chez les enfants et un léger recul est même observé pour les plus jeunes (5-6 ans). Selon les enquêtes de santé scolaire, la prévalence de l'obésité est estimée à 3,1 % à 5-6 ans et à 3,7 % à 10-11 ans. De même, leur état de santé **bucco-dentaire** s'améliore globalement. En 2006, l'indice CAO mixte moyen (ou

indice carieux), représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, est estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans contre respectivement 3,73 et 4,20 il y a 20 ans. Ces évolutions très favorables sont probablement le résultat de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, etc.). Cependant, malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités entre catégories sociales restent marquées. L'objectif d'une **couverture vaccinale** d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée, en particulier pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement la moins bien réalisée.

L'intoxication par le plomb, ou **saturnisme**, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche). L'exposition générale de la population française au plomb a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint : la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans a été estimée à 0,1 %. Elle a été divisée par 20 depuis la précédente enquête menée en 1995-1996. La réduction de la prévalence existe aussi dans les groupes à risque : parmi les enfants ciblés pour une première plombémie, la proportion ayant une plombémie inférieure ou égale à 100 µg/l continue de baisser, passant de 24,3 % en 1995 à 3,7 % en 2007.

En revanche, on constate pour l'**asthme** une augmentation des taux d'hospitalisation chez les enfants les plus jeunes entre 2002 et 2007 (10 % chez les garçons et 15 % chez les filles). La prévalence de l'asthme est estimée à près de 9 % chez les enfants en France. À cet égard, le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants, avec plus d'un tiers des adolescents asthmatiques en classe de 3e dont l'asthme serait non contrôlé.

## ■ DES JEUNES EN BONNE SANTÉ QUI SE SENTENT PLUTÔT BIEN INFORMÉS DES RISQUES POUR LEUR SANTÉ

Représentant 13 % de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé est ainsi proche de la notion de bien-être. Leurs modes de vie passent cependant parfois par l'adoption de comportements à risque. Selon l'enquête Escapad 2008, 30 % des jeunes de 17 ans déclarent fumer quotidiennement et 9 % consommer régulièrement de l'alcool, au moins dix usages au cours du dernier mois. À l'adolescence, les habitudes de consommation de tabac des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien pour les filles de 17 ans est passé de 40 % à 28 % entre 2000 et 2008, celui des garçons passant de 42 % à 30 % au cours de la même période. Les hausses des prix ont sans doute contribué à cette diminution, dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées. Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac semble se stabiliser, après avoir diminué de 2000 à 2005 : il est en 2008 de 13,4 ans pour les garçons et 13,7 ans pour les filles ; en revanche, celui du passage à l'usage quotidien, après avoir augmenté entre 2002 et 2003, a diminué en 2008 (14,3 ans pour les deux sexes). Ces résultats suggèrent que les jeunes les moins enclins à fumer se détournent de la cigarette et que les petits fumeurs profitent davantage des hausses des prix du tabac pour arrêter de fumer. L'usage régulier d'alcool à 17 ans est 3 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (13,6 % contre 4,0 %). Après avoir augmenté entre 2000 et 2003, la consommation régulière a cependant diminué entre 2003 et 2008 (de 47 % pour les filles et de 36 % pour les garçons). Par ailleurs, 42 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis et 7 % en consomment régulièrement. Si les jeunes se considèrent globalement bien informés des risques pour leur santé, ils se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'INPES. La prévalence de l'obésité chez les 15-24 ans continue d'augmenter, passant de 1,5 % en 1997 à 4 % en 2009 selon les données de l'enquête Obépi.

Pour les adolescents, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devrait être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B.

Autre enjeu majeur de santé publique, les questions liées à une sexualité non protégée ou mal protégée qui conduit, entre autres, à une hausse du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les mineures.

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

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

Avec plus de 800 000 naissances annuelles depuis 2004, la France fait partie des pays industrialisés dans lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. Elle est avec l'Irlande le pays le plus fécond d'Europe. L'âge à la maternité s'est établi aujourd'hui à 29,9 ans et 22 % des naissances concernent des femmes âgées de 35 ans ou plus contre 15,6 % dix ans auparavant. Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales que connaît la société française, il faut rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes. Le nombre de grossesses à risque est en augmentation. Les difficultés à concevoir risquent de s'accroître, tandis que les grossesses extra-utérines et les décès maternels évitables demeurent trop fréquents.

En France, le **taux de mortalité maternelle** tend à diminuer depuis la fin des années 1990 et s'est établi à 7 pour 100 000 naissances en 2005-2006. La part des décès maternels évitables, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum, est estimée à 44 % pour la période 2002-2006. Par ailleurs, l'augmentation de l'âge moyen des mères à la maternité est un facteur à prendre en compte dans le suivi de cet indicateur car, au-delà de 35 ans, le risque vital maternel est nettement augmenté.

Le **taux de mortalité périnatale** se définit comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, il est également nécessaire de prendre en compte l'ensemble de la mortalité néonatale (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile (nombre de décès avant 1 an d'enfants nés vivants rapporté à l'ensemble des naissances vivantes). Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale était depuis 2000 sur une pente croissante. Si le changement de réglementation intervenu en 2001 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. Depuis 2003, le taux de mortalité périnatal est stable (autour de 11,0 pour 1 000 naissance); l'année 2005 enregistre le taux le plus bas (10,8 pour 1 000). La mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale et atteint 9,3 pour 1000 enfants nés vivants ou sans vie en 2007. La mortalité néonatale continue en revanche de baisser. Elle est ainsi passée de 3,0 pour 1000 en 2001 à 2,5 en 2007. Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la métropole et les départements d'outre-mer, persistent pour l'ensemble de ces indicateurs. Des évolutions sont à prévoir pour ces indicateurs avec le changement de législation intervenu le 22 août 2008, autorisant sur production d'un certificat médical d'accouchement l'enregistrement à l'état civil de tout enfant mort-né ou non viable quels que soient la durée de la grossesse ou le poids à la naissance qui était fixé depuis 2002 à respectivement 22 semaines d'aménorrhées et/ou 500 grammes

La survenue de **grossesses extra-utérines (GEU)** favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* peut avoir un impact sur la fertilité ultérieure. En 2007, les grossesses extra-utérines (GEU) ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO, soit un ratio de 1,58 GEU pour 100 naissances vivantes. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans, proche de 2 chez les 35-39 ans et de 2,55 à partir de 40 ans. Les régions Guadeloupe et Martinique enregistrent des ratios supérieurs à 2,5. En cas d'hospitalisation, la GEU était traitée par une intervention réalisée sous cœlioscopie dans deux tiers des cas. La GEU est traitée par une intervention réalisée sous cœlioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais, entre 1997 et 2007, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue. En 10 ans, le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est passé de 1,94 à 1,58 mais cette baisse observée pour les GEU hospitalisées pourrait être en partie compensée par une augmentation du nombre de GEU traitées médicalement qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Le retentissement sur la qualité de vie des femmes de l'**incontinence urinaire** est enfin avéré, quoique variable selon l'intensité du trouble. Des stratégies de prévention existent (rééducation périnéale et sphinctérienne) dans les suites d'accouchement ou après dépistage de troubles de la statique pelvienne chez les femmes ménopausées. En 2008, 12,7 % des femmes de 16 ans ou plus déclarent des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge, dépassant 21 % des femmes après 65 ans. Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, ce trouble étant probablement sous-déclaré. Ainsi, dans l'enquête réalisée par l'INSERM en 2007 auprès de femmes consultant en médecine générale, la prévalence a été estimée à 26,6 %.

L'utilisation de **moyens contraceptifs** mérite d'être observée notamment en lien avec le suivi du recours à l'**interruption volontaire de grossesse (IVG)**. La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives, ne souhaitant pas avoir d'enfant et qui n'utilisent aucune méthode contraceptive demeure de l'ordre de 5 %. Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'IVG n'a que peu varié. Le taux d'IVG, en 2007,

proche de 14,7 ‰ femmes de 15 à 49 ans, se situait parmi les plus élevés d'Europe occidentale : plus de 210 000 femmes sont concernées chaque année et près d'une femme sur deux a recours à une IVG au cours de sa vie. Les IVG sont plus fréquentes dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les régions Corse, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'utilisation croissante des méthodes de contraception médicales (les Françaises occupent l'une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet) n'a pas fait chuter le nombre d'IVG et les échecs de contraception demeurent fréquents. Il faut également souligner que les taux d'IVG sont à la hausse chez les mineures depuis quelques années, avec environ 12 800 IVG en 2007. Parmi les facteurs qui permettent de rendre compte de la survenue d'échecs de contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué chez les très jeunes femmes. Mais c'est surtout la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains groupes sociaux qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive. Un autre enjeu essentiel est celui de l'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. Le recours à la contraception d'urgence pourrait constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque.

Les actions se sont multipliées en matière de contraception. Récemment, une campagne nationale d'information sur la contraception a été promue sous le titre : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Par ailleurs, la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse a été étendue aux centres de planification ou d'éducation familiale et aux centres de santé. La part des IVG médicamenteuses continue de croître et représente aujourd'hui près d'une IVG sur deux.

Un dossier thématique est consacré dans cet ouvrage à l'analyse des IVG en 2007 et permet de mieux connaître les caractéristiques des femmes qui ont recours à l'IVG ainsi que les modes et lieux de prise en charge. En 2007, près d'une IVG sur deux a concerné une jeune fille de moins de 25 ans. Ainsi, les femmes étrangères, les femmes célibataires et celles sans activité professionnelle sont surreprésentées parmi les femmes ayant recours à l'IVG. Les deux tiers des femmes qui ont avorté utilisaient un moyen contraceptif. Par ailleurs, la diffusion de la contraception d'urgence n'a pas permis d'infléchir le recours à l'IVG. Les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG ont beaucoup évolué au cours des années 2000. La moitié des IVG sont désormais médicamenteuses. Depuis que cette pratique a été autorisée en ville en 2004, près d'une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. Il n'en demeure pas moins que 90 % de l'ensemble des IVG sont encore prises en charge dans un établissement de santé. La part du secteur public dans la prise en charge des IVG en établissement n'a cessé de croître : en 2007, 76 % des IVG sont réalisées dans un établissement public, contre 60 % en 1990. Le délai médian de prise en charge à l'hôpital (8 jours et demi à partir de la prise de rendez-vous) est stable depuis 2002. Il y aurait toutefois des goulots d'étranglement localisés dans certaines régions. Les premiers résultats issus de l'enquête 2007 menée par la DREES auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG montrent par ailleurs que l'accompagnement psychologique et le fonctionnement en réseau ne sont pas encore généralisés. Plus d'un établissement sur trois a établi des conventions avec des médecins libéraux pour réaliser les IVG en ville.

### ■ LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE DEMEURE PLUS ÉLEVÉE QUE DANS LES AUTRES PAYS EUROPÉENS

La situation de la France apparaît beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée que dans les autres pays européens de développement comparable. Ces décès avant 65 ans représentent environ 20 % de l'ensemble des décès et concernent pour près de 70 % d'entre eux des hommes. Environ un tiers sont associés à des causes de décès « évitables » par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides etc.).

Le nombre de décès correspondant à la sélection mortalité « évitable » est de près 36 000 en 2006 pour la France métropolitaine (le tiers des décès prématurés). 77,3 % des décès observés concernent les hommes et les taux de décès standardisés sont multipliés par 4 par rapport aux femmes. La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité « prématurée » est de 37,5 % chez les hommes et de 23,8 % chez les femmes.

Entre 2000 et 2006, les diminutions les plus importantes ont été observées pour les accidents de la circulation, le sida et les causes de décès liées à l'alcool. En revanche, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont augmenté de 50 % chez les femmes et ne diminuent que faiblement chez les hommes (-9 %). Ces cancers ont connu un développement important chez les femmes : en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé et cette augmentation a davantage touché la classe d'âge des 25-44 ans. Le suicide reste aussi une cause de mortalité « évitable » préoccupante : il baisse peu chez les hommes et stagne chez les femmes.

En 2006, parmi les 27 pays de l'Union européenne, c'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé après les nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays baltes et la Belgique.

## ■ LES SUICIDES ET ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SONT DEUX CAUSES IMPORTANTES DE LA MORTALITÉ « ÉVITABLE » CHEZ LES HOMMES

Le **suicide** est un problème important de santé publique. Au sein de l'Europe des 27, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide. En 2006, elle enregistre près de 10 500 décès par suicide. Les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps (-10 % chez les hommes entre 2000 et 2006 et -6 % chez les femmes). Cependant, ils représentent encore la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes bien que les taux de décès par suicide soient nettement plus élevés pour les hommes et les personnes âgées. L'ampleur de la baisse est plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais ne concerne pas toutes les classes d'âge. Comparativement à l'année 2000, le taux brut de suicide des 45-54 ans a augmenté : modérée pour les femmes (2,2 % entre 2000 et 2006), l'augmentation s'élève à 8 % pour les hommes. Entre 15 et 24 ans, le suicide représente 15 % du total des décès et constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation. Les taux de suicide varient également fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Très liés à la dépression, les suicides peuvent être prévenus en partie par des actions de prévention, notamment par la formation des professionnels de soins au repérage et au traitement des états dépressifs.

L'objectif de réduction du nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par **accident de la circulation** bénéficie des actions conduites par les pouvoirs publics en ce domaine depuis plusieurs années. En 2008, près de 4 300 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 170 dans les départements d'outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). Ce nombre diminue pour la septième année consécutive mais avec un ralentissement après les baisses exceptionnelles de 2003 (20,9 %) et de 2006 (11,5 %). C'est la classe d'âge des 15-24 ans, en particulier pour les hommes, qui reste la plus exposée. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux. En matière de comparaisons internationales, la France se situe au 8e rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés pour une durée d'au moins 6 jours, atteint 16 % des blessés en 2004. Elle est plus élevée pour les personnes âgées de plus de 65 ans (24 %) et les motocyclistes (19 %). Elle tend à diminuer dans le temps. Enfin, on estime que 1,4 % des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les six jours qui suivent leur accident et autant gardent des séquelles graves un an après leur accident.

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

Les personnes âgées sont les premières concernées par les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète, même si celles-ci concernent aussi d'autres groupes d'âge. Ces maladies représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des personnes en ALD en 2007 et 2008. Les personnes atteintes par ces pathologies sont en premier lieu concernées par des problématiques d'accès aux soins (proximité géographique mais aussi accès économique) et de qualité des soins. Le suivi de l'état de santé tel qu'il est prévu dans la loi fait la part de la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence) mais également de leur prise en charge (qualité du suivi) et de leurs répercussions (qualité de vie). Pour ces derniers indicateurs, les mesures chiffrées sont encore pour partie du domaine de la recherche. Pour l'assurance maladie, l'enjeu est majeur : les dépenses liées aux ALD concentrent en 2008 environ les deux tiers des dépenses totales du régime général de l'assurance maladie. S'il s'agit d'améliorer le rapport coût-efficacité des soins fournis, l'enjeu est aussi de retarder la survenue de la maladie, ou son processus naturel d'aggravation, par des actions de prévention, pour éviter l'alourdissement consécutif des coûts de prise en charge. Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladies rares, etc.). La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est considérée de façon spécifique dans une logique transversale par le plan Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, qui est l'un des cinq plans stratégiques de la loi de santé publique de 2004.

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

En 2008, 15 % des hommes et 22 % des femmes de 18 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles, soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes. Avec l'avancée en âge, les hommes et les femmes sont de plus en plus nombreux à déclarer des limitations, et ces limitations deviennent multidimensionnelles, associant des problèmes physiques, sensoriels et cognitifs. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours. 20 % des hommes et des femmes atteints de limitations fonctionnelles, soit 1,7 million de personnes, déclarent ainsi des difficultés pour réaliser les soins personnels : se lever du lit, se laver, se nourrir. Lorsque des limitations de natures différentes sont associées, le risque de difficultés à assurer les soins personnels est fortement accru.

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

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

Une personne de 18 ans ou plus sur deux déclare avoir un trouble de la vision de près mais c'est le cas pour 85 % des personnes de 65 ans ou plus. 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge, puisque 11 % de gêne résiduelle sont mentionnées par les personnes de 65 à 84 ans et près de 27 % des personnes de 85 ans ou plus. Les difficultés pour voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées : elles concernent 16 % des personnes de 18 ans ou plus, mais 25 % de celles qui sont âgées de 65 à 84 ans et 39 % de celles qui ont plus de 84 ans. Les taux de correction sont élevés (95 %) mais l'efficacité en est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % contre 92 %), notamment pour les personnes âgées de 65 à 84 ans (efficacité de la correction pour 82 % des personnes de cette classe d'âge) et de 85 ans ou plus (seulement 61 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe identique, les personnes ayant un niveau d'études peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction. Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %), y compris avant 45 ans. Entre 65 et 84 ans, 28 % des personnes déclarent de telles gênes et elles sont 52 % à partir de 85 ans. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne que les corrections visuelles (moins de 60 % d'efficacité). Les femmes ont moins de gêne pour entendre que les hommes et, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gêne résiduelle. Le niveau d'études intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

En France, 25 % des femmes de 65 ans et 50 % des femmes de 80 ans seraient atteintes d'ostéoporose. On ne dispose pas d'estimation pour la population masculine. L'ostéoporose est caractérisée par une fragilité excessive du squelette, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de la micro-architecture osseuse. Elle est fréquente chez les femmes après la ménopause car la masse osseuse diminue avec l'âge et avec la carence en hormones féminines (œstrogènes). L'**ostéoporose** est une affection « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle. Par conséquent, le diagnostic est souvent établi lors de la survenue de fractures, notamment celles du col du fémur qui concernent des femmes dans environ 80 % des cas. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités. Le risque de mortalité après fracture de l'extrémité supérieure du fémur est augmenté en particulier chez les personnes âgées. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention à tous les âges de la vie. Chez les personnes âgées, la prévention des fractures repose également sur la prévention des chutes (les chutes représentent 84 % des accidents de la vie courante chez les femmes de 65 ans ou plus) et par des stratégies de réduction des incapacités chez les personnes âgées. Les fractures du col du fémur ont motivé près de 77 000 séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO en 2007 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces séjours ont concerné des femmes dans près de huit cas sur dix. Les taux standardisés d'hospitalisation ont décliné d'en moyenne 1,3 % par an entre 1997 et 2007 pour les hommes et de 1,9 % pour les femmes. En 2007, la Guadeloupe et la Martinique ont enregistré des taux standardisés d'hospitalisation très inférieurs à la moyenne nationale.

Pour les **personnes de 65 ans ou plus, les chutes** constituent une part très importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante. Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs liés à la personne (instabilité) et les facteurs liés à l'environnement (escaliers, tapis). L'épidémiologie des chutes est mal connue, peu d'enquêtes permettent d'en rendre compte. En France métropolitaine, en 2005, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient en effet être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2004, en France métropolitaine, on estimait à 450 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,5 %. Toujours en France métropolitaine, on enregistre 4 385 décès à la suite d'une chute, en 2004, chez les personnes de 65 ans ou plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,5 pour 100 000, globalement stable entre 2000 et 2004.

## ■ DES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES PERSISTENT

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

Ces inégalités commencent dès le plus jeune âge : les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale ont un état de santé bucco-dentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres. Si des évolutions favorables peuvent être observées dans toutes les catégories sociales pour l'état de santé bucco-dentaire, les inégalités persistent. Pour la surcharge pondérale, elles s'aggravent. Ainsi la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 10-11 ans dont le père est cadre ou de profession intellectuelle supérieure a diminué, passant de 12,8 % (dont 1,3 % d'obèses) en 2001-2002 à 7,4 % (dont 0,6 % d'obèses) en 2004-2005. En revanche, chez les enfants dont le père est ouvrier, la prévalence de la surcharge pondérale est restée stable (23,3 % en 2001-2002 et 24,5 % en 2004-2005) et la prévalence de l'obésité a augmenté de 5,1 % à 6,1 % au cours de la même période. L'écart entre les cadres et les ouvriers s'est ainsi accru : on dénombre dix fois plus d'enfants obèses chez les ouvriers que chez les cadres, contre quatre fois plus en 2002.

Ces inégalités perdurent chez les adultes. Ainsi, les adultes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre des obèses, ont été en forte croissance pendant les années 1990. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes et les disparités sociales semblent s'accroître.

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

Cependant, certains dispositifs comme le dépistage organisé pourraient contribuer à la réduction des inégalités de santé. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein en France date de mars 2004. Dans les enquêtes en population générale, la proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans est un peu inférieure à 80 % mais elle a augmenté de 14 % entre 2000 et 2008 et les écarts entre les classes d'âge se sont atténués. Ainsi, si dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible, les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. En 2008, 15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (13 % en 2004). Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 12 % les soins de spécialistes. Ce renoncement est plus fréquent pour les femmes (18 %) que pour les hommes (12 %). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement.

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

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

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

L'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus a diminué entre 1999 et 2008, pour atteindre une baisse proche de 15 % en neuf ans. Après une certaine stabilisation entre 2005 et 2007, le niveau de consommation d'alcool a de nouveau nettement chuté en 2008. Cette diminution s'inscrit dans le prolongement d'une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. Cependant, la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool mais elle ne se situe plus en tête du classement.

Environ un tiers des Français âgés de 18 ans ou plus déclarent avoir une consommation d'alcool considérée à risque. Ce risque concerne trois fois plus les hommes que les femmes. La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année a augmenté entre 2002 et 2008, passant de 29 % à 31,6 %. Les évolutions observées sont à rapporter à un accroissement du risque d'alcoolisation chronique chez les hommes (de 12 % à 14 %) et à un accroissement du risque ponctuel chez les femmes (de 12 % à 15 %). En 2008, les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés au risque d'alcoolisation excessive chronique pour les hommes. En revanche, ils sont les moins concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel, alors que les autres catégories sont touchées dans des proportions supérieures. Pour les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est très élevée. Les femmes cadres présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé. Toutefois, l'élévation du niveau de diplôme et de la catégorie sociale rapproche la consommation régulière d'alcool des hommes et des femmes.

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

En 2008, 22 % des femmes et 30 % des hommes de 18-74 ans déclaraient fumer habituellement. La prévalence du tabagisme quotidien est globalement en baisse depuis quelques années, mais est relativement stable pour les femmes depuis les années 1980. En 2003, environ 2 femmes enceintes sur 10 déclaraient fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, mais cette proportion avait diminué depuis 1995. Les femmes jeunes, moins diplômées, qui résident en métropole apparaissent davantage concernées par ce comportement. La réédition de l'enquête périnatale devrait permettre de connaître les évolutions de cet indicateur jusqu'en 2010.

Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, le tabagisme est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 13 % de la mortalité avant 65 ans (15,4 % pour les hommes). En 2006, 29 800 décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont été recensés en France. Ils concernent les hommes dans près de 80 % des cas mais le tabagisme féminin s'est développé au cours des dernières décennies et le taux de décès standardisé s'est accru, en particulier pour les femmes de moins de 65 ans (+125 % entre 1990 et 2006), alors qu'il a diminué dans le même temps pour les hommes (-17 %).

Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites, etc.) dont l'impact est certainement considérable, notamment pour la qualité de vie des personnes. L'arrêt du tabagisme apparaît plus fréquent pour les fumeurs consommant de petites quantités de cigarettes car ils sont aussi les moins dépendants.

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

Les informations existantes sur l'exposition à la fumée dans les lieux publics apportent d'autres éclairages sur l'application effective de la loi. Le décret de 2006 paraît avoir radicalement modifié l'exposition au tabac dans les lieux destinés à un usage collectif. Désormais, les lieux de travail apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac : alors qu'au mois de janvier 2007, seules 45 % des personnes concernées déclaraient ne jamais être en contact avec la fumée des autres sur leur lieu de travail, elles étaient 79 % en avril 2008. De façon plus spectaculaire pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, le décret d'interdiction a nettement fait évoluer l'exposition au tabagisme des autres.

## ■ LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES CONTINUENT DE PROGRESSER

Compte tenu des déséquilibres nutritionnels, liés à la fois à des excès dans l'alimentation et à un environnement marqué par une augmentation des comportements sédentaires et un manque d'activité physique, l'excès de poids est associé à un risque important de maladies chroniques, diabète et maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, etc.). Le Programme national nutrition santé (PNNS) propose une politique nutritionnelle qui concerne aussi bien les apports (l'alimentation) que les dépenses énergétiques (l'activité physique). Neuf objectifs nutritionnels prioritaires ont été définis, complétés par dix objectifs « spécifiques ». Ces objectifs précis et quantifiés sont déclinés également dans les objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Le rapport de l'IGAS<sup>1</sup> juge que le PNNS-2 a rempli de manière plutôt satisfaisante les objectifs qui lui ont été assignés en termes de promotion des bons comportements alimentaires. L'une de ses limites résiderait cependant dans sa déclinaison opérationnelle, ce programme restant essentiellement incitatif.

La prévalence de la **surcharge pondérale** (surpoids et obésité) augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre d'obèses, a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes et les disparités sociales semblent s'accroître.

L'obésité, mesurée par des données déclaratives de poids et de taille, concerne en 2009 13,9% des Français pour les hommes de 18 ou plus et 15,1% pour les femmes (enquête Obépi). Le surpoids touche près de deux hommes sur cinq et un peu plus d'une femme sur quatre. L'augmentation relative de l'obésité entre 2006 et 2009 a été identique pour les hommes et les femmes. Il convient cependant de souligner que l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans notre pays n'est pas forcément synonyme d'échec des politiques de santé publique. En effet, l'obésité augmente avec l'âge et aujourd'hui ce sont les générations nées après la Seconde Guerre mondiale, ayant vécu dans une situation de relative abondance depuis leur enfance, qui arrivent à des âges qui contribuent le plus au nombre d'obèses dans notre pays.

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

La consommation moyenne de sel en France était de l'ordre de 9 à 10 g/j en 2000 pour un objectif fixé par la loi de santé publique de 8 g/j. Les apports en sel provenant de l'alimentation (hors sel ajouté à domicile) ont diminué de 5% entre 1999 et 2006. Les achats de fruits par personne ont augmenté entre 2000 et 2006. En 2006-2007, un tiers des adultes consommaient moins de 3,5 fruits et légumes par jour et près de 60% en consommaient moins de 5 par jour, seuil correspondant au repère de consommation du PNNS. D'après les données de consommation individuelles disponibles, la faible consommation de fruits et légumes semble diminuer depuis le début des années 2000, chez les hommes comme chez les femmes. Si ces consommations varient relativement peu selon le sexe, elles varient très fortement selon l'âge (les plus jeunes étant très fréquemment de petits consommateurs de fruits et légumes), le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle. Des analyses spécifiques montrent que les disparités de consommation concernent plus les légumes que les fruits.

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

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

Même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre indicateurs de la loi de santé publique de 2004 permettent de suivre dans le temps la répercussion des conditions de travail sur la santé publique : ces indicateurs concernent les accidents routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, le bruit et l'exposition aux agents cancérogènes.

En 2007, 526 décès dus à des **accidents routiers liés au travail** ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : accidents de trajet dans 7 cas sur 10 et accidents de travail à proprement parler (survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur) dans 3 cas sur 10. La diminution relative des décès par accidents routiers de mission et de trajet relevée entre 2002 et 2007 est à mettre en parallèle avec celle de l'ensemble des décès routiers comptabilisés par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR).

1. Jourdain Menninger D., Lecoq G., Guedj J., Boutet P., Danel J.-B., Mathieu G., 2010, «Évaluation du deuxième programme national nutrition santé 2006-2010», *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)*, Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux, mai.

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

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

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

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

L'environnement influe sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Ainsi, huit objectifs de la loi de santé publique sont consacrés à la surveillance de facteurs environnementaux et à leur impact sur la santé de la population. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances.

La **qualité de l'air** a été assez récemment reconnue comme un enjeu de santé publique majeur, tant pour l'air extérieur que pour celui des locaux d'habitation et de travail. De nombreuses études épidémiologiques récentes ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé. Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>), les fumées noires ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre (PM<sub>10</sub>), le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) et l'ozone (O<sub>3</sub>). Au cours de la période 2000-2008, les concentrations de particules atmosphériques (PM<sub>10</sub>) sont restées stables en France. On constate même en 2007 une augmentation des niveaux de PM<sub>10</sub> en raison d'épisodes de pollution assez exceptionnels. Les concentrations moyennes de NO<sub>2</sub> sont également restées assez stables avec une légère tendance à la baisse, celles de SO<sub>2</sub> sont maintenant extrêmement faibles. En revanche, les niveaux moyens d'ozone ont enregistré une augmentation régulière entre 2000 et 2006. Ils sont en très légère baisse depuis 2007. L'objectif de réduction des concentrations de particules en suspension ne sera donc pas atteint, alors qu'une évaluation de l'impact à long terme sur la mortalité de l'exposition chronique aux PM<sub>2,5</sub> dans neuf villes françaises confirme que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel (environ 1 500 décès annuels potentiellement évitables dans les neuf villes en cas de réduction de 5 µg/m<sup>3</sup> des concentrations de PM<sub>2,5</sub>).

La surveillance de la **qualité de l'air intérieur** en est à ses débuts et on ne dispose pas d'indicateur global. Deux gaz toxiques sont cependant bien identifiés et surveillés : le radon et le monoxyde de carbone (CO). Le radon est un gaz radioactif présent à l'état naturel dans certaines zones géologiques et qui peut être à l'origine de cancers du poumon. D'après une récente évaluation des risques, entre 5 % et 12 % des décès par cancer du poumon observés chaque année en France seraient attribuables à l'exposition domestique à ce gaz radioactif. Il se concentre dans les locaux d'où il pourrait être évacué par une ventilation efficace. Pour la campagne 2007-2008, les mesures du **radon** dans les établissements ouverts au public ont montré qu'environ 21 % des établissements contrôlés étaient au-dessus du seuil d'action fixé à 400 Bq/m<sup>3</sup>. Actuellement, ces campagnes continuent dans le but de couvrir l'ensemble des établissements ouverts au public des départements prioritaires.

Les décès par **intoxication au monoxyde de carbone (CO)** constituent la première cause de mortalité par

inhalation toxique en France. Cette intoxication est due à des appareils de chauffage mal réglés et à une mauvaise ventilation des locaux. Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) est passé de près de 300 cas à la fin des années 1970 à une centaine de cas entre 2000 et 2004, correspondant à une diminution des taux de mortalité annuels de plus de 75 % en 20 ans. En 2006, le taux brut de mortalité était de 0,14 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

La qualité de l'eau est quant à elle encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides par exemple). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les responsables de la production et de la distribution des eaux des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et à l'avenir des agences régionales de santé (ARS). La **qualité de l'eau** de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces normes mais elle doit être améliorée dans les réseaux de petite taille. Par ailleurs, on constate une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques). À cet égard, le Plan national santé-environnement (PNSE) de 2004 a retenu comme un axe prioritaire l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants. La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme au cours de l'année pour les paramètres microbiologiques a diminué de 5 points entre 2000 (8,8 %) et 2008 (3,8 %) et de 1,3 point depuis 2003 (5,1 %). Cette tendance à l'amélioration semble durable et traduit les efforts faits par les responsables de la distribution d'eau et les services de l'État pour améliorer la qualité de l'eau de la distribution publique. S'agissant des pesticides, la situation en 2008 montre une évolution favorable par rapport à 2007, mais la proportion de la population alimentée par l'eau en permanence conforme reste inférieure à celle de 2006.

L'intoxication par le plomb, ou **saturnisme**, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main bouche). L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint (voir plus haut).

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

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

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

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

La **légionellose**, maladie bactérienne transmise par voie respiratoire, a été identifiée en 1976. L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation. La mortalité qui lui est attribuable concerne particulièrement les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, alcooliques, diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.), mais reste faible (de l'ordre d'une centaine de cas annuels). L'incidence observée en France métropolitaine est de

2,0 cas de légionelloses déclarées pour 100 000 habitants en 2008. Après une augmentation régulière entre 1997 et 2005, les données de la déclaration obligatoire montrent que la diminution de l'incidence de la légionellose en France amorcée depuis 2006 se poursuit en 2008. Cette baisse peut être attribuable en partie aux nombreux efforts réalisés pour la maîtrise du « risque légionelle ». L'augmentation observée entre 1997 et 2005 était peut-être plutôt due à l'amélioration de la surveillance ou du diagnostic qu'à une augmentation réelle des expositions aux légionelles. Il convient toutefois d'être prudent quant à l'interprétation de ces tendances qui devront être confirmées ces prochaines années. L'incidence qui apparaît élevée en comparaison avec la moyenne européenne (1,2 pour 100 000 en 2008) peut ainsi être mise au compte d'une meilleure performance du système de surveillance (diagnostic et déclaration). Le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

La **tuberculose** fait partie des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer au cours de la dernière décennie, passant de 11,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1997 à 8,9 pour 100 000 en 2007. Plus que sur l'incidence globale, l'objectif de la loi de santé publique porte sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposés ». La situation épidémiologique s'avère comparable à celle d'autres pays de l'Europe occidentale. Elle se caractérise par une stabilisation de l'incidence dans la population d'origine étrangère au cours des dernières années, une diminution dans la population de nationalité française ou née en France et une concentration des cas dans les zones urbaines. Cependant, les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes en 2007. L'incidence est 8 fois plus élevée pour les personnes nées à l'étranger, et la Guyane et l'Île-de-France restent identifiées comme des zones de plus forte incidence, avec des taux d'incidence respectifs de 23,3 et 18,4 pour 100 000 en 2007.

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

Le **sida**, maladie due à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) apparu dans les années 1980, est responsable d'une pandémie majeure. La mise sur le marché de traitements efficaces permet désormais de retarder l'apparition des symptômes et de contrôler l'évolution de la maladie. Le sida est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. La procédure de déclaration obligatoire du sida existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH depuis mars 2003. L'incidence du sida a diminué très nettement en 1996-1997, puis de façon plus modérée ensuite. En 2007, la baisse a touché de façon plus marquée les personnes dépistées mais non traitées par antirétroviraux, ce qui pourrait laisser supposer un recours au traitement plus précoce des personnes séropositives. Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH a diminué entre 2004 et 2007, de façon globale, et chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, qu'il s'agisse des personnes de nationalité française ou étrangère. Elle a par contre augmenté chez les homosexuels entre 2003 et 2006, ce qui peut s'expliquer par leur difficulté à adopter des comportements de prévention. Le nombre de découvertes de séropositivité chez les usagers de drogues injectables reste faible. Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique, avec notamment la Guyane et dans une moindre mesure la Guadeloupe. La Martinique et l'Île-de-France sont touchées à des niveaux assez comparables. Au niveau national, le taux d'incidence du sida s'élève à 2,0 pour 100 000 en 2007 et la France reste un des pays du sud de l'Europe occidentale assez touché, mais moins que le Portugal ou l'Espagne.

Les indicateurs de suivi des **infections sexuellement transmissibles (IST)** sont en progression régulière depuis le début des années 2000. Bien que les hommes soient majoritairement concernés, le nombre de femmes affectées notamment par la syphilis et les gonococcies augmente, suggérant une transmission de ces infections dans la population hétérosexuelle. Dans ce contexte, les risques d'accélération de la transmission du VIH pour les hétérosexuels et de recrudescence de la syphilis congénitale existent. On observe une augmentation de la syphilis et des infections à *Chlamydiae trachomatis* en 2007. Cependant, l'augmentation des infections à *Chlamydiae trachomatis* pourrait s'expliquer par la politique d'incitation au dépistage. Quant aux infections à gonocoques, elles sont marquées pour les hommes comme pour les femmes par une progression en Île-de-France et une baisse dans les autres régions.

L'obtention et le maintien d'une bonne **couverture vaccinale** constituent des éléments clefs dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des

éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie, etc.), ce suivi doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, rendent le suivi de la couverture vaccinale des adultes indispensable.

En ce qui concerne les enfants, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée en particulier pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). En ce qui concerne l'hépatite B, bien qu'encore trop faible et nettement moins bien réalisée que les autres, la couverture à 24 mois augmente à partir de 2005. Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devrait être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B.

La vaccination antigrippale fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière. Maladie infectieuse fréquente et généralement banale, la **grippe** est responsable de complications graves voire mortelles chez les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections chroniques ou susceptibles d'être aggravées par le virus. Les recommandations vaccinales concernent ainsi les personnes de 65 ans ou plus, les professionnels de santé et celles atteintes de l'une des neuf affections de longue durée (ALD) pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. En 2007-2008, le taux de vaccination contre la grippe de l'ensemble des personnes à risque est de 62 % : 64 % pour les 65 ans ou plus et 48 % pour les moins de 65 ans souffrant d'une des ALD donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination. Globalement, ce taux est stable chez les personnes âgées de 65 à 69 ans alors qu'il augmente (+4 points) chez les moins de 65 ans en ALD et bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur. Le taux de vaccination des professionnels, susceptibles de transmettre la maladie à des personnes fragilisées, reste également insuffisant : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite en 2004-2005.

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

Les **staphylocoques dorés** et les pneumocoques illustrent ces problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. En 2007, la proportion de pneumocoques retrouvés en cas d'infections invasives graves (méningites, septicémies) et dont la sensibilité à la pénicilline est diminuée est de 31,9 % (contre 34 % en 2005, 43 % en 2003 et 47 % en 2001). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de méningites pour l'enfant (33,6 % en 2007 contre 61,1 % en 2001). Ces proportions témoignent donc d'une évolution récente favorable mais restent encore préoccupantes. Les staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) sont quant à eux surtout retrouvés en milieu hospitalier où une tendance à la baisse est également observée. Sur une cohorte d'établissements participant à la surveillance, l'incidence des SARM a diminué, tous types de séjours hospitaliers confondus, de 0,72 à 0,54 SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation (-25 %) entre 2003 et 2007. Les données transmises au réseau européen EARSS par la France confirment cette tendance : la proportion de SARM au sein de l'espèce (souches isolées de bactériémies) est de 26 % en 2007 contre 33 % en 2001. Enfin, les données des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales réalisées en 2001 et 2006 montrent une diminution importante de la prévalence un jour donné des patients infectés à SARM (-41 %). La limitation du recours aux antibiotiques est par ailleurs recherchée pour la maîtrise des phénomènes de résistance. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme indicateurs dans la loi de santé publique. En ville, la consommation d'antibiotiques a diminué de 14 % entre 2000 et 2007. À l'hôpital, cette consommation a fortement diminué de 1997 à 2006 et s'est stabilisée en 2007 : son niveau n'a jamais été aussi bas au cours de ces dix dernières années. Cependant, la France se place toujours parmi les pays européens consommant le plus d'antibiotiques en ville. Concernant l'hôpital, son rang en Europe reste à établir car la consommation de nombreux pays européens n'est pas encore connue avec précision.

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

Les **tumeurs** sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, comptant pour près d'un tiers de l'ensemble des décès et 4 décès prématurés sur 10. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'ALD après les maladies cardiovasculaires. Elles sont également l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles qui sont spécifique-

ment féminines (sein, utérus et ovaire), les taux de décès sont plus élevés pour les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, les hommes sont également au sein de l'Europe dans une position plus défavorable que la moyenne des autres pays. On retrouve ici l'influence de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels.

La survie relative est le rapport du taux de survie observé pour chaque localisation parmi les personnes atteintes au taux de survie estimé dans la population générale de même âge et de même sexe. En France, la survie relative dépasse 50 % à 5 ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global recouvre des disparités considérables entre les différents cancers. La survie à cinq ans est sensiblement plus élevée pour les femmes que pour les hommes qui ont généralement des cancers plus graves (respectivement 63 % et 44 %). La survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques utilisées moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration de la survie, due non seulement aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic.

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

Le **cancer du sein** est le premier cancer pour les femmes en termes de mortalité, avec en 2006 un taux de 25,4 décès pour 100 000, en diminution de 6 % par rapport à l'année 2000. C'est également le premier cancer en termes de mortalité prématurée chez les femmes (15,3 pour 100 000, en diminution de 10 % par rapport à l'année 2000). Son incidence est en augmentation. La moitié des nouveaux cas de cancer pour les femmes sont des cancers du sein. Le programme national de dépistage du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation régulière. Calculé sur l'ensemble des départements, il est passé de 40,1 % en 2004, à 53,0 % en 2009. En 2008, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie est très élevée (92 %). La proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête est plus faible, un peu inférieure à 80 % mais elle a augmenté de 14 % entre 2000 et 2008.

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

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

Le **cancer colorectal** est la troisième localisation de cancer la plus fréquente pour les hommes et la deuxième pour les femmes. Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal, lorsque le taux de participation de la population est égal ou supérieur à 50 %. Un programme pilote proposant tous les deux ans un test Hémocult® aux personnes âgées de 50 à 74 ans a été expérimenté dans 23 départements. Sa généralisation décidée en 2005 a été effective en 2008. L'évaluation des campagnes du programme pilote sur 23 départements a montré un taux de participation de 42 % en 2007. Il était plus élevé chez les femmes (47 %) que chez les hommes (40 %).

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

Le **diabète** constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence, de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états

pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'amputation d'un membre inférieur, le mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie pouvant conduire à l'amputation). En 2007, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à près de 4 % en France, soit environ 2,5 millions de personnes. La France se situe ainsi dans la moyenne européenne. L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2005 est de 5,7 % par an parmi les assurés du régime général de l'assurance maladie. Dans les départements d'outre-mer, la prévalence du diabète traité est 1,5 à 3 fois supérieure à celle de la métropole. Ces chiffres élevés en outre-mer s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des apports alimentaires) et un risque génétique élevé.

L'adéquation de la surveillance des personnes diabétiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisante. En 2007, selon les types d'examen de surveillance, de 26 % à 80 % des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80 % pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restaient le dosage de l'albuminurie (26 %), les trois dosages annuels d'hémoglobine glyquée (38 %), ainsi que l'électrocardiogramme (35 %). Toutefois, la fréquence de ces indicateurs a progressé, sauf la fréquence de l'examen ophtalmologique annuel, qui reste réalisé chez moins d'une personne diabétique sur deux en 2001 comme en 2007. Le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2 a diminué fortement grâce à l'intensification thérapeutique, mais demeure encore élevé.

Les complications du diabète sont pour certaines d'entre elles préoccupantes. Sur les 2,4 millions de personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2007, entre 400 000 et 480 000 auraient subi une complication coronaire, 94 000 auraient perdu la vue d'un œil et 7 000 seraient greffées ou dialysées. Entre 19 000 et 36 000 seraient amputées d'un membre inférieur et entre 55 000 et 240 000 personnes auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé.

En 2006, le diabète est mentionné sur plus de 32 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France. Entre 2001 et 2006, les taux de mortalité ont augmenté chez les hommes et la part du diabète dans la mortalité générale a augmenté quel que soit le sexe. Il existe des disparités géographiques similaires à celles de la prévalence du diabète : les taux de mortalité sont très élevés en outre-mer et élevés dans le nord et l'est de la métropole.

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

Les **maladies de l'appareil circulatoire** constituent globalement la deuxième cause de décès en France après les cancers et sont la première cause de décès pour les femmes – c'est l'inverse pour les hommes. Plusieurs objectifs de la loi ont trait à la baisse des maladies cardiovasculaires en population générale, particulièrement les objectifs relatifs à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité, des consommations de sel et d'alcool, et à l'augmentation de l'activité physique. Les **cardiopathies ischémiques** (infarctus du myocarde principalement) ont représenté à elles seules 26,7 % des décès cardiovasculaires en 2006. Entre

2000 et 2006, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 24 %, alors que le taux standardisé des hospitalisations pour cette maladie a peu évolué (-3,5 % entre 2000 et 2006). En revanche, les taux standardisés de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde ont nettement diminué (-16,4 % entre 2002 et 2006). La tendance à la baisse des décès par cardiopathies ischémiques s'inscrit dans le prolongement d'une tendance plus ancienne, ayant débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années 1990 pour les plus âgées. Ces évolutions sont attribuées aux améliorations progressives tant de la prévention primaire, individuelle mais aussi collective, que de la prise en charge des malades à la phase aiguë et de la prévention secondaire. Les **maladies cérébro-vasculaires** constituent également une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Les AVC ont motivé près de 99 000 séjours hospitaliers en 2006. Ils ont été la cause initiale de près de 32 700 décès en 2006, soit 6,3 % de l'ensemble des décès. Les données recueillies par le registre français des accidents vasculaires cérébraux indiquent que les taux standardisés d'incidence n'ont pas diminué entre 1985 et 2004. Cette stagnation est en partie liée à la plus grande sensibilité des moyens diagnostiques et, pour les dernières années, à l'élargissement de la définition des AVC. Les bases médico-administratives montrent toutefois une diminution des taux standardisés d'hospitalisations pour AVC entre 2000 et 2006 (-7,1 %), mais ne permettent pas de différencier les évolutions respectives des AVC incidents des récurrences. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue (et ancienne) des taux standardisés de décès pour maladies cérébrovasculaires (-47 % entre 1990 et 2006 et -24 % entre 2000 et 2006). Les disparités géographiques sont importantes ; les taux de décès par maladies cérébrovasculaires sont particulièrement élevés dans les départements d'outre-mer, particulièrement à la Réunion et en Guyane mais aussi dans les régions Nord - Pas-de-Calais, Bretagne, Lorraine et Haute-Normandie.

Le plan AVC 2010-2014 se décline en quatre axes stratégiques : développer la prévention et l'information, organiser une meilleure prise en charge au sein de filières AVC territoriales coordonnées, veiller à la qualité globale de la prise en charge et assurer le pilotage, le suivi et l'évaluation du dispositif. L'objectif en développant la prévention et l'organisation de véritables filières de soins pouvant accueillir tous les patients pour leur prodiguer les soins de qualité est à terme de réduire le poids social de cette maladie.

L'**insuffisance cardiaque chronique** est un syndrome hétérogène qui peut compliquer certaines pathologies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, hypertension artérielle, etc.) ou non (embolie pulmonaire, infection pulmonaire, anémie sévère, etc.). Elle évolue en dents de scie, avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Une part importante des réhospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie. Entre 2000 et 2006, le nombre de décès pour insuffisance cardiaque a diminué de 12 % et le taux standardisé sur l'âge de 20 %. Au cours de la même période, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a augmenté de 17 % et le taux standardisé d'hospitalisation de 2,7 %. L'insuffisance cardiaque a motivé 187 000 séjours hospitaliers en MCO en 2006. 17,4 % des personnes hospitalisées en 2006 ont été hospitalisées plusieurs fois dans l'année pour ce motif et ce chiffre est en augmentation depuis 2002.

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

L'**asthme** est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. Les degrés de sévérité de cette affection sont très variables. Sa prévalence est élevée et elle augmente en France ainsi que dans les pays de niveaux de vie comparables. Sa prévention ne fait pas encore l'objet de recommandations précises mais il est avéré qu'une meilleure prise en charge de l'asthme évite les hospitalisations et est susceptible de réduire la mortalité. Globalement, on observe une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme entre 1998 et 2007 de près de 3 % par an. L'analyse par classe d'âge permet de nuancer ces résultats. Entre 2002 et 2007, les taux ont diminué chez les enfants âgés de 15 ans ou plus et chez les adultes, alors qu'ils ont augmenté chez les enfants les plus jeunes. La prévalence de l'asthme est estimée à près de 9 % chez les enfants en France. À cet égard, le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants : pour plus d'un tiers des enfants, l'asthme serait non contrôlé.

Les **maladies psychiques** recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que sur une période limitée de la vie (dépression légère, trouble du comportement passager, etc.) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec

risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Ils sont également à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, leur répercussion économique est considérable, tant par le poids de ces pathologies au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. 1,2 million de personnes vivant à domicile déclaraient à cet égard consulter régulièrement pour ces troubles en 1998 et près de 60 000 personnes étaient hospitalisées. Si, là encore, le développement des maladies résulte dans la plupart des cas de facteurs combinés (susceptibilité individuelle alliée aux conditions de vie), des mesures de prévention efficaces sont possibles mais le champ en est vaste : actions favorisant le bon développement de l'enfant, dépistage et prise en charge précoce des troubles notamment à l'adolescence, accès aux soins de santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, soutien de familles de malades mentaux, prévention en milieu de travail, etc. Les acteurs sollicités sont à la fois des professionnels de la santé et de l'action sociale.

Parmi ces maladies, les troubles anxieux et dépressifs et les démences ont un poids tout particulier en santé publique du fait de l'importance de leur prévalence : de l'ordre de 9 % pour les troubles anxieux caractérisés, de 6 % pour les épisodes dépressifs majeurs et de 7,5 % pour les démences sévères après 75 ans, soit 370 000 malades. Les fréquences des troubles dépressifs varient selon les enquêtes en fonction des instruments de mesure sur lesquels elles s'appuient mais sont assez convergentes. Environ 10 % des femmes et 6 % des hommes ont souffert d'un épisode dépressif dans les semaines ou dans l'année ayant précédé les enquêtes. Les objectifs spécifiques aux maladies psychiques retenus dans la loi de santé publique restent difficiles à évaluer dans l'état actuel de notre système d'information. Cependant, deux enquêtes récentes en population générale, mettent en évidence la proportion élevée de personnes pour lesquelles des troubles dépressifs ont été repérés par le questionnaire mais qui ne se sont pas rendus dans une structure de soin, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ni suivi une psychothérapie : elles seraient entre 40 % et 62 %. Ici encore, les comportements sont différenciés : les hommes, les plus jeunes (18 à 24 ans), les ouvriers et les étudiants recourent moins aux soins pour des troubles comparables. Quand on compare la situation de la France avec celle de quelques pays européens portant sur l'utilisation des structures de soins de santé mentale par les personnes qui le nécessitent, elle se place cependant dans une position moyenne.

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

Les personnes ayant recours aux produits psychotropes notamment par voie injectable constituent un groupe à risque bien identifié. Les conséquences sociales de ces pratiques posent des problèmes spécifiques, mais c'est également sur leur état de santé que la loi de santé publique fait porter les efforts : accès aux traitements de substitution et suivi des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)-sida. Le nombre d'usagers problématiques de drogues est d'environ 230 000 en 2006. Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, dont la prescription ne peut être initiée actuellement que dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins. En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution concluait notamment qu'une amélioration de l'accès à ces traitements était nécessaire et qu'il fallait en particulier faciliter l'accès à la méthadone.

En 2007, près de 83 200 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et 26 800 sous méthadone. Ainsi, selon la source de données utilisée, la méthadone serait utilisée dans environ un quart des traitements de substitution aux opiacés (contre 15 % en 2002). En 2004, les traitements de substitution par méthadone étaient en outre disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, le taux de prévalence du VHC chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du VIH. Cette différence peut s'expliquer par un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé et une plus grande résistance du VHC en milieu extérieur. Ainsi le nombre de découvertes de séropositivité VIH pour les usagers de drogues est estimé à 130 en 2007, soit moins de 2 % de l'ensemble des découvertes. Le nombre annuel de cas de sida pour les usagers de drogues continue à diminuer. La prévalence du VIH a aussi diminué notamment pour les plus jeunes. L'ensemble de ces données tend à montrer que la réduction de la transmission du VIH pour les usagers de drogues se poursuit. Selon les données biologiques de l'enquête Coquelicot en 2004, 10,2 % des usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie ont une sérologie VHC positive. Les enquêtes déclaratives auprès des usagers semblent indiquer une tendance à la baisse depuis le début des années 2000.

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

L'**iatrogénie** est la survenue d'événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Elle est souvent due aux effets indésirables des médicaments ou aux

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

Les **douleurs chroniques rebelles** sont sources d'incapacités et de handicaps ainsi que d'altération majeure de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante et de nombreux arrêts de travail. Elles sont fréquemment associées à des troubles psycho-sociaux. En 2008, près de 30% des personnes de 16 ans et plus déclarent des douleurs physiques d'une intensité importante et c'est le cas de près de 67% des personnes très âgées. Par ailleurs, 2 personnes sur 10 déclarent que ces douleurs physiques ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. En 10 ans (entre 1998 et 2008), la proportion d'hommes et de femmes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable chez les moins de 25 ans et les 25-64 ans, mais cette proportion semble augmenter pour les 65 ans ou plus, chez les hommes comme chez les femmes.

La douleur aiguë apparaît, quant à elle, mieux reconnue et traitée. Un exemple de ce constat est fourni par l'utilisation de péridurales ou de rachianesthésies lors de l'accouchement. Près de trois femmes sur quatre ayant accouché en 2003 ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient moins d'une sur deux en 1995. Des variations importantes sont cependant enregistrées selon le statut social (63,4% des femmes sans profession contre 82,9% des cadres). La pratique de la péridurale ou de la rachianesthésie diminue avec le nombre d'accouchements (83,8% lors de l'accouchement pour un premier enfant contre 55% pour un quatrième enfant). Par ailleurs, les personnes interrogées sur la prise en charge de douleurs au cours des 12 derniers mois, se déclarent dans leur ensemble satisfaites à plus de 80%. Enfin, entre 2002 et 2007, les médicaments de la douleur sont davantage prescrits dans leur ensemble et notamment les antalgiques opioïdes et les antalgiques antipyrétiques (en dehors de l'aspirine).