

SANTÉ DE L'ENFANT

Surpoids et obésité chez l'enfant⁹⁶

- **Contexte**

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

Les enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, alternativement en grande section de maternelle, en classe de CM2 et de 3^{ème}, sont la principale source d'informations pour le recueil de cet indicateur, fondé sur la mesure du poids et de la taille de l'enfant ou de l'adolescent le jour de l'examen de santé. D'autres sources, comme l'enquête HBSC⁹⁷ auprès des collégiens fournissent des informations complémentaires.

En France, au début des années 2000, entre 10,4 % et 16,1 % (selon l'âge), des enfants et adolescents étaient en surpoids et 3,5 % à 4 % étaient obèses. Après un léger recul chez les plus jeunes (5-6 ans) entre 2000 et 2006, les fréquences du surpoids et de l'obésité se sont stabilisées (tableau 1) mais restent marquées par des inégalités sociales.

- **Indicateurs**

Prévalences du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, CM2 et troisième.

D'après l'enquête nationale de santé réalisée en milieu scolaire, 8,7 % des élèves scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) en 2012-2013 étaient en surpoids et 3,5 % étaient obèses. A cet âge, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée pour les filles (respectivement 9,7 % et 3,8 %) que pour les garçons (7,3 % et 3,1 %). Les enquêtes réalisées en 2007-2008 auprès des classes de CM2 et des adolescents des classes de 3^{ème} (2008-2009) rapportent que respectivement 14,8 % et 13,7 % étaient en surpoids et que l'obésité concernait 4,0 % et 3,9 % des élèves. Les différences par sexe ne sont pas significatives à ces âges (tableau 1).

Ces enquêtes mettent en évidence de fortes inégalités sociales, la prévalence de l'obésité est toujours plus élevée parmi les enfants dont le père est "ouvrier" que parmi ceux dont le père est « cadre » (tableau 2). La proportion d'enfants obèses s'élève ainsi respectivement à 4,5 % (pour les ouvriers) contre 1,2 % (pour les cadres) en grande section de maternelle, à 5,8 % contre 0,8 % en CM2 et 5,5 % contre 1,6 % en classe de 3^{ème}.

De fortes disparités territoriales sont également rapportées : Surpoids et obésité touchent plus fréquemment les zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) du Nord et de l'Est, ainsi que les Dom. La ZEAT Méditerranée présente également des prévalences élevées, en particulier parmi les adolescents des classes de 3^{ème}. La ZEAT Ouest apparaît plus épargnée (tableau 3).

Pour les trois groupes d'âges, les enquêtes menées au cours des 15 dernières années témoignent d'une stabilisation du surpoids et de l'obésité pour les enfants et adolescents des classes de CM2 et 3^{ème} et d'un recul significatif du surpoids entre 2000 et 2006 pour les plus jeunes (grandes sections de maternelle) (tableau 4).

⁹⁶ Voir également la fiche « surpoids et obésité chez l'adulte ».

⁹⁷ Inpes, 2010, « La santé des collégiens en France » Données françaises de l'enquête internationale Health Behavior for school aged children (HBSC)

Les résultats des deux dernières enquêtes HBSC⁹⁸ réalisées en 2006 et 2010 auprès d'un échantillon de 6 000 collégiens (entre 11 et 15 ans) rapportent également une stabilisation des prévalences du surpoids et de l'obésité, même si les pourcentages sont légèrement inférieurs à ceux des enquêtes pilotées par la Drees. L'écart peut être lié à la nature déclarative des données issues de HBSC, les jeunes filles ayant tendance à sous estimer leur poids et les garçons à surestimer leur taille.

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

- **Organisme responsable de la production de la fiche : DREES**

SYNTHÈSE

Depuis les années 2000, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes. Cette stabilisation est s'accompagne néanmoins de fortes inégalités à la fois sociales et territoriales.

⁹⁸ Inpes, 2010, « La santé des collégiens en France » Données françaises de l'enquête internationale Health Behavior for school aged children (HBSC)

Tableau 1 : Prévalence de la surcharge pondérale (%), du surpoids et de l'obésité selon le sexe en grande section de maternelle, CM2 et troisième

Classes	Dernière année de recueil	Sexe	Surcharge pondérale	Surpoids	Obésité
Grandes sections de maternelle	2012-2013	<i>Ensemble</i>	11,9	8,7	3,2
		Garçons	10,4	7,3	3,1
		Filles	13,5	9,7	3,8
CM2	2007-2008	<i>Ensemble</i>	18,9	14,8	4,0
		Garçons	18,7	14,5	4,2
		Filles	19,0	15,2	3,8
3ème	2008-2009	<i>Ensemble</i>	17,6	13,7	3,9
		Garçons	17,9	13,8	4,1
		Filles	17,3	13,5	3,8

Champ : France

Source : DREES-DGESCO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves. Grandes sections de maternelle (2005-2006), de CM2 (2007-2008) et de 3^{ème} (2008-2009)

Tableau 2 : Prévalences du surpoids et de l'obésité selon le groupe social des parents

Groupe social des parents	Classes de Grandes sections de maternelle 2012-2013		Classes de CM2 2007-2008		Classes de 3ème 2008-2009	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Cadres	5,9%	1,3%	8,8%	0,8%	10,2%	2,3%
Professions intermédiaires	7,8%	2,4%	14,2%	2,2%	12,6%	2,1%
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	9,0%	4,8%	17,5%	3,9%	15,3%	3,9%
Employés	9,5%	4,8%	16,6%	4,4%	14,9%	5,0%
Ouvriers	9,8%	5,8%	17,5%	7,0%	15,7%	6,5%
Ensemble	8,4%	3,5%	14,8%	4,0%	14,2%	3,4%

Champ : France

Source : DREES-DGESCO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves. Élèves des classes de 3^{ème} (2008-2009) , de CM2 (2007-2008), de Grandes sections de maternelle (2012-2013)

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

ZEAT	Classes de Grandes sections de maternelle 2012-2013		Classes de CM2 2007-2008		Classes de 3 ^{ème} 2008-2009	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Nord	7,2	3,9	15,2	5,5	16,2	4,2
Est	9,1	3,2	18,4	5,4	15,9	5,4
Région parisienne	8,8	4,6	13,5	3,7	14,3	4,2
Bassin parisien	9,1	3,5	15,4	4,1	14,9	4,4
Ouest	7,5	2,1	12,7	2,3	11,2	2,7
Sud-ouest	7,3	2,9	13,3	3,2	10,7	1,1
Centre-est	7,2	2,8	14,2	3,0	11,2	2,9
Méditerranée	10,1	4,0	14,7	4,4	16,3	5,3
Dom	7,9	4,8	21,2	6,1	10,6	6,9
France	8,4%	3,5%	14,8%	4,0%	13,7%	3,9%

Champ : France

Source : DREES-DGSO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves. Élèves de grandes sections de maternelle (2012-2013), de CM2 (2007-2008) et de 3^{ème} (2008-2009)

Tableau 4 : Évolution des prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2000 et 2009, en grande section de maternelle, en CM2 et en 3^{ème}

Grande section de maternelle	Surcharge pondérale (obésité incluse)			Obésité		
	2000	2006	2013	2000	2006	2013
	14,3	12,4	11,9	3,9	3,2	3,5
IC 95%	[13,8-14,9]	[11,9-12,9]	[11,4-12,5]	[3,7-4,1]	[2,9-3,4]	[3,2-3,8]
CM2	2002	2005	2008	2002	2005	2008
	20,3	20,1	18,9	4,2	3,7	4,0
IC 95%	[19,1-21,4]	[18,9-21,3]	[17,9-19,8]	[3,6-4,8]	[3,2-4,2]	[3,5-4,5]
3^{ème}	2001	2004	2009	2001	2004	2009
	16,4	17,4	17,6	3,5	4,4	3,9
IC 95%	[15,3 - 17,5]	[16,2 - 18,5]	[16,6 - 18,6]	[2,9 - 4,0]	[3,8 - 5,1]	[3,3 - 4,3]

Champ : France

Source : DREES-DGESCO-Enquêtes nationales de santé auprès des élèves. Grandes sections de maternelle (1999-2000, 2005-2006, 2012-2013), de CM2 (2001-2002, 2004-2005, 2007-2008) et de 3^{ème} (2000-2001, 2003-2004, 2008-2009)

INDICATEUR : Prévalence du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire

CHAMP : France métropolitaine et DOM pour les enquêtes nationales de santé ; France métropolitaine pour l'enquête internationale.

SOURCES : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire ; enquête HBSC-France (Health Behavior for School aged Children).

Enquête nationale : Enquête réalisée tous les deux ans, alternativement auprès des grandes sections de maternelle (GSM 2012-2013), CM2 (2004-2005, 2007-2008) et collégiens des classes de 3^{ème} (2003-2004, 2008-2009). Basée sur un échantillon d'élèves scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des DOM, Mayotte incluse depuis 2012-2013.

Enquête HBSC : Volet France de l'enquête international HBSC, réalisée tous les 4 ans auprès d'un échantillon d'élèves scolarisés en CM2, 6^{ème}, 5^{ème}, 3^{ème} et 2^{nde} (environ 6 000 élèves entre 11 et 15 ans). Les questions relatives au surpoids et à l'obésité ne concernent ni les CM2 ni les 2^{nde}.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : L'indicateur de référence pour estimer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC = poids/taillé²). Chez l'enfant, les seuils évoluent en fonction de l'âge et du sexe afin de prendre en compte les variations de corpulence différenciée entre garçons et filles au cours de la croissance. Les courbes de corpulence de l'International Obesity Task Force (OITF) ont été retenues pour décrire cet indicateur car elles permettent de distinguer, au sein de la surcharge pondérale, le surpoids et l'obésité. L'indicateur repose sur les mesures anthropométriques recueillies par les médecins et infirmières de l'éducation nationale. Le surpoids correspond à la surcharge pondérale hors obésité.

LIMITES ET BIAIS : Matériel de mesure non standardisé ni étalonné.

RÉFÉRENCES :

- Drees, 2013, « la santé des élèves de CM2 en 2007-2008 », Études et résultats n°853, septembre 2013, Olivier CHARDON, Nathalie GUIGNON, Jean-Paul GUTHMANN, Laure FONTENEAU et Marie-Christine DELMAS.

- Drees, 2014, « la santé des adolescents des classes de 3ème », Études et résultats n°865, février 2014, Olivier Chardon et Nathalie Guignon, avec la collaboration de Jean-Paul Guthmann, Laure Fonteneau et Marie-Christine Delmas.

- Drees, 2010, « la santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », Études et résultats n°737, septembre 2010, Marc Collet, Lucie Gonzalez, Nathalie Guignon.

- Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp), Note d'information, 2011, « La santé des enfants en grande section de maternelle : de grandes disparités entre académies », n°11.18.

- Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13; 2011, « [Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007](#) », Salanave B, Péneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : DREES et INPES

SANTE DE L'ENFANT

Couvertures vaccinales (hors grippe)⁹⁹

- **Contexte**

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour contrôler et éliminer les maladies infectieuses. L'Institut de veille sanitaire (InVS) a la mission de suivre et d'évaluer la couverture vaccinale pour tous les vaccins inclus dans le calendrier vaccinal et dans tous les groupes cibles. L'objectif est d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) une couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés. Cet objectif est déjà atteint chez le nourrisson pour la primo-vaccination dans la première année de vie contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), les infections invasives à *haemophilus influenzae b* (Hib) et la coqueluche, et devrait l'être très prochainement pour la vaccination contre le pneumocoque. Pour aucune de ces vaccinations, la couverture pour le premier rappel n'atteint 95 % à l'âge de 24 mois. De même à 24 mois, bien que des progrès aient été constatés, les couvertures pour les vaccinations contre l'hépatite B et la rougeole restent insuffisantes, de même que pour la vaccination contre les infections invasives à méningocoque du groupe C. Au-delà, on note des couvertures insuffisantes chez l'adolescent (rappel coqueluche, hépatite B, papillomavirus humain (HPV)) et pour le rappel DTP chez l'adulte. Cette dernière vaccination nécessite d'être renforcée, au vu de la persistance de cas sporadiques de tétanos ainsi que de la fréquence des voyages vers les pays où la diphtérie reste endémique.

- **Indicateurs**

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

La couverture est élevée, bien qu'insuffisante, pour 4 doses de DTP, coqueluche et Hib ainsi que pour 3 doses de vaccin pneumocoque (PCV-13) (Tableau 1). La couverture par le vaccin contre la rougeole est insuffisante : stable (autour de 90 %) pour la 1^{ère} dose, en progression (72 %) pour la 2^{ème} dose. On constate des disparités régionales pour la vaccination par la rougeole-oreillons-rubéole (ROR), avec un gradient nord-sud (Graphique 1). La couverture contre l'hépatite B est en franche augmentation, surtout depuis 2008 à la suite de l'admission au remboursement du vaccin hexavalent. La couverture contre les infections à méningocoque C, vaccin recommandé depuis 2010, est en légère progression mais nettement insuffisante, même si elle dépasse maintenant 50 %. La France est l'un des pays européens ayant les meilleures couvertures vaccinales DTP et coqueluche. Elle est moins performante pour le ROR et la vaccination contre l'hépatite B (Graphique 2).

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

La couverture par le BCG à 24 mois variait entre 80 % et 85 % jusqu'en 2006 (Tableau 1). Elle a diminué suite au changement de technique vaccinale avec l'utilisation d'un vaccin intradermique en janvier 2006 (données de 2008 à l'âge de 24 mois : 44 %). A partir de 2009, après la suspension de l'obligation vaccinale en juillet 2007, et en raison de l'absence d'indication dans le certificat de santé de l'appartenance de l'enfant à la population cible¹⁰⁰

⁹⁹ Voir également la fiche « vaccination grippe ».

¹⁰⁰ La vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants : enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse, enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays, enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays, enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs), enfant résidant en Île-de-France ou en Guyane, enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUC, AME...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

de la vaccination, la couverture ne peut être interprétée que dans les régions où la recommandation vaccinale concerne tous les enfants (Île-de-France, Guyane, Mayotte). En Île-de-France, la couverture était en progression, passant de 73,1 % en 2008 à 83,2 % en 2012 chez les enfants de 9 mois. Il n'y a pas de données de couverture vaccinale récentes pour la Guyane. A Mayotte, les seules données récentes proviennent d'une enquête (2010) montrant une couverture de 93 % chez l'enfant de 24-59 mois. Dans les régions de France métropolitaine hors Île-de-France, les seuls résultats disponibles proviennent d'enquêtes réalisées en 2008 et 2009, montrant une couverture insuffisante chez les enfants à risque suivis par des médecins libéraux (32-40 %) ou des médecins travaillant en PMI (62 %)

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

Depuis sa recommandation en 2007, la vaccination des jeunes filles par le vaccin HPV est très insuffisamment mise en œuvre, puisque seules 18,1 % des jeunes filles avaient reçu une dose de vaccin à l'âge de 15 ans et 20,1 % avaient reçu le schéma complet de vaccination à l'âge de 16 ans (données au 31 décembre 2013). Le Tableau 2 montre une baisse constante de la couverture vaccinale depuis 2011, ce qui pourrait être mis en partie sur le compte de plusieurs articles parus en 2010 et 2013 dans la presse nationale mettant en cause la sécurité d'emploi du vaccin. Les couvertures HPV de France étaient parmi les plus basses rapportées à l'European centre for disease prevention and control (ECDC) parmi les pays de l'Union Européenne

(http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20120905_qui_hpv_vaccine_update.pdf).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies infectieuses**

SYNTHESE

La couverture vaccinale est élevée pour certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, Hib, PCV-13). Elle doit être améliorée pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dont les niveaux de couverture actuels sont incompatibles avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Les couvertures par le vaccin contre la méningite à méningocoque du groupe C et contre l'hépatite B sont insuffisantes, cette dernière ayant néanmoins nettement progressé depuis 2008. La couverture par le BCG est insuffisante chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France. Celle par le vaccin HPV chez la jeune fille est nettement insuffisante et en baisse depuis 2011.

Tableau 1 : Couverture vaccinale DTP, coqueluche, Hib, hépatite B, ROR, pneumocoque conjugué (PCV-13), méningocoque C et BCG des enfants de 2 ans entre 1998 et 2012 (en %) (sources : DREES et Cnam-TS)

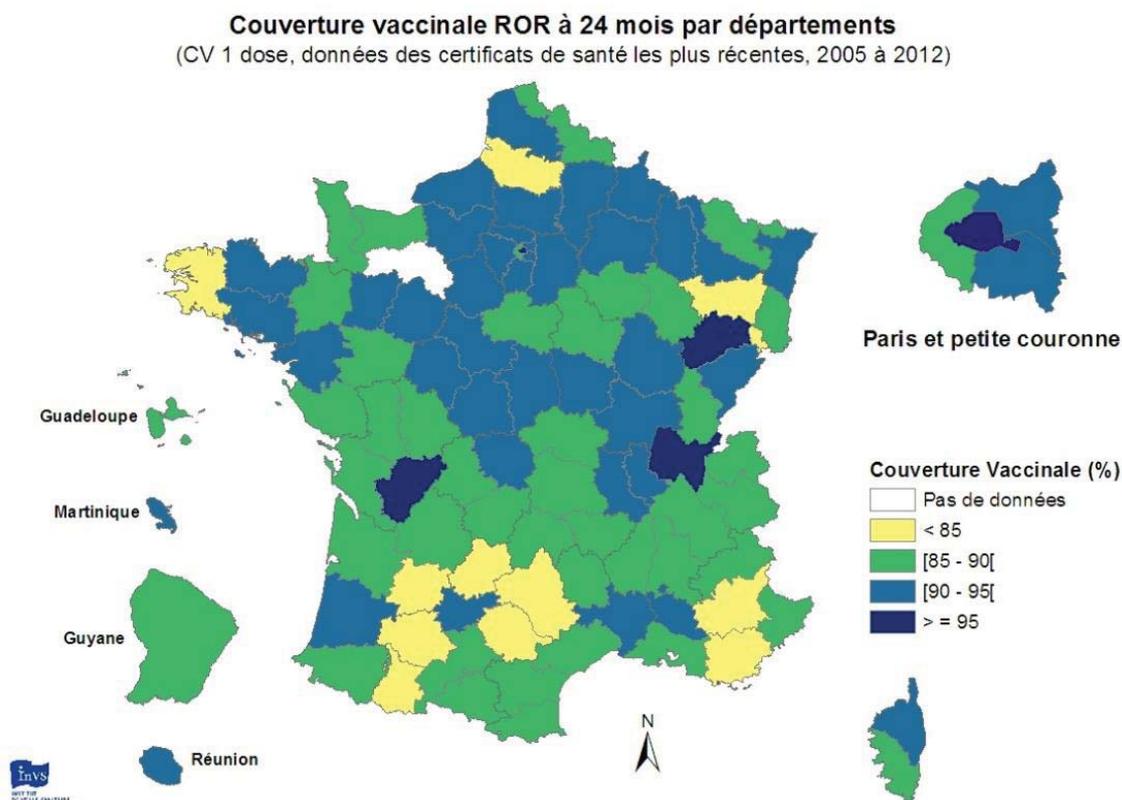
Année de collecte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Diphtérie, tétanos-poliomyélite ¹	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3	89,3	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3	91,3	91,7
Coqueluche ⁴	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	88,9	89,0	90,3	91,0	91,1	91,4	90,8	90,5	90,9
Haemophilus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

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

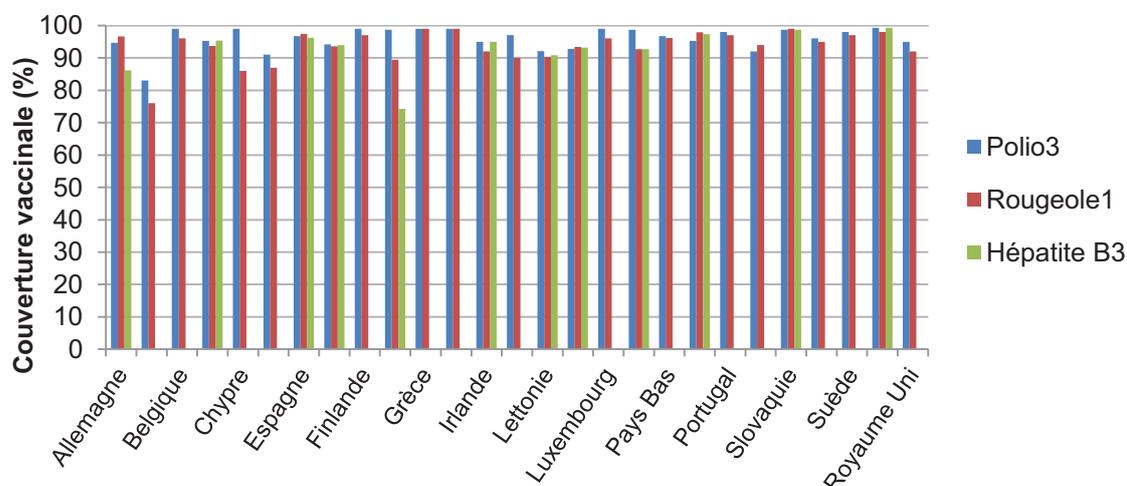
² Données rougeole jusqu'en 2008, absence de données en 2009, données ROR à partir de 2010. Les données ROR2 ne sont disponibles qu'à partir de 2010.

³ Source pour la vaccination méningocoque C: Échantillon généraliste des bénéficiaires (Cnam-TS), traitement InVS (données issues de certificats de santé non encore disponibles). Estimations au 31/12/13.

Carte 1 : Couverture vaccinale ROR à deux ans par département, 2005-2012



Graphique 1 : Couvertures vaccinales à 1 an (2 ans pour la France et pour la rougeole dans tous les pays) pour trois vaccinations communiquées au bureau de l'OMS en 2008 dans les 27 pays de l'Union Européenne (en %), année 2012



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

Sources : Bureau européen de l'OMS (<http://data.euro.who.int/CISID>).

Tableau 2 : Couvertures vaccinales HPV chez les jeunes filles de 15 et 16 ans par cohorte de naissance estimées au 31/12/2013 (en %)

	Année de naissance	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Couverture vaccinale 1 dose à 15 ans		15,0	23,1	23,6	26,3	19,6	18,1
Couverture vaccinale 3 doses à 16 ans		25,8	28,3	26,9	26,4	20,1	

INDICATEURS : Couvertures vaccinales à 2 ans

SOURCE : Certificat de santé de l'enfant rempli lors de la visite obligatoire du 9^{ème} et 24^{ème} mois (CS9 et CS24).

CHAMP : France entière.

PRINCIPALES LIMITES : Participation des départements à ce dispositif insuffisante (mais en progression): en 2012, 88 départements avaient transmis des données de CS9 et 91 départements avaient transmis des données de CS24 à la DREES.

REFERENCES :

- Guthmann JP, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Mesure de la couverture vaccinale en France. Sources de données et données actuelles. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 96 p.

- InVS. Dossier thématique Couverture vaccinale. Accessible sur www.invs.sante.fr

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : InVS

INDICATEUR : Couverture vaccinale HPV chez la jeune fille

SOURCE : Données de remboursements de vaccins issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniir-AM, Échantillon généraliste des bénéficiaires), traitement InVS.

CHAMP : France entière.

PRINCIPALES LIMITES : Uniquement données Régime général, MSA et RSI ; la base du Sniir-AM inclut partiellement les enfants vaccinés en PMI.

REFERENCES :

- Fonteneau L, Guthmann JP, Lévy-Bruhl D. 2013. Estimation des couvertures vaccinales en France à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) : exemples de la rougeole, de l'hépatite B et de la vaccination HPV. BEH 2013 ; 8-9 : 72-76

- InVS. Dossier thématique Couverture vaccinale. Accessible sur www.invs.sante.fr

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

SANTE DE L'ENFANT

Accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants¹⁰¹

- **Contexte**

Les accidents de la vie courante (AcVC) entraînent chaque année en France plus de 20 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et 4,5 millions de recours aux urgences. Chez les enfants de moins de 15 ans, ils entraînent près de 200 décès par an. Ces drames sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation et information adaptées. Un Plan de prévention des accidents de la vie courante a été adopté par le Comité national de la santé publique en 2009. Des campagnes de prévention sont réalisées par différents organismes (Inpes, Ministères de l'intérieur, des sports, etc.).

- **Indicateurs**

Taux de mortalité par traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans

En 2010, on a dénombré chez les moins de 15 ans 415 décès par traumatismes selon les certificats de décès : 57 chez les moins de un an, 142 chez les 1-4 ans, 216 décès de 5 à 14 ans. À côté de 40 suicides et 24 homicides, la plus grande partie des décès était due aux AcVC : 188 en 2010, plus que les 130 décès par accidents de la circulation (source : sécurité routière), et les 22 décès traumatiques d'intention indéterminée.

En 2010, 188 enfants de moins de 15 ans sont donc décédés d'un AcVC, davantage de garçons que de filles (sex ratio de 1,3). Les enfants sont surtout décédés de noyade (55 décès), puis d'incendies (39), suffocations (34, dont 53 % avant un an), chutes (18), intoxications (5) (tableau 1). Les taux standardisés de mortalité par AcVC des moins de 15 ans ont diminué de 5,4 % par an entre 2000 et 2010. La baisse importante entre 2010 et 2009 (236 à 188 décès, -20,3 %) devra être confirmée.

Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès chez les enfants de moins de 20 ans

Les enquêtes NOYADES permettent de décrire les caractéristiques et facteurs de risques des noyades accidentelles. Entre le 1er juin et le 30 septembre 2012, 396 noyades accidentelles ont été dénombrées chez les moins de 20 ans, dont 75 suivies de décès, et 18 de séquelles. Chez les enfants de moins de 6 ans, il y a eu 170 noyades dont 28 décès ; chez les 6-12 ans, 84 noyades dont 19 suivies de décès ; chez les 13-19 ans, 142 noyades dont 28 suivies de décès (Graphique 1). Les lieux de la noyade dépendaient de l'âge de l'enfant : 61 % des plus jeunes enfants se sont noyés en piscine (104/170 dont 67 en piscines privées familiales), les 6-12 ans en piscine (38 %) et en mer (40 %), les adolescents en mer (soit 63 %) (Graphique 2).

On constate une décroissance depuis 2 000 du nombre de noyades suivies de décès en piscines privées chez les moins de 6 ans : 32 décès en 2000 et 11 en 2012, alors que le parc de piscine a plus que doublé, passant de 708 000 à 1 661 550. La représentation en moyenne mobile sur 3 ans lisse les variations importantes, d'une année à l'autre, de ces petits effectifs (Graphique 3). Les enfants de moins de 6 ans se sont noyés surtout à cause d'un manque de surveillance et de leur inaptitude à nager.

Nombre de défenestrations accidentelles d'enfants de moins de 15 ans

Entre le 15 mars et le 15 octobre 2013, l'enquête menée pendant sept mois en Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur, a dénombré 76 enfants de moins de 15 ans victimes d'une chute accidentelle de grande hauteur, ou défenestration, soit un taux d'incidence de 1,9 p.100 000. Les enfants étaient âgés de 13 mois à 14 ans, avec

¹⁰¹ Voir également la fiche « accidents de la vie courante ».

une médiane à 4 ans. Près des deux tiers avaient moins de 6 ans. On comptait 70 % de garçons et 30 % de filles (sex ratio de 2,3, graphique 4). Les caractéristiques de ces accidents étaient similaires entre les trois régions. Il y avait peu de différence entre 2006 et 2013 (tableau 2), sauf une baisse du nombre de chutes de 106 à 76, surtout due à la baisse significative en Île-de-France (de 64 à 51).

Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière chez les moins de 15 ans

En 2011, selon le PMSI, en métropole, 3 085 enfants de moins de 15 ans ont été hospitalisés pour brûlures, dont trois quarts d'enfants de 0 à 4 ans ; ces derniers représentaient plus du quart des personnes hospitalisées tous âges confondus. Parmi eux la moitié était âgée d'un an révolu (graphique 5). Le taux d'incidence brut par classe d'âge était le plus élevé chez les enfants de moins de 5 ans : 61 p. 100 000 (et 9 p. 100 000 entre 5 et 14 ans). L'incidence était 1,4 fois plus élevée chez les garçons que chez les filles. Les résultats 2011 sont proches de ceux des années 2008 à 2010.

Taux d'incidence des accidents en milieu scolaire

Les enquêtes réalisées en milieu scolaire fournissent des taux d'incidence trimestriels d'accidents déclarés chez les enfants.

Pour les enfants de grande section de maternelle (5 à 6 ans) en 2005-2006, ce taux était de 3,6 %, parmi lesquels 96 % étaient des AcVC (et 4 % des accidents de la circulation). La fréquence était plus élevée chez les garçons (4,3 %) que chez les filles (2,8 %). Ces accidents ont entraîné un recours aux urgences pour 68 % des garçons et 71 % des filles.

Pour les enfants de CM2 (10 à 11 ans) en 2004-2005, ces taux trimestriels étaient plus élevés : 9,2 %, dont 9,9 % chez les garçons et 8,4 % chez les filles, à 97 % des AcVC. Le recours aux urgences était de 57 % chez les garçons et 63 % chez les filles.

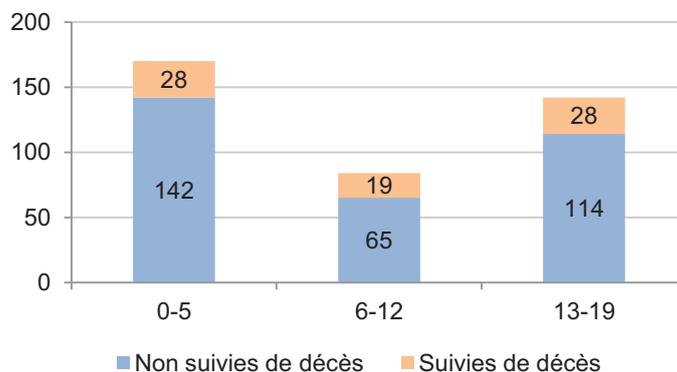
Pour les enfants de Troisième, âgés de 14-15 ans, selon l'enquête scolaire de 2003-2004, 9,4 % ont eu un accident dans les trois mois, 11,2 % des garçons et 7,7 % des filles; il s'agissait à 85 % d'AcVC.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies chroniques et des traumatismes**

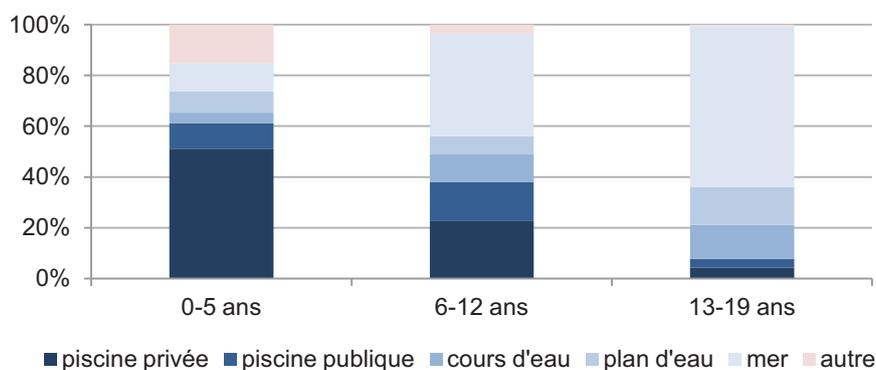
Tableau 1 : Effectifs, taux bruts et standardisés de mortalité par type d'accident de la vie courante chez les moins de 15 ans, France métropolitaine, 2010 (taux pour 100 000 habitants)

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu, flammes		Autres, précisés		Autres, non précisés		Total	
	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
< 1 an	1	0,13	18	2,3	1	0,13	0	0	2	0,26	1	0,13	6	0,78	29	3,8
1-4 ans	7	0,23	11	0,36	38	1,2	1	0,03	20	0,65	1	0,03	11	0,36	89	2,98
5-14 ans	10	0,13	5	0,06	16	0,21	4	0,05	17	0,22	9	0,12	9	0,12	70	0,91
< 15 ans (TS)	18	0,15	34	0,29	55	0,46	5	0,04	39	0,33	11	0,10	26	0,22	188	1,60

Graphique 1 : Répartition des noyades accidentelles et des décès chez les jeunes de moins de 20 ans, France, 1er juin-30 septembre 2012 (N=321, dont 75 décès et 8 données manquantes)



Graphique 2 : Noyades accidentelles selon l'âge chez les enfants de moins de 20 ans par lieu de noyade, France, 1er juin-30 septembre 2012



Graphique 3 : Nombre (et moyennes mobiles sur 3 années) de noyades suivies de décès d'enfants de moins de 6 ans en piscine privée-années 2000 à 2012

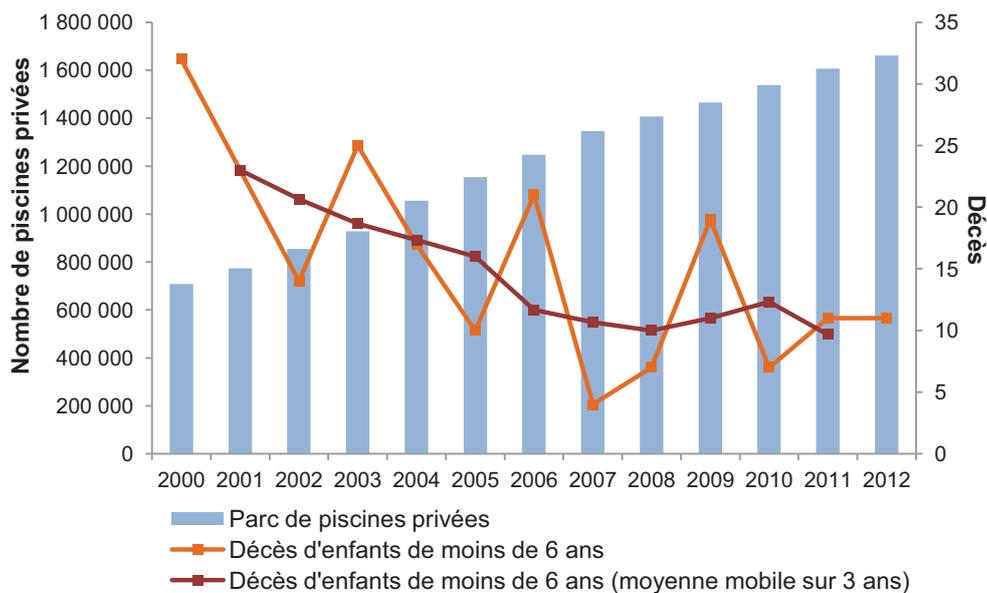
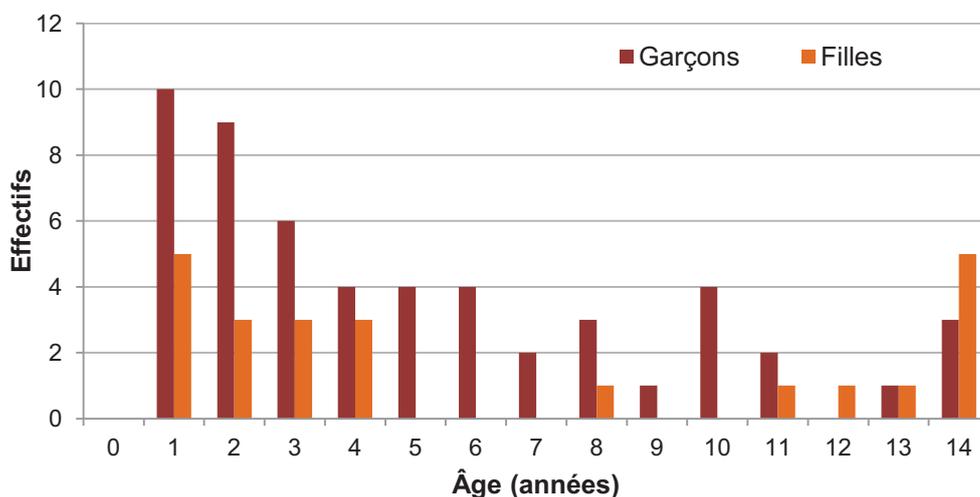


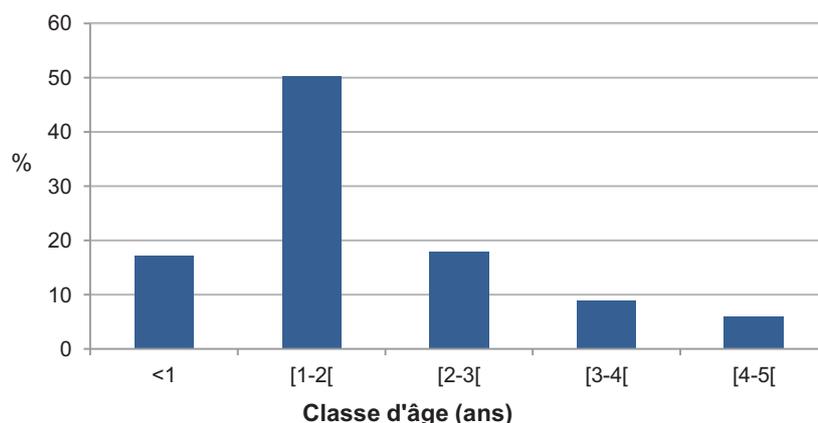
Tableau 2 : Nombre et incidence de survenue d'une défenestration accidentelle chez les enfants de moins de 15 ans selon la région et le département, entre le 15 mars et le 15 octobre 2006 et 2013

Région / départements	2013		2006	
	Nombre de chutes	Taux d'incidence pour 100 000 résidents < 15 ans	Nombre de chutes	Taux d'incidence pour 100 000 résidents < 15 ans
Ile-de-France	51	2,2	64	2,8
Paris	1	0,3	9	2,9
Hauts-de-Seine	6	1,9	4	1,3
Seine-Saint-Denis	11	3,2	20	6,2
Val-de-Marne	7	2,6	10	3,9
Seine-et-Marne	2	0,7	4	1,5
Yvelines	6	2,0	5	1,7
Essonne	13	5,0	4	1,6
Val-d'Oise	5	1,9	8	2,8
Nord-Pas-de-Calais	8	1,0	24	2,9
Nord	4	0,8	17	3,2
Pas-de-Calais	4	1,4	7	2,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	2,0	18	1,9
Alpes-de-Haute-Provence	0	0,0	0	0,0
Alpes-Maritimes	0	0,0	3	1,2
Hautes-Alpes	1	0,6	0	0,0
Bouches-du-Rhône	12	3,4	15	4,6
Var	3	1,8	0	0,0
Vaucluse	1	1,0	0	0,0
Total	76	1,9	106	2,6

Graphique 4 : Nombre de défenestrations accidentelles chez les enfants de moins de 15 ans selon l'âge et le sexe, entre le 15 mars et le 15 octobre 2013



Graphique 5 : Répartition des enfants hospitalisés pour brûlures par âge chez les moins de 5 ans, France métropolitaine, 2011



INDICATEUR : Taux de mortalité par traumatisme chez les enfants de moins de 15 ans

CHAMP : Décès par traumatisme et accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans survenus en France métropolitaine, en 2010.

SOURCE : Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès, INSERM-CépiDc, 2000-2010

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Codes de la 10ème version de la Classification internationale des maladies (CIM 10) appartenant à la liste de référence des causes de décès par AcVC. Analyse des décès en cause principale, sauf pour les chutes. Les décès par chute ont été analysés en « causes multiples », en ajoutant aux décès de cause initiale « chute » (codes W00-W19) les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59), et en cause associée « fracture du fémur » (code S72). Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants sur la population moyenne de l'année en cours. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe, recensement général de la population de 1999. Les tendances ont été modélisées, et les taux de variations annuels moyens ajustés sur l'année et l'âge ont été estimés par le modèle de Poisson. Modèle corrigé par une régression binomiale négative, du fait d'une sur-dispersion.

LIMITES ET BIAIS : Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

RÉFÉRENCES :

- Thélot B, Ermanel C, Jouglu E, Pavillon G. Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatismes en France. Bull Epidemiol Hebd 2006;42:323-8. / 2.

- Barry Y, Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. Bull Epidémiol Hebd 2011;29-30:328-32.

- Résultats disponibles sous

http://www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/mortalite_traumatismes

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès

CHAMP : Noyades accidentelles chez les enfants de moins de 20 ans entre le 1er juin et le 30 septembre 2012 ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés, suivies d'une hospitalisation ou d'un décès en France (France métropolitaine et départements et collectivités d'outre-mer).

SOURCE : Enquêtes NOYADES 2012 et pour les évolutions Enquêtes NOYADES 2003, 2004, 2006, 2009 et 2012.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le terme « noyade » est ici utilisé au sens large, qu'elle soit ou non suivie d'un décès. Nombre de noyades par âge, lieu et devenir (hospitalisation, séquelles, décès).

LIMITES ET BIAIS : Recueil sur la période estivale (4 mois).

RÉFÉRENCE : Lasbeur L., Thélot B, Surveillance épidémiologique des noyades : Enquête NOYADES 2012, 1er juin- 30 septembre 2012. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, mars 2013, 68 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr et sa synthèse, mars 2013, 20 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Nombre de défenestrations accidentelles chez les enfants de moins de 15 ans

CHAMP : Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-D'azur, du 15 mars au 15 octobre, enfants de moins de 15 ans

SOURCE : Enquêtes Défenestrations 2006 et 2013, InVS – Hôpital Necker-Enfants Malades. Questionnaires remplis par les équipes d'intervention, les cliniciens et les personnels sociaux des hôpitaux.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Les taux d'incidence ont été calculés sur les 7 mois d'étude, à partir des estimations de population de l'Insee au 1er janvier 2005 pour l'enquête 2006 et au 1er janvier 2010 pour l'enquête 2013.

LIMITES ET BIAIS : Indicateurs limités aux 3 régions enquêtées sur 7 mois.

RÉFÉRENCE : Pasquereau A, Meyer P, Thélot B. Les chutes accidentelles de grande hauteur d'enfants en Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur - 15 mars – 15 octobre 2013. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 64 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière chez les moins de 15 ans

CHAMP : France métropolitaine, toute personne de moins de 15 ans hospitalisée pour brûlure, avec un diagnostic principal codé de T20 à T32 de la CIM-10.

SOURCE : PMSI-MCO 2008 à 2011.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Des « taux d'incidence hospitaliers » ont été calculés : il s'agit de taux d'incidence de personnes victimes de brûlures résidant en France métropolitaine et hospitalisées en France métropolitaine. Les taux bruts ont été calculés en rapportant le nombre de patients résidant en France métropolitaine à la population au 1er janvier 2011 estimée par l'Insee.

LIMITES ET BIAIS : Les décès sur place ne sont pas enregistrés dans le PMSI.

RÉFÉRENCE : Pasquereau A, Thélot B. Hospitalisations pour brûlures à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, France métropolitaine 2011 et évolution depuis 2008. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 8 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux d'incidence des accidents en milieu scolaire

CHAMP : Enquêtes scolaires 2003-2004 (Troisièmes), 2004-2005 (CM2) et 2005-2006 (GSM) échantillon d'élèves interrogés sur la survenue d'accident depuis le 1er juillet précédent.

SOURCE : Enquêtes scolaires 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : à partir des réponses des enfants et/ou de leurs parents.

LIMITES ET BIAIS : Estimations trimestrielles à partir de réponses sur un nombre variable de mois (enquêtes scolaires).

RÉFÉRENCE : Chatelus AL, Thélot B. Les accidents chez les élèves de 3e selon l'enquête en milieu scolaire 2003-2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 48 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr> ; Thélot B, Chatelus AL. Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2010. 38 p. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr ; Ménard E, Perrine AL, Thélot B. Les accidents de la vie courante chez les enfants de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2005-2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2014. 38 p. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr, à paraître

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

SANTE DE L'ENFANT

Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent¹⁰²

- **Contexte**

Une mauvaise santé bucco dentaire peut avoir, à plus ou moins long terme, des conséquences sur la santé générale de l'individu, par le risque d'infections, de douleurs chroniques ou de difficultés alimentaires, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce des atteintes dentaires. Si la tendance générale est à l'amélioration de l'état de santé bucco dentaire, cette évolution connaît des différences selon les milieux sociaux.

L'enjeu est donc d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents en réduisant les inégalités. Les visites de prévention, sans avance de frais, proposées par l'assurance maladie au cours de l'enfance et de l'adolescence devraient y contribuer dans les années à venir. Elles offrent en effet à l'ensemble des enfants des classes d'âges concernées, un accès aux soins dentaires, indépendamment de leur milieu social. Selon les enquêtes menées par l'UFSBD¹⁰³ jusqu'en 2006, l'indice carieux à 12 ans (Cf définition) était passé de 4,2 en 1987 à 1,23 en 2006. A l'âge de 6 ans, l'indice carieux mixte baissait dans les mêmes proportions. Les indicateurs actuellement disponibles reposent sur les enquêtes nationales de santé menées en milieu scolaire, ainsi que sur les données issues du système d'information de l'assurance maladie.

- **Indicateurs**

Proportion d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3^{ème}

Le recul de la prévalence des caries se poursuit durant les années 2000, notamment pour les élèves de CM2 et les collégiens des classes de 3^{ème} (tableau 1). En grande section de maternelle, le pourcentage s'élève à 83 % en 2006. Ces progrès sont liés à de nombreux facteurs, tels qu'une meilleure hygiène buccodentaire, l'effet préventif des fluorures, le scellement prophylactique des sillons sur les 1^{ère} et 2^{ème} molaires aux âges clés d'apparition des caries (6 ans et 12 ans) ou encore les incitations à une consommation modérée d'aliments et boissons sucrées.

Cette évolution favorable ne s'est pas accompagnée d'une réduction des inégalités sociales. Quelque soit l'âge, les enfants d'ouvriers ont plus fréquemment des atteintes carieuses que ceux de cadres. Dès six ans, 29 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 8 % des enfants de cadres, en CM2 les pourcentages s'élèvent respectivement à 53 % et 26 % (graphique 1). Entre 2005 et 2008, le recul de la prévalence des caries a été plus important chez les enfants de cadres que chez les enfants d'ouvriers (tableau 1).

Proportion d'enfants avec caries non soignées en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3^{ème}

En présence de carie(s), le recours aux soins varie selon l'âge. Il est plus faible à six ans, où seuls 6 % des enfants ont leurs dents cariées soignées ; il augmente ensuite pour concerner 25 % des enfants en CM2 puis 35 % des adolescents de 3^{ème} (graphique 1). La faible prise en charge des plus jeunes suggère une méconnaissance de l'intérêt de soigner les dents temporaires. Les différences sociales observées à 6 ans perdurent ensuite en CM2 et 3^{ème}. En grande section de maternelle, parmi les enfants ayant des dents cariées, 5 enfants de cadres sur 10 ont des dents non traitées contre 8 enfants sur 10 chez les ouvriers. En classe de 3^{ème}, les enfants d'ouvriers sont 3 fois moins soignés que ceux des cadres. Le traitement

102 Voir également les fiches « santé bucco-dentaire chez l'adulte » et « santé bucco-dentaire chez la femme enceinte ».

103 Union Française pour la Santé Bucco Dentaire

des dents cariées a peu progressé au cours des années 2000 et ne s'est pas accompagné d'une réduction des inégalités sociales.

Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année suivant leur 6ème anniversaire

En 2012, 47 % des enfants ayant droit du régime général de l'assurance maladie ont consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste dans l'année suivant leur sixième anniversaire. Ce pourcentage est en nette progression depuis 2006, année de l'instauration de la visite de prévention proposée par l'assurance maladie (tableau 2). Ce programme de prévention qui couvre la prise en charge à 100 % de la consultation et des soins dispensés dans les 6 mois suivant l'examen, hors orthodontie, offre un accès aux soins à tous les enfants des classes d'âges concernées (6, 9, 12, 15, 18 ans).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : DREES, bureau état de santé de la population**

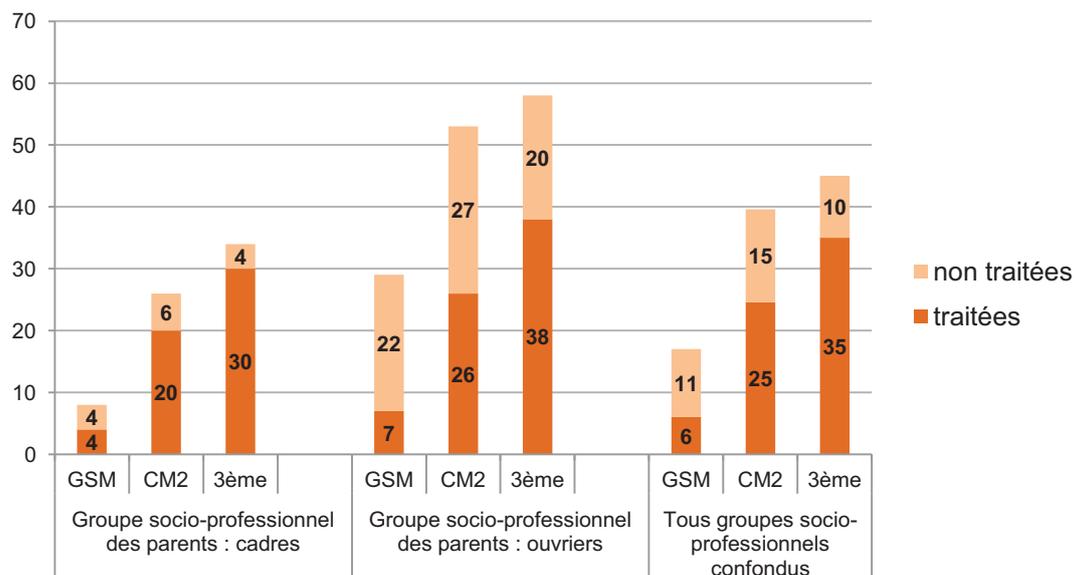
SYNTHESE	
D'après les enquêtes en milieu scolaire, entre 2000 et 2009, l'état de santé bucco-dentaire s'est amélioré sans toutefois s'accompagner d'une réduction des inégalités sociales. Observables dès la grande section de maternelle, elles perdurent en CM2 et en 3 ^{ème} aussi bien au niveau de la fréquence des dents cariées que de leur prise en charge.	
L'accès au chirurgien-dentiste, facilité par les consultations de prévention proposées par l'assurance maladie, a permis, en 2012, à 47 % des enfants de 6 ans de consulter au moins une fois dans l'année suivant leur 6 ^{ème} anniversaire contre 15 % en 2007, année de montée en charge.	

Tableau 1 : Proportion d'enfants indemnes de caries en GSM, CM2 et 3^{ème} entre 2003 et 2009

Groupe socio-professionnel des parents	GSM	CM2		3ème	
	2005-2006	2004-2005	2007-2008	2003-2004	2008-2009
Cadres	92,0	66,2	73,7	62,4	65,8
Ouvriers	71,4	43,5	46,7	43,4	42,4
Ensemble	83,1	55,5	60,4	52,4	55,5

Sources : Enquêtes nationales sur la santé des élèves de GSM (2005-2006), CM2 (2004-2005 et 2007-2008), 3^{ème} (2003-2004 et 2008-2009), Drees-DGESCO
 Champ : France entière

Graphique 1 : Proportion d'enfants ayant des dents cariées non traitées selon le groupe socio professionnel de ses parents



Sources : Enquêtes nationales sur la santé des élèves de GSM (2005-2006), CM2 (2007-2008), 3^{ème} (2008-2009), Dress-DGESCO
 Champ : France entière

Tableau 2 : Proportion d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année suivant leur 6^{ème} anniversaire.

CNAMTS	% d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année suivant leur 6 ^{ème} anniversaire
2007*	14,9
2008	35,3
2009	41,3
2010	41,0
2011	41,5
2012	47,2

* année de montée en charge

Champ : France entière

Source : SNIIRAM : Régime général (hors sections locales mutualistes), hors MSA et RSI

INDICATEURS : Proportion d'enfants indemnes de caries en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3^{ème} / Proportion d'enfants avec caries non soignées en grande section de maternelle (GSM), CM2 et 3^{ème}

SOURCE : Enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire auprès des élèves des classes de grande section de maternelle (GSM 2005-2006), de CM2 (2004-2005, 2007-2008) et des adolescents des classes de 3^{ème} (2003-2004, 2008-2009).

CHAMP : France entière

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Enquête réalisée tous les 2 ans, alternativement en GSM, CM2 et collégiens de 3^{ème}. Basée sur un échantillon d'élèves scolarisés dans les établissements publics et privés de France métropolitaine et des Dom (Mayotte incluse depuis 2012-2013). Nombre d'enfants indemnes de caries en GSM rapporté au nombre d'enfants enquêtés en GSM. Idem pour CM2 et 3^{ème}.

Nombre d'enfants avec dents cariée(s) non soignée(s) en GSM rapporté au nombre d'enfants enquêtés en GSM. Idem pour CM2 et 3^{ème}.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Examen bucco-dentaire réalisé par les médecins et infirmières de l'éducation nationale sans matériel adapté (miroir dentaire, scialytique ...), ces conditions d'examen peuvent conduire à une sous estimation du nombre de dents cariées recensées. Données non directement comparables à celles de l'UFSBD qui reposent sur un examen réalisé par un dentiste équipé d'outils de dépistage adéquats.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : DREES

INDICATEUR : Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année suivant leur 6^{ème} anniversaire

SOURCE : Données Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIRAM)

CHAMP : Régime général, hors sections mutualistes locales et régime social des indépendants des personnes résidents en France.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Nombre d'enfants de 6 ans ayant consulté au moins un chirurgien dentiste au cours de l'année suivant leur 6^{ème} anniversaire rapporté au nombre d'enfants âgés de 6 ans : Les visites prises en compte englobent le mois précédent l'anniversaire et le mois suivant le 7^{ème} anniversaire compte tenu des petits décalages possibles dans les envois de courrier d'invitation.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Absence de données sur les assurés relevant des sections locales mutualistes (Fonctions publiques, de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI). Les consultations effectuées en milieu hospitaliers ne sont pas pris en compte.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : CNAMTS

SANTE DE L'ENFANT

Exposition au plomb des enfants

- **Contexte**

Les systèmes nerveux, rénal, et hématologique sont particulièrement sensibles à la toxicité du plomb. Ses effets sanitaires peuvent être irréversibles et survenir à partir de faibles niveaux d'exposition.

Le jeune enfant, particulièrement sensible à la toxicité du plomb, est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche).

Chez l'enfant, l'intoxication par le plomb (saturnisme) est actuellement définie par « la constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie $\geq 100 \mu\text{g/L}$ » (seuil d'intervention).

Les mesures de réduction de l'exposition mises en œuvre depuis une vingtaine d'années ont contribué à la baisse de l'imprégnation générale de la population. Chez les enfants de 1 à 6 ans, la prévalence du saturnisme est estimée à 0,1 % en 2008-2009 (elle était de 2,1 % en 1996).

La peinture au plomb présente dans les locaux anciens est la principale source d'exposition actuelle pour les enfants ; les populations exposées sont surtout celles ayant un habitat dégradé. Les autres sources d'exposition sont les sites pollués par des activités industrielles (actuelles ou passées), certains plats en céramique artisanale, certains cosmétiques traditionnels, les activités professionnelles ou de loisir, les canalisations d'eau potable en plomb.

Les symptômes de l'intoxication par le plomb sont peu spécifiques et passent souvent inaperçus. Le dépistage doit s'appuyer sur une recherche active des facteurs de risque d'exposition.

- **Indicateurs**

Nombre d'enfants primodépistés pour le saturnisme

La décroissance de l'activité de dépistage du saturnisme observée à partir de 2005 se poursuit. Selon les données du Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE), le nombre annuel d'enfants de moins de 18 ans ayant bénéficié d'un premier test de plombémie est passé de 10 060 en 2004 à 5 058 en 2011 (graphique 1). Parmi eux, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une plombémie dans le cadre d'une adoption internationale a récemment augmenté, passant d'une centaine par an (soit 1 % des plombémies de primodépistage réalisées chez les enfants) de 2005 à 2008, à 606 (10 %) en 2010. Ils étaient encore 391 (8 %) en 2011.

Si l'on excepte ces enfants très probablement exposés dans leur pays d'origine, 80 % des enfants testés entre 2008 et 2011 avaient moins de 7 ans, soit un taux de primodépistage moyen annuel de 85 pour 100 000 enfants de moins de 7 ans. L'activité de dépistage était répartie très inégalement sur le territoire, la région Île-de-France en rassemblait à elle seule près de 64 % (tableau 1).

Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 $\mu\text{g/L}$ parmi les enfants primodépistés

La proportion d'enfants de moins de 18 ans ayant une plombémie $\geq 100 \mu\text{g/L}$ parmi les primodépistés (hors adoptions internationales) a décru régulièrement. Depuis 2005, elle tend à se stabiliser autour de 3 à 4 %. En 2011, elle était de 4,8 %. A noter qu'en 2011, les dépistages menés dans des régions ultra-marines ont eu un rendement très élevé. Ces éléments suggèrent un bon ciblage du dépistage.

Nombre de cas incidents de saturnisme chez l'enfant (au seuil de 100 µg/L)

La diminution du nombre de cas incidents de saturnisme observée à partir de 2005 se poursuit. Entre 2008 et 2011, ce chiffre est passé d'un peu plus de 300 cas par an à un peu plus de 250 cas (graphique 1) avec l'identification de quelques enfants ayant des plombémies de plus de 450 µg/L. La part des enfants adoptés à l'international parmi ces cas incidents se situait entre 8,4 % (2008) et 22,4 % (2010) (tableau 2).

Entre 2008 et 2011, 54 % des cas (hors enfants adoptés à l'international) résidaient en Île-de-France, région à forte activité de dépistage.

Pour comparaison, aux États-Unis, au niveau fédéral, 16 % des enfants de moins de 6 ans ont bénéficié d'au moins une plombémie entre 2008 et 2011. Parmi eux, la proportion d'enfants avec une plombémie ≥ 100 µg/L était de 0,7 % en 2008, et de 0,6 % en 2011, soit environ 5 fois plus faible qu'en France (pour la même classe d'âge et période d'étude).

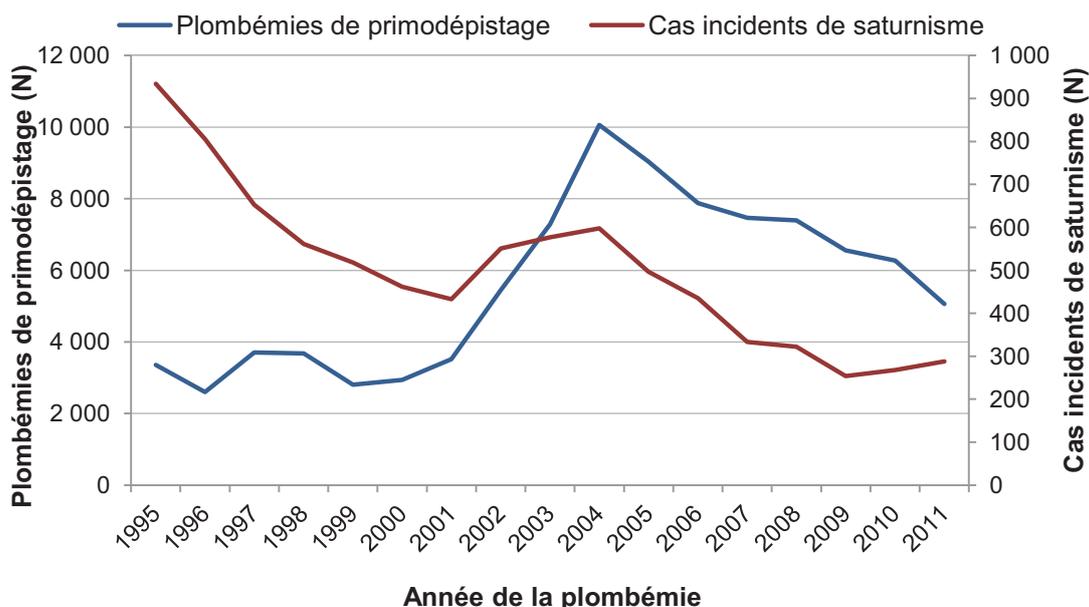
Au Royaume-Uni et en Irlande, une étude débutée en juin 2010 vise notamment à estimer l'incidence du saturnisme (plombémie ≥ 100 µg/L) chez les enfants de moins de 16 ans. Un premier bilan fait état de 58 cas déclarés dont 22 cas confirmés et répondant aux critères d'inclusion.

- **Organisme responsable de la production de la fiche: InVS, Département santé environnement**

SYNTHESE

La diminution de la proportion d'enfants atteints de saturnisme (plombémie ≥ 100 µg/L chez une personne de moins de 18 ans) parmi les enfants dépistés et celle du nombre de cas de saturnisme, suggère une certaine efficacité des mesures environnementales de prévention. Au regard de la couverture géographique du dépistage, des populations à risque pourraient y échapper. L'interprétation des tendances spatio-temporelles régionales est limitée car dans la plupart des régions, elles reflètent plutôt la mise en œuvre d'actions localisées et ponctuelles.

Graphique 1 : Évolution de l'activité de dépistage du saturnisme chez l'enfant et du nombre de cas incidents en France, 1995-2011



Champ : France, [0-17 ans] (y compris enfants dépistés dans le cadre d'une adoption internationale)
Source : SNSPE, octobre 2013

Tableau 1 : Distribution des plombémies de primodépistage par région (hors adoptions internationales), France 2008-2011

Région de domicile de l'enfant	2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Centre	127	1,8	162	2,6	194	3,4	78	1,7
Ile-de-France	4 602	63,6	4 025	64,7	3 753	66,3	2 883	61,8
Languedoc-Roussillon	238	3,3	167	2,7	117	2,1	203	4,3
Nord-Pas-de-Calais	740	10,2	550	8,8	440	7,8	324	6,9
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	389	5,4	242	3,9	270	4,8	224	4,8
Rhône-Alpes	320	4,4	286	4,6	217	3,8	194	4,2
Autres régions	824	11,4	793	12,7	670	11,8	761	16,3
Total	7 240	100,0	6 225	100,0	5 661	100,0	4 667	100,0

Champ : France, [0-17 ans] (hors enfants dépistés dans le cadre d'une adoption internationale)

Source : SNSPE, octobre 2013

Tableau 2 : Cas incidents de saturnisme chez l'enfant en France, selon le contexte de dépistage, 2008-2011

Cas incidents de saturnisme	2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cas hors adoption internationale	295	91,6	213	83,9	208	77,6	256	88,9
Cas dépistés dans le cadre d'une adoption internationale	27	8,4	41	16,1	60	22,4	32	11,1
Total France	322	100,0	254	100,0	268	100,0	288	100,0

Champ : France, [0-17 ans] (y compris enfants dépistés dans le cadre d'une adoption internationale)

Source : SNSPE, octobre 2013

CHAMP : France, enfants âgés de 0 à 17 ans inclus.

SOURCE : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE), mis en œuvre par les médecins, les laboratoires de biologie médicale, les centres antipoison et de toxicovigilance, les agences régionales de santé et l'Institut de veille sanitaire (octobre 2013).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

- Enfants primodépistés : enfants ayant bénéficié d'un 1^{er} dosage de plombémie, quel qu'en soit le résultat.

- Cas incidents de saturnisme : enfants dont la plombémie était supérieure ou égale à 100 µg/L pour la 1^e fois. Il peut s'agir d'une plombémie de primodépistage ou d'une plombémie de suivi si les plombémies précédentes étaient inférieures à 100 µg/L.

LIMITES d'interprétation : Absence d'information sur les zones sans dépistage. Le SNSPE ne permet pas de disposer de données sur l'exposition de la population aux sources au plomb.

BIAIS connus : Ces données ne sont pas exhaustives ; l'exhaustivité du système de surveillance a été estimée par des enquêtes auprès des laboratoires à plus de 90 % pour la période 2008-2011.

RÉFÉRENCES : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Saturnisme-chez-l-enfant>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

SANTE DE L'ENFANT

Drépanocytose

- **Contexte**

La drépanocytose est une maladie génétique de l'hémoglobine caractérisée par une déformation des hématies qui prennent une forme de croissant ou de faucille en cas d'anoxie (dite hémoglobine S ou Hb S). La drépanocytose est très fréquente parmi les populations d'origine africaine subsaharienne mais également en Asie, dans le bassin méditerranéen et au Moyen-Orient. Sa prévalence a augmenté en France du fait des mouvements de population et des migrations au cours des dernières décennies. Elle est dite majeure quand les sujets sont homozygotes SS ou hétérozygotes composites Sb, SC, etc. Les hétérozygotes AS sont considérés comme porteurs sains du trait drépanocytaire et n'ont qu'exceptionnellement des manifestations cliniques. À l'échelle de la France, la drépanocytose est une maladie rare et les patients concernés résident essentiellement dans les DOM et en Île-de-France.

L'estimation de la prévalence de la drépanocytose en France n'est pas disponible. Toutefois, le dépistage néonatal, systématique dans les DOM depuis 1985 et progressif dans les groupes à risque en métropole à partir de 1995, permet de surveiller le nombre de cas de drépanocytose parmi les nouveau-nés ayant bénéficié d'un dépistage, selon les données de l'Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant (AFDPHE). La prévalence de la drépanocytose néonatale dans les DOM et le nombre de nouveau-nés diagnostiqués parmi ceux ayant bénéficié d'un dépistage dans le reste de la France, donnent une indication de l'impact potentiel de cette affection.

L'indicateur principal, l'âge au décès des personnes atteintes, permet d'évaluer l'augmentation de la durée de vie des personnes atteintes de drépanocytose.

- **Indicateurs**

Nombre de nouveau-nés dépistés comme porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur en Ile-de-France, dans les DOM et dans l'ensemble des autres régions

Le dépistage néonatal de la drépanocytose est ciblé sur des populations à risque en métropole. Il a été introduit progressivement à partir de 1994 et mis en place sur la totalité du territoire en 2000. En 2001-2012, 4 103 cas de drépanocytose majeure ont été détectés en France (hors Mayotte), soit 342 cas en moyenne par an (tableau 1). La majorité des cas sont dépistés en Ile-de-France (54 % des cas en 2000-2012).

Le nombre de cas dépistés a augmenté à partir de la généralisation du dépistage. Cette augmentation est plus importante en France métropolitaine : + 21 % de 2001-2003 à 2010-2012 en Ile-de-France, et + 49 % dans les autres régions. En Ile-de-France, cette augmentation régulière de 2001-2003 à 2007-2009, ne s'est pas poursuivie sur la période 2010-2012. Dans les DOM, le nombre de cas dépistés est relativement stable au cours de la période 2001-2012.

Prévalence de la drépanocytose néonatale (syndrome drépanocytaire majeur) dans les DOM

Dans le cadre du dépistage systématique réalisé dans les DOM, 769 cas de drépanocytose majeure ont été diagnostiqués entre 2001 et 2012 (tableau 2), soit en moyenne 64 cas chaque année au cours de cette période. La prévalence estimée sur le nombre de naissances dans chaque département reste relativement stable (tableau 2). Elle est plus élevée en Guyane (47 enfants dépistés pour 10 000 naissances) et plus faible à La Réunion (2 dépistés sur 10 000 naissances).

Distribution de l'âge aux décès liés à la drépanocytose

Sur la période 2001-2010, 433 décès liés à la drépanocytose ont été enregistrés en France chez des individus porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur, soit 30 cas en moyenne par an.

En France métropolitaine, entre les périodes 2001-2005 et 2006-2010, la part des décès chez les 0-9 ans a diminué et un déplacement des décès vers les classes d'âge de 30-39 ans et de 40-49 ans est observé (Graphique1). Toutefois, les âges moyens et médians au décès n'évoluent pas significativement (tableau 3).

Dans les DOM, pour les mêmes périodes, l'évolution de l'âge de décès est proche de l'évolution en France métropolitaine pour les 0-9 ans avec une augmentation notable des décès chez les 50-59 ans (graphique 2). On observe une légère augmentation de l'âge médian, cependant non significative (tableau 3)

- **Organisme responsable de la production de la fiche : Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Université Paris 13)**

SYNTHESE					
Sur la période 2001-2006, en moyenne, 304 enfants par an ont été dépistés à la naissance avec une drépanocytose majeure contre 380 enfants par an sur la période 2007-2012. L'augmentation régulière de nombre de cas dépistés en France métropolitaine de 2001-2003 à 2007-2009, ne s'est pas poursuivie sur la période 2010-2012 en Île-de-France. Dans les DOM la prévalence est stable sur l'ensemble de la période.					
Sur la période 2001-2010, 432 décès liés à la drépanocytose ont été enregistrés en France chez des individus porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur. La distribution des âges au décès par tranches décennales se décale vers des âges plus élevés mais l'âge médian au décès n'est pas différent entre 2001-2005 et 2006-2010.					

Tableau 1 : Nombre de nouveau-nés dépistés comme porteurs d'un syndrome drépanocytaire majeur en Ile-de-France, DOM et reste du pays (hors Mayotte)

Zone géographique	Années				Total
	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	
Ile-de-France	485	550	639	617	2291
DOM	176	210	202	181	769
Autres régions	174	227	300	342	1043
Total France	835	987	1141	1140	4103

Source : AFDPHE, données d'activité de dépistage néonatal.

Tableau 2 : Prévalence de la drépanocytose néonatale dans les DOM de 2001 à 2012

Département	Prévalence pour 10 000 naissances				Total
	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	
Guadeloupe	23	40	34	43	35
Guyane	54	52	44	39	47
Martinique	25	24	31	19	25
Réunion	1	1	2	3	2
Prévalence globale DOM	19	22	21	20	20

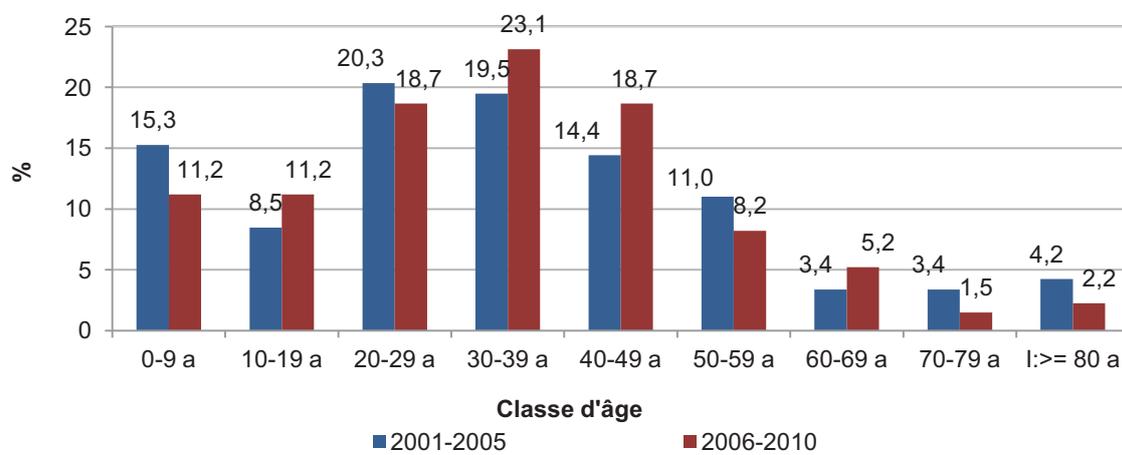
Source : AFDPHE, données d'activité de dépistage néonatal.

Tableau 3 : Age moyen et âge médian au décès liés à la drépanocytose selon la période pour la France métropolitaine et les DOM

Paramètres	France métropolitaine			DOM		
	2001-2005	2006-2010	Total	2001-2005	2006-2010	Total
Nb de décès	118	134	252	88	93	181
Age moyen	34,8	33,4	34,0	39,9	41,9	41,0
Age médian	32,0	33,5	33,0	41,5	44,0	42,0

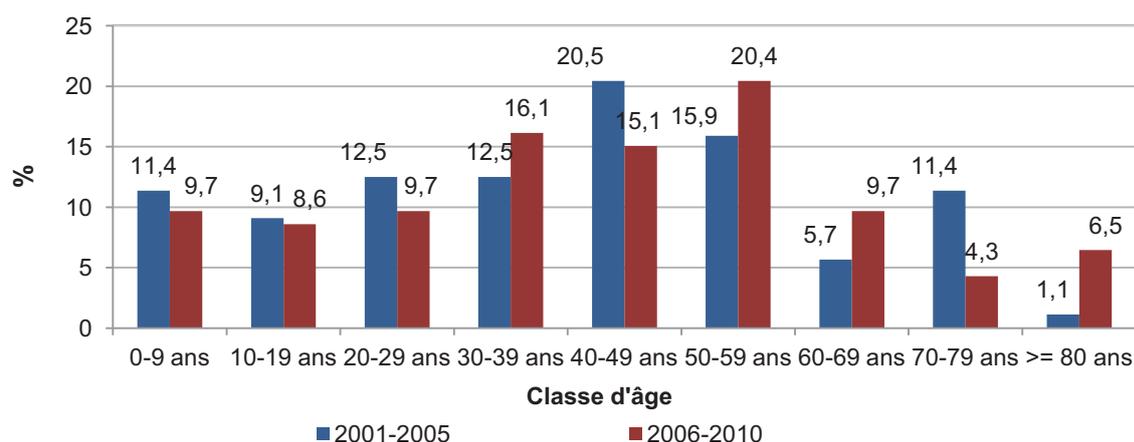
Source : CépiDC, InSerm. Exploitation : InVS

Graphique 1 : Distribution des décès liés à la drépanocytose selon la période et la classe d'âge, France métropolitaine, 2001-2010



Source : Cépi-DC, InSerm
Exploitation : InVS

Graphique 2 : Distribution des décès liés à la drépanocytose selon la période et la classe d'âge, DOM 2001-2010



Source : Cépi-DC, InSerm
Exploitation : InVS

INDICATEURS : Dépistage néonatal

SOURCE : Rapports d'activités 2000-2012 de l'Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant (AFDPHE)

CHAMP : France entière, DOM, 2001-2012

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Les indicateurs de dépistage sont construits avec le nombre d'enfants dépistés à la naissance pour les années indiquées. La prévalence globale est estimée à partir du nombre d'enfants diagnostiqués rapporté au nombre de naissances dans chaque département pour les années spécifiées.

LIMITES : Le dépistage est systématique à la naissance dans les DOM et ciblé sur des populations définies à risque en métropole. Le nombre total de personnes atteintes n'est pas connu.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : InVS

INDICATEUR : Age au décès

SOURCE : Causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)

CHAMP : France entière, 2001-2010

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Les indicateurs sont construits sur la base du nombre de certificats de décès portant la mention de drépanocytose, avec un code de la CIM 10 en cause initiale ou en cause associée. Seuls les codes de la CIM 10 identifiant les drépanocytoses majeures ont été utilisés pour la sélection des certificats de décès : D570, D571, D572 et D578. Le code D573 (trait drépanocytaire) n'a pas été utilisé pour l'analyse des certificats de décès.

LIMITES : L'analyse présentée ici fait état de la mortalité en cause initiale et associée à la drépanocytose, mais dans ce second cas, la drépanocytose n'est pas considérée comme la cause directe du décès.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : InVS

SANTÉ DES PERSONNES AGEES

Qualité de vie chez les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

- **Contexte**

Près de 350 000 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée (ALD 25) de type maladie d'Alzheimer (MA) et maladies apparentées. Si l'on prend en compte les membres de la famille ou de l'entourage qui soutiennent leurs parents malades, on peut doubler le nombre de personnes concernées par ces affections.

Les proches de malades Alzheimer sont exposés à des facteurs de stress majeurs qui augmentent le risque de développer des problèmes tant physiques qu'émotionnels. Si le patient est frappé par la stigmatisation et est souvent absent des discours, l'entourage approuve unanimement l'idée que la maladie d'Alzheimer peut avoir des effets dévastateurs sur la famille des malades.

C'est dans ce cadre que l'Inpes a mis en place un module de questions sur la thématique Alzheimer dans son Baromètre santé 2010¹⁰⁴. Les questions posées visent en particulier à repérer les personnes connaissant ou ayant connu une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer - qu'ils soient parents, amis ou voisins -, à déterminer la fréquence de l'aide qu'ils apportent, et à disposer de mesures de certains déterminants de santé comme la qualité de vie ou encore la prévalence de certains troubles psychiques et physiques. Cette fiche présente le retentissement qu'a la maladie d'Alzheimer sur la qualité de vie des proches, selon le profil de santé de DUKE, mais aussi l'expression des plaintes et la participation sociale des personnes connaissant une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

- **Indicateurs**

La qualité de vie selon le profil de santé de Duke¹⁰⁵ : dix-sept paramètres pris en compte (tableau 1)

Les Baromètres santé utilisent, depuis 1996, le profil de santé de Duke pour l'évaluation de la qualité de vie. Cet instrument comporte 17 questions (tableau 1) combinées entre elles pour former différentes échelles correspondant aux dimensions suivantes : physique, mentale, sociale, santé perçue, anxiété, douleur, estime de soi et dépression. Les scores obtenus après l'association des questions sont normalisés de 0, le score de santé le plus bas, à 100, excepté pour les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité et de douleur qui sont évalués en sens inverse : les scores optimaux prenant la valeur 0. Un score global nommé « santé générale », peut être également calculé en additionnant les dimensions physique, mentale et sociale.

La proximité avec la maladie d'Alzheimer

Depuis 2010, le Baromètre santé s'intéresse aux personnes ayant ou ayant eu une ou plusieurs personnes atteintes de la MA dans leur entourage (famille, amis, voisins)¹⁰⁶. Plus d'un quart (26,9 %) des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées sont concernées par la MA dans leur entourage (21,2 %, connaissent ou ont connu une seule personne malade et 5,7 %, plusieurs).

104 L'enquête Baromètre Santé 2010 a été réalisée du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010 auprès d'un échantillon représentatif de 27 653 individus âgés de 15 à 85 ans. Dans le cadre spécifique à la maladie d'Alzheimer, un module de questions a été posé à 4 518 personnes.

105 Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.M., Bouchet C., Briançon S. Le profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. Santé publique, 1997/03, n° 1: p. 35-44.

106 Un sous-échantillon, constitué de 4 518 personnes, a été interrogé dans le cadre d'un module spécifique à la MA sur la question suivante : « Avez-vous ou avez-vous eu, dans votre entourage (famille, amis, voisins), une personne atteinte de la MA ? » avec les modalités de réponse suivante : « Oui, une seule », « Oui, plusieurs », « Non », [Nsp].

Scores de qualité de vie des personnes en liens avec la maladie d'Alzheimer (figure 1)

En termes de qualité de vie, selon le profil de santé de Duke, les personnes déclarant avoir au moins un proche diagnostiqué Alzheimer présentent des scores de santé générale, santé physique et de santé mentale moins bons que les autres ainsi que des scores d'anxiété, de dépression et de douleur significativement plus élevés.

Relations entre qualité de vie et proximité de la MA (tableau 2)

La qualité de vie est associée, en analyse univariée, à la connaissance passée ou présente d'une personne atteinte de la MA, ces personnes montrant des niveaux significativement moins bons de qualité de vie dans plus de la moitié des dimensions considérées par le profil de santé de Duke.

Après ajustement sur le sexe, l'âge et le diplôme, on constate une association significative entre le fait d'avoir un proche diagnostiqué Alzheimer et les scores de santé générale, santé physique et mentale, d'estime de soi, d'anxiété, de dépression et de douleur.

Plaintes exprimées et vie sociale des personnes connaissant ou ayant connu une personne atteinte de la MA (figure 2)

Lorsque les associations sont considérées de façon isolée, on constate une association significative entre la connaissance d'une personne atteinte de la MA et les plaintes d'ordre cognitif exprimées au cours des 8 derniers jours : 55,4 % déclarent avoir eu des problèmes de sommeil (vs 47,5 % parmi les personnes n'ayant aucun proche atteint), 66,1 % des douleurs « quelque part » (vs 59,1 %), 76,9 % l'impression d'être fatigués (vs 70,4 %), 35,4 % ont été tristes ou déprimés (vs 31,6 %), 65,3 % ont été tendus ou nerveux (vs 59,6 %).

Cependant, les personnes concernées déclarent une « vie sociale » comparable aux autres au cours des 8 derniers jours, que ce soit sur le fait d'avoir rencontré des gens de leur famille ou des amis au cours de conversations ou de visites, ou d'avoir eu des activités soit de groupe soit de loisirs.

• Organisme responsable de la production de la fiche : INPES

SYNTHÈSE

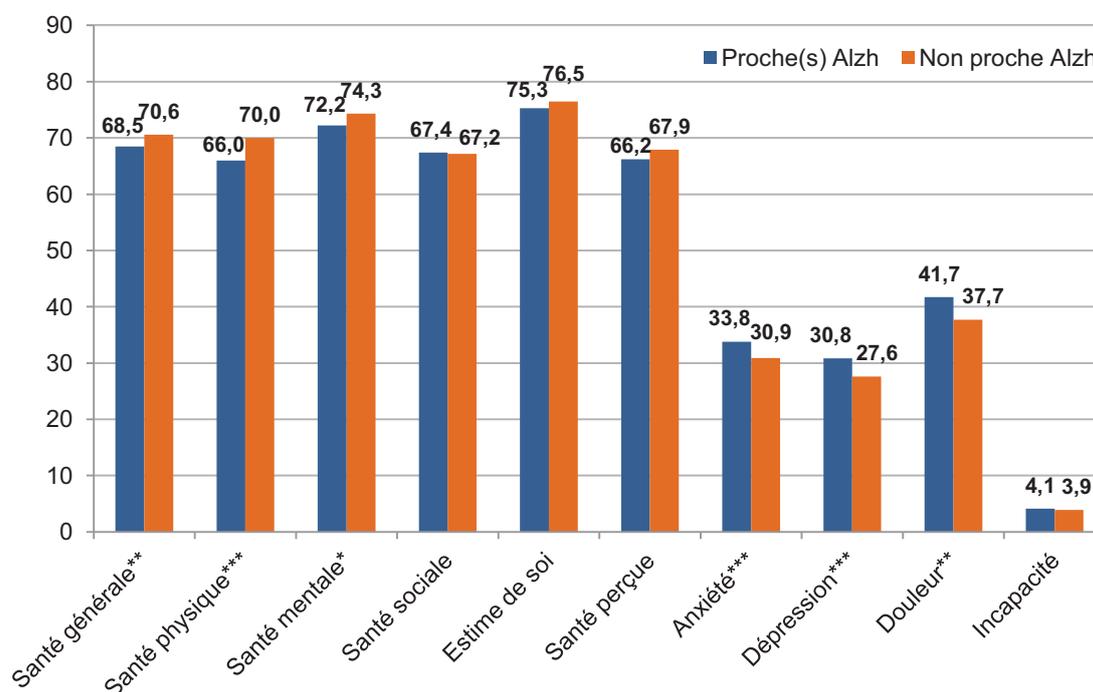
Peu d'études sont disponibles en France sur la qualité de vie des proches d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Nos résultats mettent en avant une qualité de vie dégradée et des plaintes d'ordre cognitif supérieures par rapport aux personnes non concernées par la maladie. Cependant les proches de malades semblent conserver une vie sociale comparable aux autres¹⁰⁷.

¹⁰⁷ La question ne permet cependant pas de discriminer les proches connaissant actuellement un malade de ceux en ayant connu un dans le passé

Tableau 1 : Les questions du profil de santé de DUKE

	Question	Dimension
Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou que cela n'est pas votre cas...		
1	Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3	Au fond, je suis bien portant(e)	Santé perçue
4	Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5	J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7	Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...		
8	Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours...		
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12	Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14	Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15	Vous avez rencontré des parents ou amis	Sociale
16	Vous avez eu des activités soit de groupe, soit de loisirs	Sociale
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

Graphique 1 : Scores moyens de qualité de vie selon le profil de Duke chez les personnes de 15-85 ans en fonction de la connaissance présente ou passée ou non d'un proche atteint de la MA



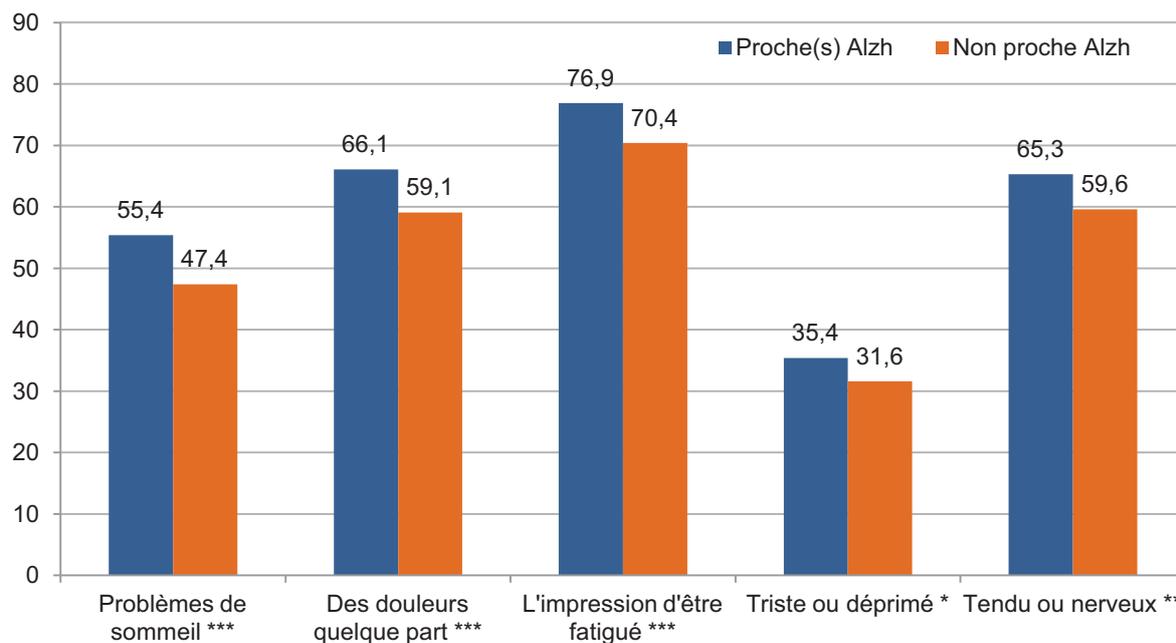
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05
 Source : Baromètre santé 2010, Inpes

Tableau 2 : Résultats de régressions logistiques ajustées sur le sexe, l'âge et le diplôme où la variable dépendante est la connaissance présente ou passée d'un malade Alzheimer et la variable indépendante les différents indicateurs de qualité de vie selon le profil de santé de Duke parmi les 15-85 ans (Résultats de 10 régressions logistiques ; N=4 518)

Scores du profil de santé de DUKE (n=4 518)	OR	IC à 95%
Score santé générale		
par unité	0,990***	[0,985-0,995]
Score santé physique		
par unité	0,991***	[0,988-0,995]
Score santé mentale		
par unité	0,994**	[0,990-0,998]
Score santé sociale		
par unité	1,00	[0,995-1,003]
Score estime de soi		
par unité	0,995*	[0,991-1,000]
Score santé perçue		
par unité	0,998	[0,996-1,001]
Score d'anxiété		
par unité	1,009***	[1,005-1,013]
Score de dépression		
par unité	1,008***	[1,004-1,012]
Score de douleur		
par unité	1,003**	[1,001-1,005]
Score d'incapacité		
par unité	1,001	[0,996-1,005]

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05
 Source : Baromètre santé 2010, Inpes

Graphique 2 : Plaintes exprimées au cours des 8 derniers jours par les personnes de 15-85 ans en fonction du fait d'avoir ou pas un lien présent ou passé avec une personne atteinte de la MA (en %)



*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05
 Source : Baromètre santé 2010, Inpes

SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Ostéoporose¹⁰⁸

- **Contexte**

Maladie silencieuse, l'ostéoporose atteint préférentiellement les femmes et sa prévalence croît avec l'âge. Elle est souvent diagnostiquée lors de la survenue de fractures qui constituent la plus grave de ses conséquences, source majeure de handicap et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Les fractures les plus fréquentes sont les tassements vertébraux, les fractures du poignet et celles de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) dites « fractures du col du fémur ». Elles surviennent souvent à la suite de chutes à domicile, fréquentes chez les personnes âgées : plus de 20 % des 65 ans ou plus en déclarent au moins une au cours des 12 derniers mois (Baromètre Santé, 2010, Inpes). Les campagnes de prévention des chutes, l'activité physique et le traitement médicamenteux sont des moyens efficaces pour diminuer l'incidence de ces fractures. Ces actions de prévention ont fait l'objet de recommandations par la Haute Autorité de Santé (Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Fiche de synthèse, novembre 2005). La FESF nécessitant toujours une hospitalisation, et donc étant susceptible d'être connue dans les bases médico-administratives associées, son incidence est un bon indicateur, d'autant qu'elle entraîne 5 % de décès au cours du séjour hospitalier initial (Études et Résultats, 2010, DREES, n°723) et environ 25 % à 12 mois (Panula J et al. Mortality and cause of death in hip fracture patients aged 65 or older. BMC Musculoskelet Disord, 2011; 12:105).

- **Indicateur**

Taux d'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur ayant entraîné une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus (taux brut et standardisé)

En 2012, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ont enregistré 72 100 séjours motivés par une fracture du col du fémur chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (tableau 1). Ce nombre est proche de celui de 1997, alors que les personnes âgées de 65 ans ou plus ont augmenté de 2 millions.

Le taux brut d'incidence globale, en 2012, chez les personnes de 65 ans ou plus, est de 64,4 pour 10 000, deux fois et demi plus élevé chez les femmes (85,2 pour 10 000) que chez les hommes (35,4 pour 10 000). Quinze ans plus tôt, ces taux étaient respectivement de 104,0 et 40,8. Comme les années précédentes, le taux augmente avec l'âge pour les deux sexes (tableau 2).

En 2012, 77 % des séjours concernaient des femmes ; celles-ci ont représenté deux tiers des séjours effectués par les 65-74 ans, les trois-quarts de ceux des 75-84 ans et 80 % de ceux des 85 ans ou plus.

Les taux standardisés ont baissé de 2,4 % par an en moyenne, soit de 36 % en 15 ans. Cette baisse a été plus rapide chez les femmes (-2,4 % par an) que chez les hommes (-2,0 %). La plus grande activité physique des personnes âgées, une meilleure prise en charge de l'ostéoporose (détection et traitement), les campagnes de prévention des chutes sont des facteurs possibles de cette diminution.

Les variations régionales des taux standardisés d'hospitalisation sont relativement faibles. En 2012, l'écart au taux national était inférieur à 15 % dans 22 régions sur 26. Les départements français d'Amérique (DFA) ont été les moins touchés par la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, avec des taux standardisés très inférieurs au taux national : -57 % en Martinique, -50 % en Guadeloupe et -48 % en Guyane pour les deux sexes (tableau 3). En revanche, La Réunion, avec un taux

108 Voir également fiche « accidents de la vie courante »

élevé d'hommes (+15 %) et un taux bas de femmes (-11 %), est proche de la moyenne nationale. En France métropolitaine, cinq régions s'éloignent de plus de 10 % de la moyenne nationale, la Haute-Normandie et le Centre (respectivement -12 et -13 %), le Languedoc-Roussillon et l'Alsace (respectivement +12 et +13 %). La Corse est la seule région de métropole qui s'écarte nettement de la moyenne nationale (+24 %). Cet indicateur n'est pas disponible dans les bases internationales.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : DREES**

SYNTHÈSE

Le suivi des hospitalisations pour fracture du col du fémur, conséquence la plus grave de l'ostéoporose, montre une décroissance de son incidence, puisque, malgré l'augmentation des personnes âgées, le nombre de fractures est stable. Cette diminution a été de 36 % en 15 ans, concernant les deux sexes, même si la diminution chez les hommes est plus lente que chez les femmes. Les variations régionales sont assez faibles sauf dans les départements français d'Amérique où l'incidence est nettement inférieure. On peut penser que la meilleure prise en charge de l'ostéoporose depuis deux décennies a joué un rôle important dans cette évolution. La forte incidence des fractures chez les personnes très âgées doit inciter à ne pas relâcher les efforts faits pour prévenir les fractures ostéoporotiques.

Tableau 1 : Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'incidence ¹			Taux standardisé d'incidence ^{1,2}		
	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes
1997	15 000	56 800	71 800	40.8	104.0	78.6	49.7	96.2	80.5
2000	15 000	57 300	72 300	38.6	100.6	75.5	47.1	93.0	77.3
2003	15 400	56 400	71 800	38.0	95.3	72.0	46.2	88.0	74.0
2006	15 900	55 900	71 800	37.7	91.4	69.5	43.8	81.0	68.2
2007	16 500	56 500	73 000	38.8	92.1	70.3	43.5	78.8	66.5
2008	17 121	56 354	73 475	39.8	91.2	70.1	43.3	75.8	64.5
2009	17 100	56 400	73 500	39.9	92.5	70.8	42.7	75.4	63.8
2010	18 100	58 500	76 600	40.8	93.0	71.4	42.9	74.3	63.2
2011	16 700	55 200	71 900	37.0	86.9	66.2	38.3	68.2	57.5
2012	16 600	55 500	72 100	35.4 (p)	85.2 (p)	64.4 (p)	36.5 (p)	66.5 (p)	55.7 (p)

1 Taux pour 10 000 résidents.

2 Standardisation sur la population de l'Union Européenne au 01/01/2010.

Champ : Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.

(p) données provisoires

Tableau 2 : Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon l'âge en 2012

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
65 à 74 ans	2 600	4 900	7 500
75 à 84 ans	6 300	19 000	25 300
85 ans ou plus	7 700	31 600	39 300
Total 65 ans ou plus	16 600	55 500	72 100
Taux brut d'incidence¹ (p)			
65 à 74 ans	10.4	17.3	14.1
75 à 84 ans	38.0	77.9	61.7
85 ans ou plus	144.3	256.0	222.3
Total 65 ans ou plus	35.4	85.2	64.4
Taux standardisé d'incidence^{1,2} (p)			
	36.5	66.5	55.7

1 Taux pour 10 000 résidents.

2 Standardisation sur la population de l'Union Européenne au 01/01/2010.

Champ : Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.

(p) données provisoires

Tableau 3 : Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon la région de résidence en 2012

Région de résidence	Nombre de séjours	Taux brut d'incidence ¹ (p)	Taux standardisé d'incidence ^{1,2} (p)
Ile-de-France	9 140	58.5	51.9
Champagne-Ardenne	1 420	60.2	52.2
Picardie	1 790	60.2	54.1
Haute-Normandie	1 660	54.8	48.4
Centre	2 900	58.8	49.2
Basse-Normandie	1 760	60.8	51.3
Bourgogne	2 300	67.9	55.9
Nord-Pas-de-Calais	3 530	59.4	53.8
Lorraine	2 690	66.7	60.4
Alsace	2 020	68.4	62.9
Franche-Comté	1 380	65.7	58.0
Pays-de-la-Loire	4 070	63.7	53.5
Bretagne	4 040	65.8	56.8
Poitou-Charentes	2 420	64.1	52.9
Aquitaine	4 600	70.4	58.5
Midi-Pyrénées	4 250	74.7	61.0
Limousin	1 180	68.8	54.0
Rhône-Alpes	6 850	65.2	57.4
Auvergne	1 930	68.1	56.9
Languedoc-Roussillon	3 910	72.0	62.3
Provence-Alpes-Côte-D'azur	7 040	70.5	60.7
Corse	490	74.6	69.3
Guadeloupe	150	24.7	23.9
Martinique	190	29.5	28.0
Guyane	30	24.0	28.7
La Réunion	360	46.9	53.5
France entière	72 100	64.4	55.7

1 Taux pour 10 000 résidents.

2 Standardisation sur la population de l'Union Européenne au 01/01/2010.

Champ : Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.

SOURCES : Base nationale PMSI-MCO (DGOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CHAMP : France entière

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM-10 S72.0 à S72.2 en diagnostic principal et les séjours comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur, même en l'absence d'un diagnostic de fracture du col du fémur. Ont été exclus les doubles comptes, les prises en charge spécifiques et les erreurs vraisemblables de codage. La population utilisée pour le calcul des taux standardisés est celle de l'union européenne au 1er janvier 2010 (Eurostat).

LIMITES ET BIAIS : Il s'agit de données redressées pour pallier le défaut d'exhaustivité du PMSI, évaluées par comparaison avec le nombre de journées de la statistique annuelle des établissements (SAE).

RÉFÉRENCES : Oberlin Ph., Mouquet M-C., 2010, « Les fractures de col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? » Études et Résultats, DREES, n°723.

QUESTIONS DE SANTÉ CHEZ L'ADULTE ET PATHOLOGIES

CANCER

Incidence, mortalité et survie par type de cancers

- **Contexte**

Depuis 2003, les cancers font l'objet d'un plan national de lutte, renouvelé en 2009 puis en 2014. Le plan 2014-2019 prévoit d'appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées (objectif 15), permettant notamment de mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers. Afin de répondre aux objectifs de surveillance épidémiologique des différents plans cancer, les principaux acteurs de cette surveillance - le réseau français des registres des cancers/Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, l'Institut de veille sanitaire et l'Institut national du cancer - se sont rassemblés autour d'un programme de travail commun afin de fournir régulièrement des informations d'aide à la décision politique comme l'incidence, la mortalité et la survie.

- **Indicateurs**

Estimation et tendance du nombre de nouveaux cas de cancer (incidence)

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 000 (200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme), soit plus du double qu'en 1980 (170 000 cas estimés). Cette hausse reflète pour moitié les changements démographiques intervenus sur la période : accroissement de la population (qui augmente mécaniquement le nombre de cancers) et vieillissement (la majorité des cancers survenant chez les sujets âgés). Néanmoins, le nombre de nouveaux cas a diminué pour 4 localisations sur 15 chez l'homme (lèvre-cavité orale-pharynx, larynx, œsophage, estomac) et pour 2 sur 17 chez la femme (col de l'utérus, estomac) entre 1980 et 2012. Représentant 28 % des cas masculins de cancer, le cancer de la prostate reste le plus fréquent en 2012 devant les cancers du poumon (14 %) et du côlon-rectum (12 %). Chez la femme, le cancer du sein est le plus fréquent (31 % des cas féminins de cancer) devant les cancers colorectal (12 %) et du poumon (7 %). (graphique 1). L'âge médian au diagnostic est estimé à 68 ans chez l'homme, variant de 36 ans pour le cancer du testicule, à 74 ans pour le cancer de la vessie. Chez la femme, il est estimé à 67 ans, variant de 51 ans pour le cancer du col de l'utérus, à 79 ans pour le cancer de la vessie.

Etudiées pour la première fois selon 15 sous-types histologiques en utilisant une méthode d'estimation de l'incidence différente de celle des tumeurs solides, les hémopathies malignes représentent 10 % des cas de cancer en 2012 (19 400 cas chez l'homme et 15 600 chez la femme). Plus des deux tiers sont des hémopathies lymphoïdes. Globalement, les hémopathies malignes sont plus fréquentes chez l'homme et plus de la moitié surviennent après 60 ans. La médiane d'âge au diagnostic de trois hémopathies est inférieure à 60 ans (lymphome de Hodgkin classique, leucémie/lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs B, T ou sans indication, leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire). Pour toutes les autres, l'âge médian au diagnostic s'échelonne de 62 à 78 ans chez l'homme et de 64 à 81 ans chez la femme (respectivement pour la leucémie myéloïde chronique et les syndromes myélodysplasiques). Les quatre types d'hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012, et qui représentent la moitié de la totalité des nouveaux cas d'hémopathies malignes, sont le myélome multiple/plasmocytome, la leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire, le lymphome diffus à grandes cellules B et les syndromes myélodysplasiques. Le nombre de nouveaux cas a augmenté pour 9 types d'hémopathies. Le myélome multiple/plasmocytome présente la plus forte augmentation entre 1980 et 2012 (3 300 cas supplémentaires tous sexes confondus) (graphique 2).

Estimation et tendance du nombre de décès par cancer (mortalité)

En 2012, le nombre de personnes décédées d'un cancer en France métropolitaine est estimé à 148 000 (85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme), soit 15 % de plus qu'en 1980 (129 000 cas estimés). Cette hausse est principalement due aux changements démographiques alors que le risque de décéder d'un cancer a diminué. Entre 1980 et 2012, le nombre de décès a diminué pour 6 localisations sur 13 chez l'homme (larynx, testicule, lèvre-cavité orale-pharynx, œsophage, estomac et dans une bien moindre mesure thyroïde) et pour 4 localisations sur 17 chez la femme (estomac, col de l'utérus, thyroïde, larynx). Représentant un quart des décès par cancer chez l'homme en 2012, le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer devant les cancers colorectal et de la prostate (environ 10 % des décès masculins pour chacun de ces cancers). Chez la femme, le cancer du sein est la première cause de décès par cancer (19 % des décès féminins par cancer). Le cancer du poumon se positionne désormais au deuxième rang juste devant le cancer colorectal (environ 13 % des décès féminins pour chacun de ces cancers) (graphique 1). Le codage des données de mortalité ne permettant pas de distinguer les hémopathies malignes selon les 15 sous-types, les estimations de mortalité ne peuvent être fournies pour ces pathologies.

Estimation et tendance des taux standardisés d'incidence et de mortalité

En 2012, le taux d'incidence standardisé sur l'âge de la population mondiale est de 362,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 252,0 chez la femme en France métropolitaine. Depuis 1980, ce taux a augmenté de 27,9 % chez l'homme et de 42,9 % chez la femme, soit environ 1% par an (en moyenne +0,8 % par an chez l'homme et +1,1 % chez la femme). Cette hausse résulte, en partie, d'une meilleure détection des cancers (entraînant une augmentation du nombre de cas diagnostiqués) et d'une augmentation du risque de cancer (même si ce dernier n'a augmenté que de façon plus modeste), en lien notamment avec le recul de la mortalité cardio-vasculaire. Toutefois cette tendance est modifiée depuis 2005, avec une diminution du taux d'incidence chez l'homme (en moyenne -1,3 % par an) et une augmentation moins importante de ce taux chez la femme (en moyenne +0,2 % par an). Ces tendances sont liées à celles des cancers de la prostate et du sein qui sont les plus fréquents et pour lesquels une tendance à la baisse de leur incidence est observée depuis 2005. Elles sont aussi liées à une stabilité de l'incidence de certains cancers (côlon-rectum et poumon chez les hommes) depuis 2005 (tableau 1).

En 2012, le taux de mortalité standardisé sur l'âge de la population mondiale est de 133,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 73,2 chez la femme en France métropolitaine. Il a diminué au cours de la période 1980-2012, en moyenne de 1,5% par an chez l'homme et de 1,0 % chez la femme (tableau 1). Les taux de mortalité par cancer sont toujours plus élevés chez l'homme que chez la femme mais ils diminuent plus rapidement chez l'homme, en lien avec la réduction des consommations d'alcool et de tabac.

L'analyse conjointe, par localisation, des tendances 1980-2012 des taux d'incidence et de mortalité standardisés permet de mettre en évidence trois situations (tableau 1) :

- des cancers cumulant une augmentation de ces deux taux : cancer du poumon chez la femme avec une accélération de cette augmentation depuis 2005, mélanomes cutanés et cancers du système nerveux central pour les deux sexes avec toutefois un ralentissement de la hausse des taux d'incidence standardisés de ces deux cancers et une baisse ou une stabilisation de leurs taux de mortalité standardisés depuis l'année 2000 ;
- à l'inverse, des cancers cumulant une diminution de ces deux taux, notamment le cancer de l'estomac pour les deux sexes, en lien avec des modifications des habitudes alimentaires et la diminution de la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*. Chez l'homme, ces tendances sont également observées pour les cancers de l'œsophage, de la lèvre-cavité orale-pharynx et du larynx, et s'expliquent par la diminution des consommations de tabac et d'alcool, principaux facteurs de risque de ces cancers. Chez la femme, ces tendances sont

observées pour le cancer du col de l'utérus et s'expliquent essentiellement par l'identification plus fréquente de lésions pré-invasives et de cancers à un stade précoce grâce à la pratique du dépistage par frottis cervico-utérin ;

- des cancers caractérisés par une augmentation de leur incidence et une baisse de leur mortalité en raison de l'amélioration des traitements, d'une meilleure détection (par exemple le cancer du sein) voire d'un sur-diagnostic. Cette situation concerne la majorité des localisations cancéreuses.

Survie nette à 5 et 10 ans par localisation cancéreuse

La survie des patients atteints d'un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2004 varie considérablement selon le cancer, de 1 % pour la survie nette à 10 ans des hommes atteints d'un mésothéliome pleural à 93 % pour le cancer du testicule. Elle varie de 5 % chez les femmes atteintes d'un cancer du pancréas à 92 % pour le cancer de la thyroïde (tableau 2). Les cancers de mauvais pronostic (survie nette à 10 ans < 33 %) représentent 40 % des cas de cancer chez l'homme et seulement 16 % chez la femme. Les cancers de bon pronostic (survie nette à 10 ans \geq 66 %) concentrent plus de la moitié des cas chez la femme et 28 % chez l'homme. Ces différences s'expliquent en grande partie par une fréquence plus élevée de cancers de très mauvais pronostic chez les hommes, notamment ceux associés au tabac et à l'alcool (cancers du poumon, œsophage, foie et dans une moindre mesure hypopharynx) alors que les femmes ont une incidence plus élevée de certains cancers de bon pronostic (cancers du sein et de la thyroïde). Tous sexes confondus, une amélioration de la survie nette à 5 ans des patients est observée entre les périodes de diagnostic 1989-1991 et 2001-2004, pour la plupart des cancers (graphique 3) en lien avec le développement de diagnostics plus précoces (grâce notamment aux dépistages organisés) et les progrès thérapeutiques.

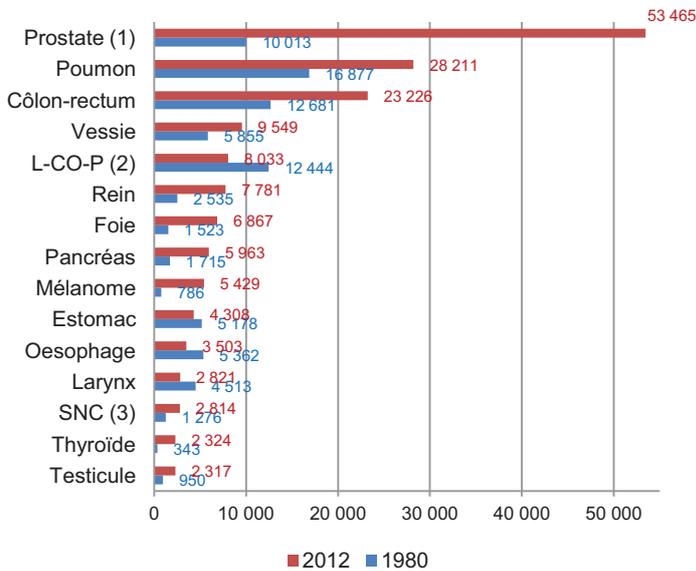
- **Organismes responsables de la production de la fiche : InVS et INCA**

SYNTHESE

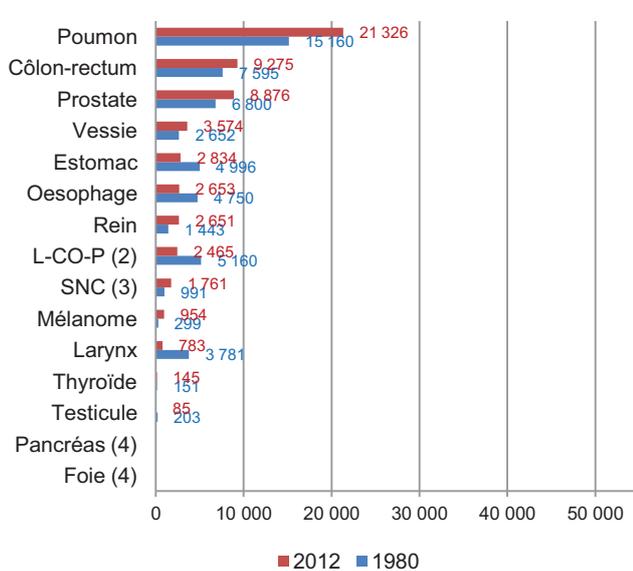
Les cancers - considérés dans leur ensemble - sont caractérisés par une augmentation de leur incidence et une diminution de leur mortalité sur la période 1980-2012. Cette évolution s'explique par l'amélioration des traitements et par l'effet combiné de la diminution d'incidence des cancers de mauvais pronostic et l'augmentation d'incidence des cancers de meilleur pronostic, cette augmentation étant liée, en partie, à des modifications des pratiques médicales qui entraînent des diagnostics plus précoces voire du sur-diagnostic. Cependant, pour la première fois, on observe depuis 2005 des changements d'évolution de l'incidence avec une diminution chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers de la prostate et du sein, cancers les plus fréquents. Par ailleurs, pour le cancer du poumon chez la femme, les évolutions, dominées par une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité, restent préoccupantes pour un cancer dont la survie n'évolue pas.

Graphique 1 : Estimation du nombre de nouveaux cas et de décès par tumeur solide en France métropolitaine, en 1980 et en 2012, chez l'homme et chez la femme

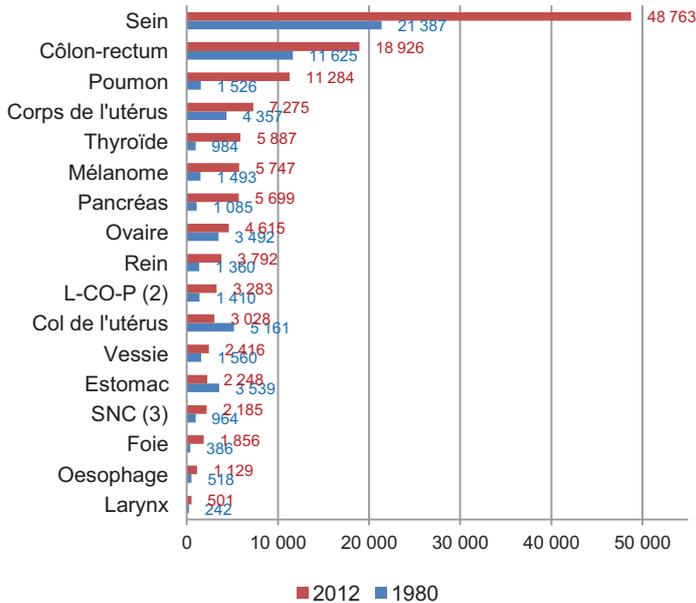
Homme - Nombre de nouveaux cas



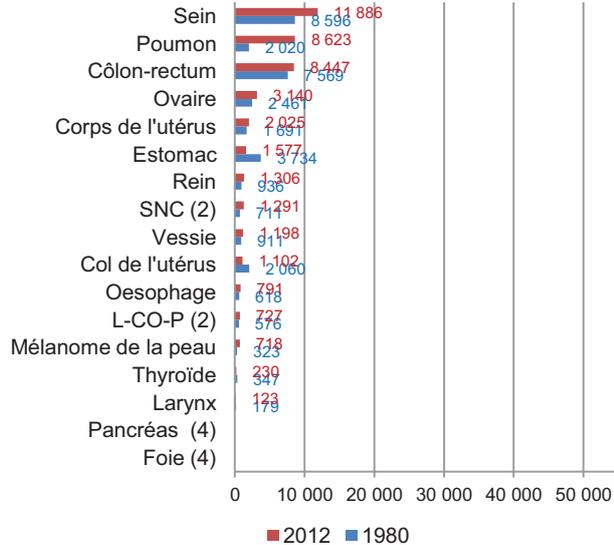
Homme - Nombre de décès



Femme - Nombre de nouveaux cas



Femme - Nombre de décès



(1) Pour le cancer de la prostate, l'estimation de l'incidence la plus récente concerne l'année 2009 et non la dernière année de la période d'étude (2012). En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est très « hasardeuse » pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures de l'incidence de ce cancer observées dans les registres des cancers sur la période la plus récente (forte baisse de 2005 à 2009, 2009 étant la dernière année disponible dans les registres lors de la réalisation des estimations).

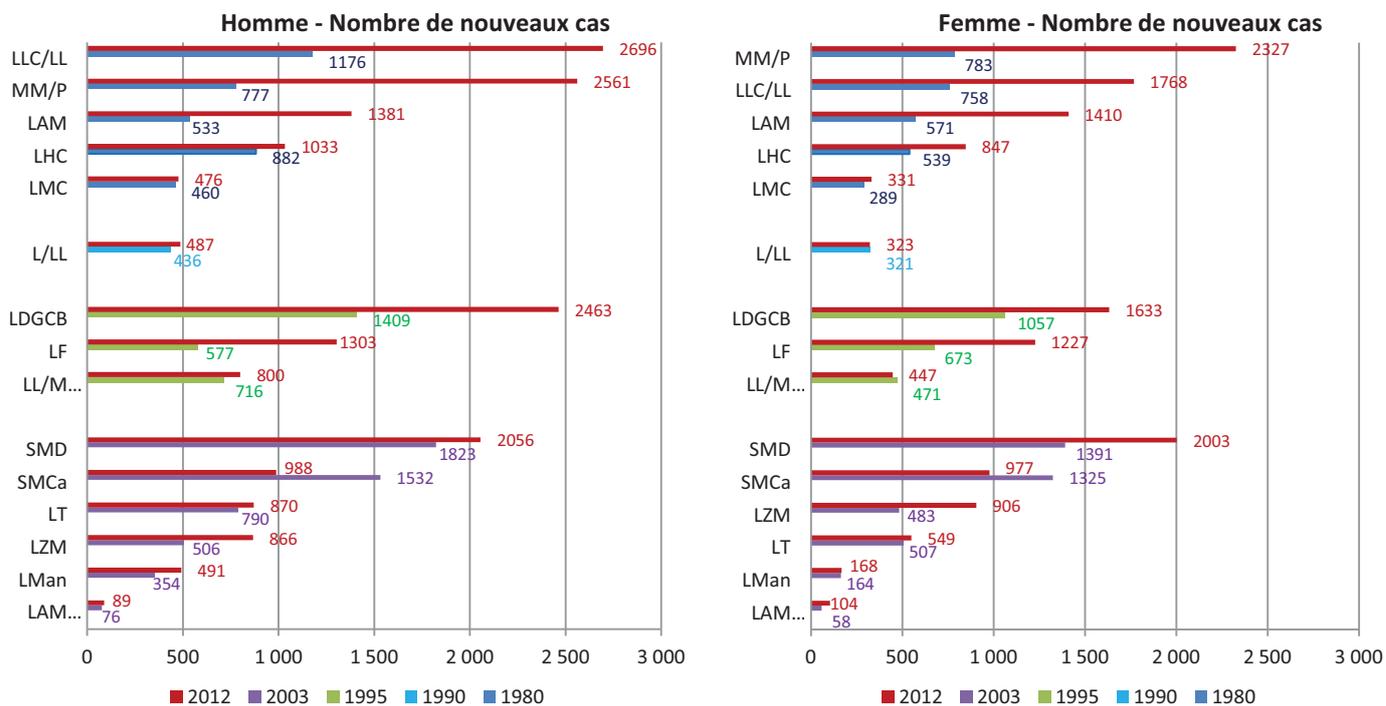
(2) L-CO-P : lèvre, cavité orale, pharynx

(3) SNC : système nerveux central

(4) Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

Source : Francim-HCL-INVS-INCa 2013

Graphique 2 : Estimation du nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes en France métropolitaine, en 1980 ou 1990 ou 1995 ou 2003 (1), et en 2012, chez l'homme et chez la femme



L/LL Leucémie / lymphome lymphoblastique à cellules (B, T ou Sans Autre Indication)

LAM Leucémies aiguës myéloïdes

LAMP Leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire

LDGCB Lymphome diffus à grandes cellules B

LF Lymphome folliculaire

LHC Lymphome de Hodgkin classique

LL/MdW Lymphome lymphoplasmocytaire / macroglobulinémie de Waldenström

LLC/LL Leucémie lymphoïde chronique / lymphome lymphocytaire

LMan Lymphome du manteau

LMC Leucémie myéloïde chronique

LT Lymphome T/NK à cellules matures

LZM Lymphome de la zone marginale

MM/P Myélome multiple & plasmocytome

SMCa Autres syndromes myéloprolifératifs chroniques

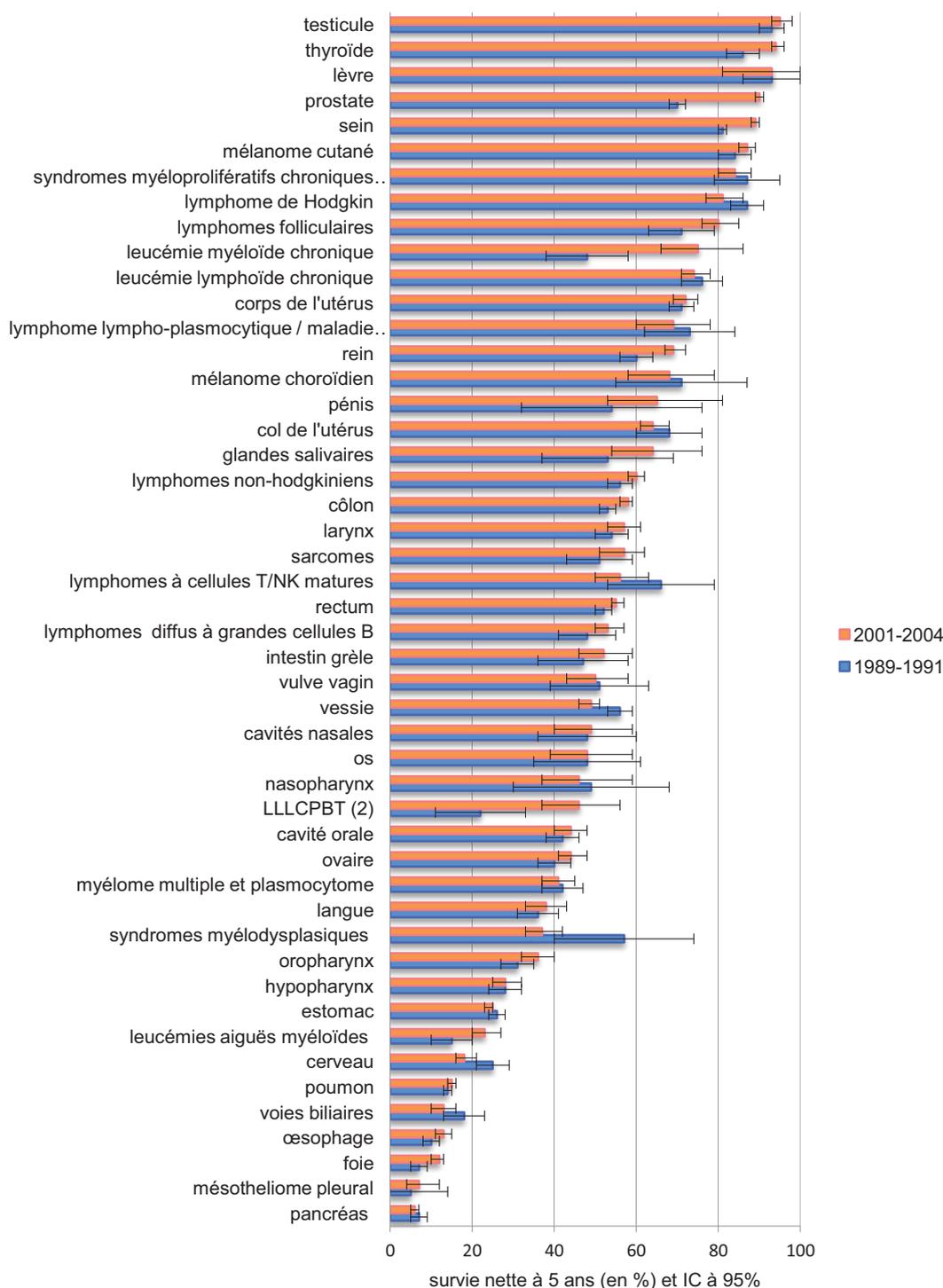
SMD Syndromes myélodysplasiques

(1) Pour chaque entité, une « période d'incidence utilisable » a été préalablement définie correspondant aux années pour lesquelles l'ensemble des registres du réseau Francim l'a recueillie de façon homogène. En conséquence, en fonction des entités, la date de début concerne une année différente.

(2) La leucémie aiguë myéloïde promyélocytaire fait partie des leucémies aiguës myéloïdes.

Source : Francim-HCL-InVS-INCa 2013

Graphique 3 : Survie nette à 5 ans (1) des personnes atteintes de cancer en France, selon deux périodes de diagnostic, 1989-1991 et 2001-2004 : estimations tous âges et tous sexes confondus accompagnées de leur intervalle de confiance à 95%



(1) Les données présentées ne sont pas standardisées car la survie nette standardisée n'a pas pu être estimée pour certaines localisations.

(2) LLCPBT : Lymphomes et leucémies lymphoblastiques à cellules précurseurs (B, T ou sans indication)

Lecture : La survie nette à 5 ans du cancer de la prostate est de 70% pour les cas diagnostiqués en 1990 (période 1989-1991). Pour ceux diagnostiqués en 2002 (période 2001-2004), elle est de 90%. L'interprétation de cette évolution doit toutefois être faite avec prudence, la survie nette présentée n'étant pas standardisée (1).

Source : Francim-HCL-InVS-INCa 2013

Tableau 1 : Taux d'incidence/mortalité standardisés (1) en 2012, tendances évolutives de ces taux entre 1980 et 2012 et sur la période récente 2005-2012, par sexe, en France métropolitaine

	Taux d'INCIDENCE standardisé (1)			Taux de MORTALITE standardisé (1)		
	Situation en 2012	Taux annuel moyen d'évolution sur :		Situation en 2012	Taux annuel moyen d'évolution sur :	
		l'ensemble de la période d'étude 1980-2012	la période récente 2005-2012		l'ensemble de la période d'étude 1980-2012	la période récente 2005-2012
HOMME						
Lèvre, cavité orale, pharynx	16,1	-2,8	-5,3	4,7	-3,7	-6,5
Oesophage	6,2	-3,0	-4,4	4,6	-3,4	-5,0
Estomac	7,0	-2,2	-2,2	4,4	-3,4	-2,8
Côlon-rectum	38,4	0,3	-0,3	13,3	-1,2	-1,5
Foie (2)	12,1	3,2	1,3			
Pancréas (2)	10,2	2,3	4,5			
Larynx	5,4	-2,9	-4,7	1,4	-6,4	-9,3
Poumon	51,7	0,1	-0,3	37,0	-0,5	-2,2
Mélanome de la peau	10,8	4,7	2,9	1,7	1,9	0,1
Prostate (3)	99,4			10,2	-1,5	-3,7
Testicule	7,2	2,4	1,6	0,2	-3,5	-2,6
Vessie	14,7	-0,4	-1,4	4,9	-1,1	-2,4
Rein	14,5	2,0	1,8	4,0	0,0	-1,2
Système nerveux central	6,3	1,1	0,4	3,6	0,4	-1,1
Thyroïde	5,5	5,2	5,4	0,2	-1,9	-2,7
Tous cancers (4)	362,6	0,8	-1,3	133,6	-1,5	-2,9
FEMME						
Lèvre, cavité orale, pharynx	5,6	1,5	1,1	1,0	-0,5	-2,2
Oesophage	1,5	1,1	1,1	0,9	-0,5	-1,1
Estomac	2,6	-2,6	-2,0	1,7	-3,8	-2,7
Côlon-rectum	23,7	0,1	-0,3	7,9	-1,4	-1,1
Foie (2)	2,4	3,5	3,0			
Pancréas (2)	6,9	3,9	5,4			
Larynx	0,9	1,1	0,5	0,2	-2,5	-4,5
Poumon	18,6	5,3	5,4	12,9	3,7	4,6
Mélanome de la peau	11,0	3,2	1,7	1,0	0,8	-1,8
Sein	88,0	1,4	-1,5	15,7	-0,6	-1,5
Col de l'utérus	6,7	-2,5	-1,2	1,8	-3,2	-2,0
Corps de l'utérus	10,8	0,1	0,3	2,2	-1,0	-0,6
Ovaire	7,6	-0,6	-1,2	3,8	-1,2	-3,3
Vessie	2,5	-0,4	0,9	1,0	-1,0	-0,9
Rein	5,8	1,7	1,4	1,4	-0,9	-2,1
Système nerveux central	4,2	0,9	0,2	2,2	0,4	-1,9
Thyroïde	13,8	5,1	2,7	0,2	-3,4	-4,2
Tous cancers (4)	252,0	1,1	0,2	73,2	-1,0	-1,4

(1) Taux standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale et exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

(3) Pour le cancer de la prostate, les estimations les plus récentes du nombre de nouveaux cas et du taux d'incidence portent sur l'année 2009 et non sur la dernière année de la période d'étude (2012). En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est très « hasardeuse » pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures de l'incidence de ce cancer observées dans les registres des cancers sur la période la plus récente (forte baisse de 2005 à 2009, 2009 étant la dernière année disponible dans les registres lors de la réalisation des estimations).

(4) L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation (sauf pour le cancer de la prostate pour lequel une estimation 2012 a été calculée sur la base d'une hypothèse de stabilité du taux d'incidence entre 2009 et 2012) à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémopathies malignes (définies selon Belot 2008 et non selon la classification la plus récente utilisée pour les estimations d'incidence et de survie) et pour les Autres localisations de cancers.

Source : Francim-HCL-InVS-INCa 2013

Tableau 2 : Survie nette à 10 ans des personnes atteintes de cancer en France, selon le sexe et la localisation de cancer, période 1989-2007

HOMME	FEMME
Cancers de mauvais pronostic : survie nette à 10 ans inférieure à 33%	
Mésothéliome de la plèvre (1%), Foie (4%), Pancréas (4%), Œsophage (7%), Poumon (9%), Système nerveux central (12%), Hypopharynx (15%), Leucémies aiguës myéloïdes (15%), Syndromes myélodysplasiques (16%), Voies biliaires (16%), Estomac (19%), Langue (20%), Oropharynx (20%), Myélome multiple & plasmocytome (21%), Cavité orale (25%), Lymphomes/leucémies lymphoblastiques à cellules précurseurs (B, T ou SAI) (31%)	Pancréas (5%), Foie (6%), Mésothéliome de la plèvre (6%), Œsophage (9%), Poumon (12%), Voies biliaires (14%), Système nerveux central (15%), Leucémies aiguës myéloïdes (18%), Hypopharynx (19%), Estomac (20%), Myélome multiple & plasmocytome (20%), Syndromes myélodysplasiques (27%), Cavités nasales* (28%), Lymphomes/leucémies lymphoblastiques à cellules précurseurs (B, T ou SAI) (31%), Oropharynx (32%), Ovaire (32%)
Cancers avec une survie nette à 10 ans comprise entre 33% et 65%	
Leucémie myéloïde chronique (35%), Nasopharynx (38%), Cavités nasales* (39%), Larynx (40%), Os, articulations et cartilages articulaires (40%), Lymphome diffus à grandes cellules B (41%), Intestin grêle (42%), Vessie (43%), Lymphome lymphoplasmocytaire/Maladie de Waldenström (44%), Rectum (46%), Glandes salivaires (47%), Côlon-rectum (48%), Côlon (50%), Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire (52%), Lymphome T/NK à cellules matures (52%), Sarcomes des tissus mous (53%), Rein (54%), Pénis (56%), Autres syndromes myéloprolifératifs chroniques (62%), Mélanome de l'uvée (63%), Lymphomes folliculaires (65%)	Intestin grêle (34%), Langue (34%), Vulve et vagin (35%), Leucémie myéloïde chronique (38%), Lymphome diffus à grandes cellules B (38%), Cavité orale (40%), Vessie (40%), Lymphome lymphoplasmocytaire/Maladie de Waldenström (47%), Sarcomes des tissus mous (47%), Nasopharynx (48%), Larynx (50%), Rectum (51%), Côlon (52%), Côlon-rectum (52%), Os, articulations et cartilages articulaires (54%), Lymphomes folliculaires (58%), Rein (58%), Col utérin (59%), Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire (59%), Lymphome T/NK à cellules matures (59%), Glandes salivaires (61%), Mélanome de l'uvée (62%)
Cancers de bon pronostic : survie nette à 10 ans supérieure ou égale à 66%	
Prostate (70%), Lymphome de Hodgkin (73%), Mélanome de la peau (76%), Thyroïde (81%), Lèvre (88%), Testicule (93%)	Autres syndromes myéloprolifératifs chroniques (67%), Corps utérin (68%), Sein (76%), Lymphome de Hodgkin (81%), Mélanome de la peau (83%), Lèvre (89%), Thyroïde (92%)

* Cavités nasales : fosses nasales, sinus annexes de la face, oreille moyenne et interne

Lecture : La survie nette à 10 ans du mésothéliome de la plèvre est de 1% chez l'homme et de 6% chez la femme.

Source : Francim-HCL-InVS-INCa 2013

INDICATEURS : Estimations nationales et tendances du nombre de nouveaux cas et du taux standardisé d'incidence des tumeurs solides

CHAMP : 19 localisations de tumeurs solides invasives (15 pour les hommes et 17 pour les femmes) codées selon la Cim-O-3 entre 1980 et 2012 ; France métropolitaine

SOURCE : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données :

- de la base commune Francim des Registres des cancers : nouveaux cas de cancer enregistrés sur la période 1975-2009 par 21 registres ayant au moins cinq années d'enregistrement (11 registres généraux des cancers et 10 registres spécialisés) soit 925 242 cas incidents

- du CépiDC : tous les décès par cancer survenus en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009

- de l'Insee : données de population pour chaque département et pour chaque année depuis 1975 (estimations localisées de population jusqu'en 2008, projections Omphales-scénario central à partir de 2009)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

- Nombre de nouveaux cas : le principe pour obtenir l'incidence nationale repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport (moyen) incidence/mortalité de la France métropolitaine. L'incidence nationale est alors obtenue en multipliant le rapport incidence/mortalité observé dans la zone registre par la mortalité France métropolitaine.

- Taux standardisé d'incidence :

Numérateur : estimations nationales du nombre de nouveaux cas de tumeurs solides

Dénominateur : données des personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'Insee

Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale.

LIMITES D'INTERPRÉTATION :

- Les cancers de la peau autres que les mélanomes n'apparaissent pas en raison de la non-exhaustivité de leur enregistrement.

- La localisation Plèvre n'a pas été analysée, les données d'incidence pour le mésothéliome pleural relevant du Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM).

- Seules les tumeurs invasives du système nerveux central ont été analysées, l'enregistrement des non invasives n'était en effet pas homogène selon les registres sur la période étudiée.

- Pour le cancer de la prostate, le nombre de nouveaux cas estimés porte sur la période 1980-2009, c'est-à-dire la période pour laquelle les données ont été observées dans les registres des cancers, et non sur la période d'étude (1980-2012). En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est très « hasardeuse » pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures de l'incidence de ce cancer observées sur la période la plus récente (forte baisse de 2005 à 2009, 2009 étant la dernière année disponible dans les registres lors de la réalisation des estimations).

- Comparaison avec les résultats de l'étude précédente sur la période 1980-2005 : pour certaines localisations, les estimations de l'incidence sur la période 1980-2005 sont sensiblement différentes des estimations obtenues lors de l'étude précédente pour la même période (Belot 2008). Ces différences sont dues notamment au fait que les dernières estimations reposent sur une plus grande période d'observation des données dans les registres (6 années supplémentaires).

RÉFÉRENCES :

- Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides, Institut de veille sanitaire.

- Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A.-S., Remontet L., and the French network of cancer registries (Francim), 2014, "Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period:solid tumors", Rev Epidemiol Santé Publique, <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.073>.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS/INCA

INDICATEURS : Estimations nationales et tendances du nombre de nouveaux cas et du taux standardisé d'incidence des hémopathies malignes

CHAMP : Quinze entités d'hémopathies malignes de morphologie différente, définies selon la Cim-O-3 et regroupées selon les recommandations du consortium Interlymph pour les hémopathies lymphoïdes, France métropolitaine

PÉRIODE : Différente selon l'hémopathie maligne considérée (1980-2012 ou 1990-2012 ou 1995-2012 ou 2003-2012)

SOURCE : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données :

- de la base commune Francim des Registres des cancers : nouveaux cas de cancer enregistrés par 14 registres ayant au moins cinq années d'enregistrement (11 registres généraux des cancers et 3 registres spécialisés)

- de l'Insee : données de population pour chaque département et pour chaque année depuis 1975 (estimations localisées de population jusqu'en 2008, projections Omphales-scénario central à partir de 2009)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

- Nombre de nouveaux cas : Le rapport incidence/mortalité utilisé classiquement pour fournir des estimations nationales d'incidence n'étant pas disponible pour chacune des hémopathies malignes ainsi définies (le codage des données de mortalité ne permettant pas de distinguer aussi précisément les hémopathies malignes), l'incidence nationale par sexe, par âge et par année, est estimée directement à partir d'une modélisation de l'incidence de la « zone registre » (ensemble des départements couverts par un registre des cancers). Les taux d'incidence estimés sur la zone registre sont ensuite appliqués aux personnes-années de la France en 2012 pour obtenir une estimation du nombre de cas incidents en France en 2012, l'hypothèse sous-jacente étant que la zone registre est représentative de la France pour ce qui est de l'incidence des hémopathies malignes.

- Taux standardisé d'incidence :

Numérateur : estimations nationales du nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes

Dénominateur : données des personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'Insee

Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale.

LIMITES D'INTERPRÉTATION :

- La définition des entités d'hémopathies malignes est différente de celle utilisée dans les études précédentes, ce qui rend impossible toute comparaison.

- Pour chaque entité, une « période d'incidence utilisable » a été préalablement définie, correspondant aux années pour lesquelles l'ensemble des registres du réseau Francim l'a recueillie de façon homogène. En conséquence, en fonction des entités, l'estimation de la tendance porte sur des périodes de longueur différente.

RÉFÉRENCE : Monnereau A., Remontet L., Maynadié M., Binder-Foucard F., Belot A., Troussard X., Bossard N., 2013, *Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 - Hémopathies malignes*, Institut de veille sanitaire.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS/INCA

INDICATEURS : Estimations nationales et tendances du nombre de décès et du taux standardisé de mortalité pour les tumeurs solides

CHAMP : 19 localisations de tumeurs solides invasives (15 pour les hommes et 17 pour les femmes) codées selon la Cim-O-3, France métropolitaine.

PÉRIODE : 1980-2012

SOURCE : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données :

- du CépiDC : tous les décès par cancer survenus en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009

- de l'Insee : données de population pour chaque département et pour chaque année depuis 1975 (estimations localisées de population jusqu'en 2008, projections Omphales-scénario central à partir de 2009)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

- Nombre de décès : Modélisation de la mortalité selon un modèle âge-période-cohorte

- Taux standardisé de mortalité :

Numérateur : estimations nationales du nombre de décès par tumeur solide

Dénominateur : données des personnes-années fournies par le service de biostatistique des HCL à partir des populations de l'Insee

Les taux obtenus sont standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale.

LIMITES D'INTERPRÉTATION :

- Pour le col de l'utérus et le corps de l'utérus, compte tenu du nombre élevé de décès par cancer de l'utérus sans autre indication du site anatomique (col ou corps), les taux de mortalité ont été ré-estimés selon une méthodologie (Rogel 2011) reposant sur le calcul d'une proportion de décès attribuable au col et au corps de l'utérus parmi l'ensemble des décès dus au cancer de l'utérus, et obtenue à partir de la modélisation de l'incidence et de la survie observées dans les registres.

- Pour les cancers du foie et du pancréas, les données de mortalité ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité des données de mortalité par rapport aux autres localisations.

RÉFÉRENCES :

Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A.-S., Bossard N., 2013, Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides, Institut de veille sanitaire.

Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A.-S., Remontet L., and the French network of cancer registries (Francim), 2014, "Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period:solid tumors", Rev Epidemiol Santé Publique, <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.073>.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS/INCA

INDICATEUR : Survie nette à 5 et 10 ans par localisation cancéreuse

CHAMP : Les résultats de survie présentés sont issus d'une étude publiée en 2013 portant sur la survie des personnes atteintes de cancer en France. Elle repose sur tous les nouveaux diagnostics de cancer chez les patients âgés de plus de 15 ans sur la période 1989-2004 dans 12 départements soit 427 000 cas. Une mise à jour de leur statut vital a été effectuée au 1er janvier 2008. Quarante-sept localisations de cancer (codées selon la Cim-O-3) ont été étudiées.

Pour cette étude, une nouvelle méthode d'estimation de la survie nette a été utilisée : l'estimateur de Pohar-Perme. La survie nette est définie comme la survie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer étudié. Elle permet des comparaisons de survie par cancer car elle élimine les variations liées aux autres causes de décès. Elle permet ainsi de comparer l'efficacité des systèmes de soins des différents pays dans la lutte contre le cancer, ce qui n'est pas le cas avec la survie brute. De même, elle permet de comparer la survie entre deux périodes d'étude car elle élimine les variations liées aux autres causes de décès entre ces périodes. Elle fournit ainsi des estimations non biaisées de survie, plus proches de la réalité que les méthodes classiques basées sur la survie relative (Eurocare). Cette nouvelle méthode, validée par la communauté scientifique internationale, constitue dorénavant la référence dans le domaine et la France est le premier pays à l'utiliser.

SOURCE : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCa à partir des données des Registres de cancer et du RNIPP :

- Pour les cas de cancer : les registres de cancer (coordination Francim) qui réalisent un recueil exhaustif et multisources des nouveaux cas de cancer, sur base géographique dans 12 départements couverts par un registre

- Pour le statut vital : certificats de décès auprès de l'Insee (après consultation du Répertoire national d'identification des personnes physiques) et des mairies, enregistrement du décès par la caisse d'Assurance maladie dans les dossiers médicaux

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

Numérateur : Nombre de personnes toujours en vie au temps t après le diagnostic de cancer (t0) de la localisation étudiée, sous l'hypothèse qu'elles ne pourraient mourir que de leur cancer

Dénominateur : Nombre de personnes diagnostiquées pour le cancer de la localisation étudiée au temps (t0)

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Si la survie nette a un intérêt épidémiologique indéniable en permettant les comparaisons entre différents pays ou entre différentes périodes, elle ne doit pas, évidemment, être interprétée pour un pronostic individuel. En effet, comme indiqué plus haut, sa méthode d'estimation fait l'hypothèse que le cancer serait la seule cause de décès possible, ce qui ne correspond pas à la réalité pour un individu. Il n'est pas recommandé de comparer les résultats de cette étude à ceux de la première étude française de survie (2007), pour laquelle une autre méthode avait été utilisée.

BIAIS CONNUS : Le recueil de données n'est réalisé que sur la zone couverte par les registres de cancers donc ne permet pas une déclinaison régionale. Les résultats sont fournis « tous stades confondus ».

RÉFÉRENCES :

- Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana Cerf N., Bossard N., 2013, Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007, Institut de veille sanitaire.

- Roche L., Danieli C., Belot A., Grosclaude P., Bouvier A.M., Velten M., et al, 2012, "Cancer net survival on registry data: use of the new unbiased Pohar-Perme estimator and magnitude of the bias with the classical methods", Int J Cancer, doi:10.1002/ijc.27830.

- Monnereau A., Troussard X., Belot A., Buémi A., Woronoff A.S., Bara S., et al, 2012, "Unbiased estimates of long-term net survival of haematological malignancy patients detailed by major subtypes in France", Int J Cancer, doi:10.1002/ijc.27889.

- Jooste V., Grosclaude P., Remontet L., Launoy G., Baldi I., Molinié F., et al, 2012, « Unbiased estimates of long-term net survival of solid cancers in France », Int J Cancer, doi:10.1002/ijc.27857

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS/INCA

CANCER

Cancer du sein

- **Contexte**

Avec près de 48 800 nouveaux cas estimés pour l'année 2012 et 11 900 décès, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme. L'incidence du cancer du sein a augmenté entre 1980 et 2000, puis a baissé depuis 2005. Le taux d'incidence standardisé a augmenté de 1,4 % en moyenne par an entre 1980 et 2012, mais on observe une diminution de 1,5 % par an sur la période 2005-2012 (56,3 cas en 1980 pour 100 000 personnes-années, 97,8 cas en 2005 et 88,0 cas en 2012). Durant la période 1980-2012, le taux de mortalité standardisé a diminué de 0,6 % en moyenne par an, et de 1,5 % par an entre 2005 et 2012 (pour 100 000 personnes-années, on avait 19,2 cas en 1980, 17,5 cas en 2005 et 15,7 cas en 2012).

Le cancer du sein est un cancer de très bon pronostic, et le diagnostic à un stade de plus en plus précoce en améliore la survie. Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place alors que la pratique des mammographies dites de dépistage individuel s'est développée. Le taux de participation de la population concernée est un facteur de qualité important du dépistage organisé du cancer du sein. Toutefois, les données des structures de gestion du dépistage organisé du cancer du sein montrent d'importantes disparités, notamment territoriales. Celles-ci peuvent s'expliquer, soit par des réticences individuelles ou culturelles aux pratiques de dépistage, soit par des inégalités d'accès au système de soins.

- **Indicateurs**

Taux de participation au programme de dépistage organisé

Le taux de participation au programme organisé est calculé tous les ans. En 2013, le taux de participation France entière est de 51,6 %, soit près de 2 500 000 femmes dépistées au cours de l'année. Après une progression de 2004 jusqu'en 2008 (passant de 40,2 % à 52,5 %), il a atteint un plateau en 2009 et 2010 autour de 52 %. Au cours de la période 2012-2013, durant laquelle l'ensemble de la population cible a été invitée à réaliser une mammographie de dépistage, plus de 4,9 millions de femmes ont été dépistées.

Depuis 2008, on observe une stabilité des taux de participation des classes d'âge les plus jeunes, soit les femmes de 50 à 64 ans (graphique 1). Pour celles de 65 à 69 ans et, dans une moindre mesure, celles de 70 à 74 ans, le taux de participation était en progression entre 2010-2011 et 2011-2012, mais semble fléchir sur la dernière période 2012-2013. Depuis 2011-2012, la participation des femmes de 65-69 ans dépasse désormais celle des femmes de 60-64 ans. Quelle que soit la période, la participation la plus faible reste celle des plus de 69 ans, alors que l'incidence du cancer du sein reste très élevée à cet âge.

La participation au dépistage organisé est variable selon les régions et selon les départements. Certaines régions présentent pour la période 2012-2013 des taux de participation supérieurs à 60 % (Pays-de-la-Loire, Limousin, Bretagne, Centre) tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45 % (Corse, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Pour la même période, seul le département d'Indre-et-Loire a atteint l'objectif du Plan cancer avec un taux de participation compris entre 65 et 70 %. 19 départements se situent entre 60 et 65 % de participation sur ces deux ans. Le département de Paris se caractérise par le taux de participation au dépistage organisé le plus faible (26,7 %).

Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme organisé selon le stade au moment du dépistage

Le taux de détection de cancers et les pourcentages de cancers de bon pronostic, c'est-à-dire les cancers in situ, les cancers invasifs de moins de 10 mm et les cancers invasifs sans

envahissement ganglionnaire, sont des indicateurs précoces d'efficacité du programme de dépistage.

Le taux de détection des cancers en 2010 est de 6,4 cancers pour 1 000 femmes dépistées. Parmi les cancers détectés en 2010, 15,2 % étaient des cancers in situ. Parmi les cancers invasifs, 38,2 % avaient une taille inférieure ou égale à 10 mm et 76 % n'avaient pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages sont cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage (tableau 1).

Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes

Le taux de couverture par mammographie est estimé par le Baromètre santé 2010 de l'Inpes, grande enquête nationale déclarative sur la santé. Les résultats montrent que le taux de couverture pour une mammographie au cours de la vie est très élevé puisqu'il est de 94 %. La part des femmes déclarant avoir effectué une mammographie au cours des deux années précédentes est également importante puisqu'elle est proche de 80 % pour chacune des tranches d'âge entre 50 et 74 ans. La tranche d'âge 70-74 ans semble atteindre maintenant un niveau similaire aux autres, en raison notamment de la généralisation du dépistage depuis plusieurs années (graphique 2).

Selon ces enquêtes déclaratives en population générale, il existe des disparités socioéconomiques. En 2010, d'après le Baromètre santé, 76 % des femmes de 50 à 74 ans sans diplôme ont déclaré avoir effectué une mammographie dans les deux ans, contre 84 % des femmes ayant un niveau d'études supérieur ou égal au bac. De même, 76 % des femmes ayant des revenus inférieurs à 1 100 euros mensuels (revenus nets du ménage par unité de consommation) ont déclaré avoir pratiqué une mammographie dans les deux dernières années, contre 86 % de celles vivant dans un ménage ayant des revenus d'au moins 1 800 euros par mois.

Taux de couverture du dépistage (organisé ou spontané) du cancer du sein

Selon les données de remboursement de l'assurance maladie issues de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), 63,1 % des femmes de 50 à 74 ans ont eu au moins une mammographie au cours des deux années 2008-2009 (graphique 3). Ce taux a augmenté régulièrement depuis la généralisation du dépistage organisé. Ces données sont difficiles à interpréter pour mesurer le taux de couverture par le dépistage. En effet, d'un côté, elles le surestiment car elles incluent, en plus du dépistage organisé et du dépistage individuel, des mammographies de diagnostic et de suivi pour pathologie bénigne, de l'autre, elles le sous-estiment car elles ne comportent pas les actes réalisés dans les hôpitaux publics ou dans les hôpitaux privés participant au service public hospitalier, alors que le dénominateur comprend toutes les femmes affiliées.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

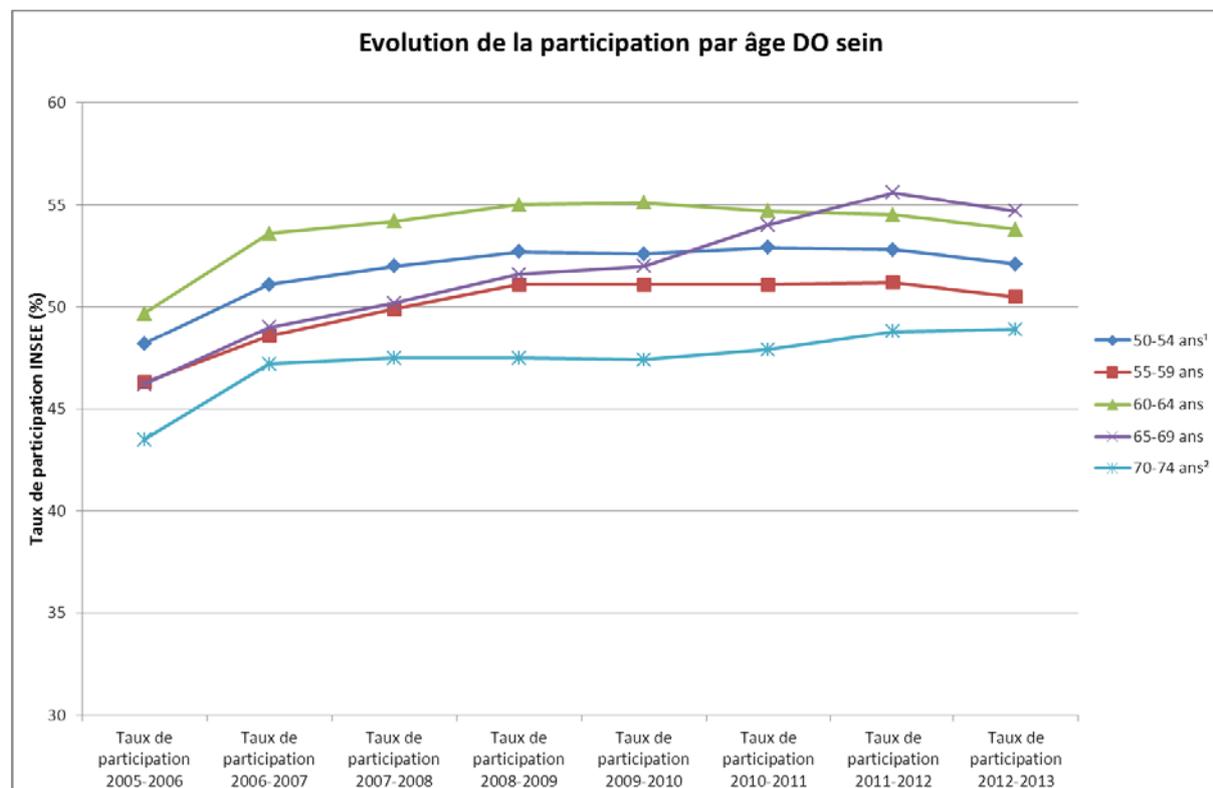
SYNTHESE

La généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été effective début 2004. Les données sur les stades des cancers dans le cadre du dépistage montrent des taux de cancers de bon pronostic satisfaisants au regard des références européennes. Le taux de participation au programme de dépistage stagne depuis 2008. Calculé sur l'ensemble des départements, il est de 51,6 % en 2013. Au dépistage organisé s'ajoute le dépistage dit spontané. En 2010, d'après le Baromètre Santé 94 % des femmes de 50 à 74 ans ont déclaré avoir effectué une mammographie au cours de leur vie. La proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans est plus faible, mais reste importante car elle est d'environ 80 %, avec peu d'écart entre les classes d'âge.

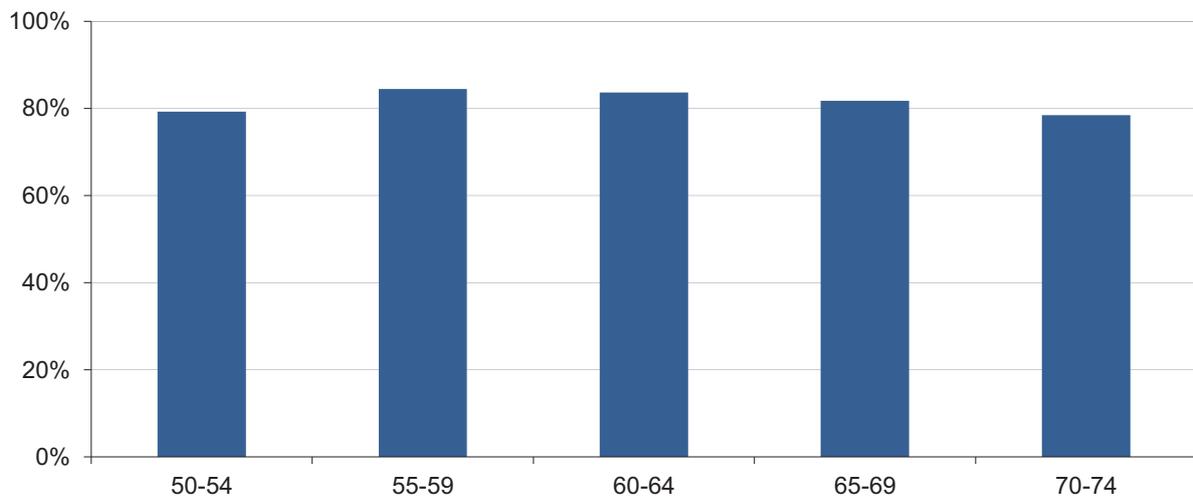
Dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible. Cependant

La généralisation du dépistage en 2004 a l'objectif d'atteindre l'équité dans l'accès au dépistage.

Graphique 1 : Évolution de la participation par âge dans le programme de dépistage organisé, chez les femmes de 50 à 74 ans



Graphique 2 : Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes



Graphique 3 : Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein (Estimation pour 2008-2009 : taux de femmes de 50 à 74 ans ayant eu au moins une mammographie dans les deux ans dans l'EGB)

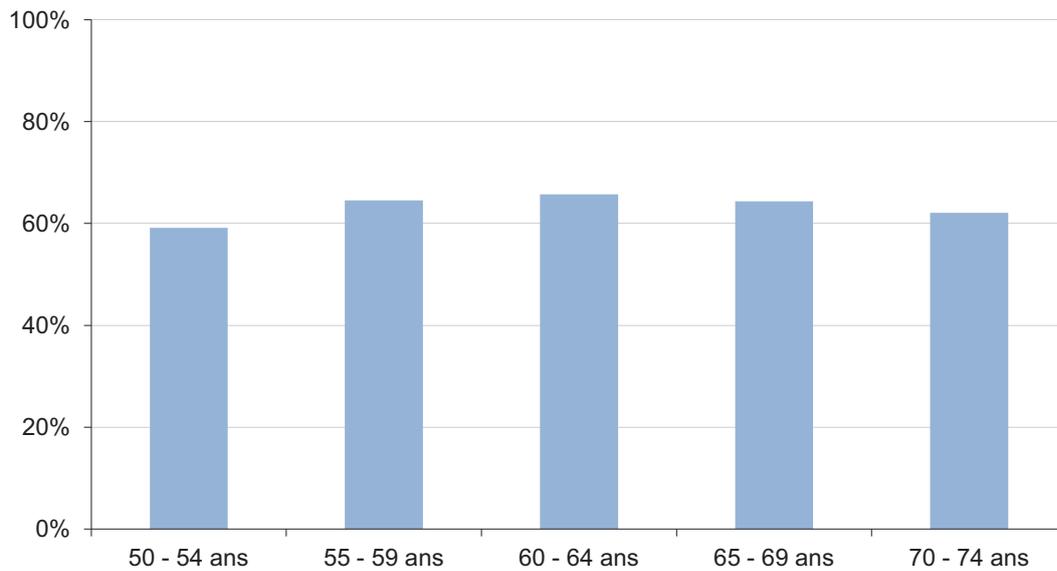


Tableau 1 : Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme organisé selon le stade au moment du dépistage en 2010

	Année 2010	Ref. Européennes 2006
Nombre de cancers dépistés		
Taux de cancers pour 1000 femmes dépistées	6,4	≥5%
Nombre cancers canaux in situ	1790	
% cancers canaux in situ parmi les cancers dépistés	15,2	≥10%
Nombre de cancers invasifs	9 686	
% cancers invasifs ≤ 10mm parmi les cancers invasifs de taille connue	38,2	≥25%
% de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	76,0	> 70%
% de cancers invasifs ≤ 10mm sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	33,6	ND

* Dans 98 départements pour lesquels les données sur les cancers dépistés étaient disponibles.
 ND : non disponible

INDICATEUR : Taux de participation au programme de dépistage organisé
CHAMP : France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans résidant en France (métropole et DOM)
SOURCES : Structures départementales de gestion du programme du dépistage ; base nationale InVS
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur correspond au nombre de cancers dépistés pour chaque stade ; le dénominateur correspond à la moitié du nombre moyen sur deux années, de femmes de 50 à 74 ans selon les projections INSEE
ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Répartition du nombre de cancers dépistés par le programme organisé selon le stade au moment du dépistage
CHAMP : France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans résidant en France (métropole et DOM)
SOURCES : Structures départementales de gestion du programme de dépistage ; base nationale InVS
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur correspond au nombre de cancers dépistés pour chaque stade; le dénominateur correspond au nombre de cancers dépistés dont le stade est connu
ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes

CHAMP : Femmes de 50 à 74 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine

SOURCE : Baromètre santé 2010, Inpes

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage dans les deux années précédentes ; le dénominateur est le nombre de femmes de 50 à 74 ans enquêtées

LIMITES D'INTERPRÉTATION : La population de ces enquêtes correspond à des « ménages ordinaires » c'est-à-dire hors institution.

BIAIS CONNUS : Les biais inhérents aux enquêtes déclaratives : oublis, erreurs d'appréciation de l'ancienneté, sur-déclaration

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux de couverture du dépistage (spontané ou organisé) du cancer du sein

CHAMP : France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales à la CnamTS (hors sections locales mutualistes) et appartenant à l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (EGB)

SOURCE : L'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie généraliste des bénéficiaires. Cet échantillon permet de réaliser des études et de reconstituer l'ensemble du parcours de soins des patients sur une longue période, en ville ou à l'hôpital. Il n'est représentatif qu'au niveau national et ne permet pas des études régionales ou départementales.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant une mammographie de dépistage enregistrée dans les deux années précédentes. Le dénominateur est le nombre de femmes de 50 à 74 ans de l'échantillon pour la même période (population de référence de l'EGB)

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Surestimation : la codification des mammographies n'est pas optimale pour distinguer le type (dépistage ou contrôle). Les femmes en ALD ont été retirées de l'échantillon.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

CANCER

Dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR)

- **Contexte**

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent en France, avec plus de 42 000 nouveaux cas par an, et la seconde cause de mortalité par cancer, responsable d'environ 17 700 décès en 2012. Son pronostic dépend largement du stade au diagnostic. Il reste en effet un cancer qui peut, en partie, être prévenu grâce à un dépistage précoce des lésions précancéreuses. Le dépistage revêt, par conséquent, un intérêt majeur dans le cadre d'une action de santé publique visant à réduire l'ampleur de cette maladie. En France, le programme national de dépistage organisé du CCR a été généralisé en 2008-2009 dans 46 départements, puis s'est progressivement déployé pour couvrir actuellement l'ensemble du territoire (à l'exception de Mayotte). Il propose un test de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer, suivi en cas de résultat positif d'une coloscopie.

- **Indicateurs**

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal

Sur la période 2012-2013, la participation était de 31 % (- 3,4 % par rapport à la période 2010-2011). Elle reste inférieure à l'objectif européen minimal acceptable de 45 %, loin derrière le taux souhaitable de 65 %. Elle augmente avec l'âge et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (33 % contre 29 %, respectivement) (tableau 1). Chez les femmes, le taux de participation passe de 30 % pour la tranche d'âge de 50-54 ans à près de 37 % aux âges de 60-69 et 70-74 ans, alors que chez les hommes, il est de 25-26 % pour les tranches d'âge de 50-54 ans et 55-59 ans, et rejoint presque le taux de participation des femmes du même âge à 70-74 ans. La participation varie considérablement selon les départements et régions, de 7 % en Corse à 47 % et 51 % dans le Haut-Rhin et la Saône-et-Loire (carte 1). Les taux sont bas en Guyane (17,3 %), à La Réunion (22,7 %) et en Île-de-France (23,9 %).

Taux de personnes avec un test de dépistage positif

Près de 5 millions de tests ont été réalisés en 2012-2013 dont 105 241 se sont révélés positifs, avec un taux de positivité conforme à l'attendu (2,2 %). Le taux de positivité est plus élevé chez les hommes (2,5 %) que chez les femmes (1,9 %), et augmente avec l'âge (tableau 1). On note de grandes disparités départementales, avec des valeurs comprises entre 1 % pour la Martinique et 5,3 % pour la Guyane et l'Hérault (carte 2). Le taux de tests positifs passe de 2,6 % à 2,2 % soit une diminution de 15,4 % par rapport à la précédente campagne (2010-2011). Cette diminution est observée dans huit départements sur dix, elle est particulièrement marquée dans les départements de la Martinique (-41 %) et l'Allier (-50 %). La diminution du taux de tests positifs est cohérente avec la répétition des campagnes de dépistage qui permettent d'identifier et d'exclure de la population cible du dépistage les personnes présentant des lésions colorectales précancéreuses ou cancéreuses, et de les orienter vers un suivi plus spécifique par leur médecin.

Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif

Le niveau de réalisation de la coloscopie suite à un test positif est de 87 %, supérieur au niveau minimal européen recommandé (85 %) et assez proche du niveau souhaitable (90 %), avec de grandes disparités départementales (carte 3).

Taux d'adénomes avancés détectés

Un adénome avancé était détecté chez 4 personnes pour 1 000 dépistées. Le taux de détection augmente avec l'âge (Tableau 1). Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (5,9 ‰ vs 2,5 ‰).

Taux de cancers détectés

Le taux de détection est de 1,5 pour 1 000 personnes dépistées, avec de fortes disparités selon l'âge, le sexe (tableau 1), les départements (carte 4) et le rang du dépistage. Chez les femmes, il est de 1,1 ‰ lors d'un premier dépistage et de 0,9 ‰ lors d'un dépistage subséquent alors que chez les hommes, il est respectivement de 2,4 ‰ et 2,0 ‰, soit 2 fois plus.

Stades au diagnostic des adénocarcinomes dépistés

Sur la période 2010-2011, un total de 3 949 adénocarcinomes colorectaux de stade connu (In situ : 27 % vs invasifs : 73 %) ont été dépistés. Trente-neuf pour cent (39,0 %) des adénocarcinomes invasifs étaient de stade I, 26,2 % de stade II, 23,4 % de stade III et 11,4 % de stade IV. Comme attendu, les stades I et II, les moins avancés, étaient plus fréquemment dépistés lors d'un dépistage subséquent que lors d'un premier dépistage (68 % vs 63 %) alors que les stades III et IV l'étaient moins souvent (32 % vs 37 %, respectivement).

Proportion d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé un test Hémocult® dans les deux dernières années

Quarante-cinq pour cent (44.6 %) des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Baromètre cancer 2010 ont déclaré avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles dans les deux dernières années. L'âge élevé, ainsi qu'un niveau revenu élevé sont indépendamment associés à la pratique du dépistage (tableau 2).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

Cinq ans après la généralisation du programme à l'ensemble du territoire, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal demeure largement insuffisante (31 %). Le taux de positivité reste conforme à l'attendu (2,2 %). Un adénome avancé a été détecté chez 4 personnes pour 1 000 dépistées, un cancer a été diagnostiqué chez 2 personnes pour 1 000 dépistées. Comme attendu, les cancers dépistés lors d'un dépistage subséquent sont plus souvent diagnostiqués à des stades moins avancés (stade I et II) que les cancers diagnostiqués lors d'un premier dépistage.

Tableau 1: Indicateurs de participation et de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal

Indicateurs	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Taux de participation, %			
50-54 ans	28,1	26,5	29,7
55-59 ans	27,3	25,0	29,6
60-64 ans	32,0	29,5	34,4
65-69 ans	35,5	33,7	37,1
70-74 ans	36,2	35,8	36,5
Total tous âges [†]	31,0	29,1	32,8
Taux de tests positifs, %			
50-54 ans	1,8	2,1	1,6
55-59 ans	2,0	2,4	1,7
60-64 ans	2,2	2,6	1,9
65-69 ans	2,4	2,7	2,1
70-74 ans	2,7	3,1	2,4
Total tous âges [†]	2,2	2,5	1,9
Taux d'adénomes avancés dépistés, ‰			
50-54 ans	2,8	4,1	1,7
55-59 ans	3,5	5,4	2,0
60-64 ans	4,3	6,4	2,6
65-69 ans	4,9	7,2	3,0
70-74 ans	5,5	7,9	3,6
Total tous âges [†]	4,0	5,9	2,5
Taux de cancers détectés, ‰			
50-54 ans	0,7	0,9	0,5
55-59 ans	1,2	1,6	0,8
60-64 ans	1,6	2,3	1,0
65-69 ans	2,1	3,0	1,4
70-74 ans	2,7	3,9	1,8
Total tous âges [†]	1,5	2,1	1,0

† Standardisation sur la population française 2009 [Projections de population Insee (scénario central) 2007-2042]

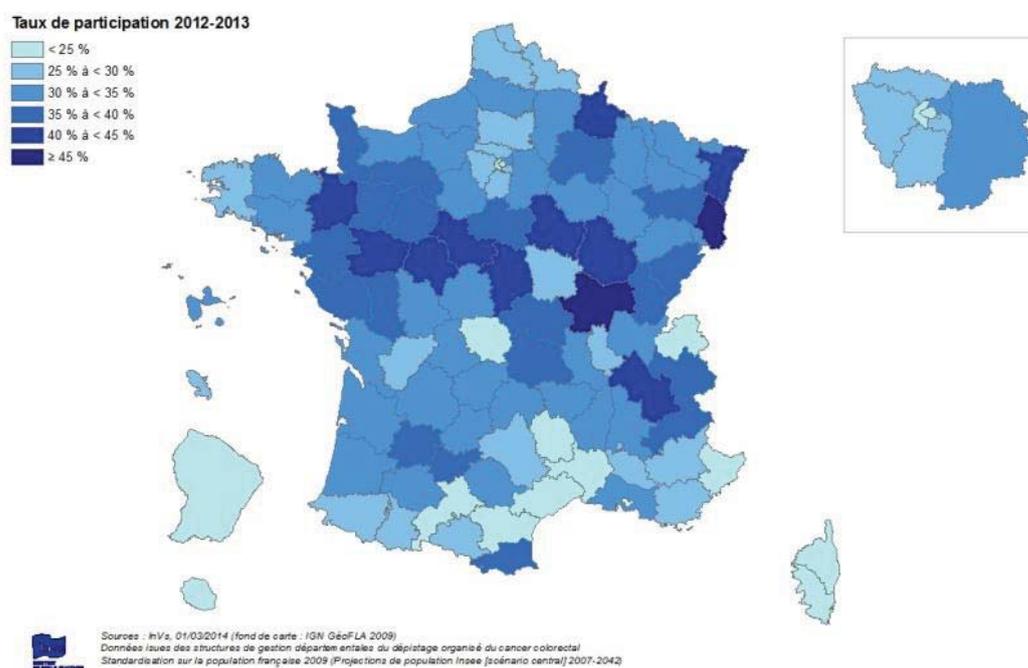
Tableau 2 : Caractéristiques des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles (test Hémocult®) dans les deux dernières années.

Variabiles	Effectifs N= 1429	%	ORa [†]	IC à 95 %
Sexe				
Homme (réf.)	586	45,4	1	
Femme	843	43,9	0,9	[0,7 - 1,1]
Âge, ans				
50-54 (réf.)	332	34,2	1	
55-59	336	45,7	1,6**	[1,2 - 2,2]
60-64	377	46,9	1,7***	[1,3 - 2,3]
65-69	231	54,7	2,1***	[1,5 - 3,0]
70-74	153	45,1	2,0***	[1,3 - 2,9]
Revenus mensuels par UC, euros				
Moins de 1 100 euros (réf.)	362	40,2	1	
1 100 à moins de 1786 euros	366	44,5	1,2	[0,9 - 1,6]
1786 euros et plus	547	48,8	1,4*	[1,0 - 1,8]
NSP ou ne veut pas dire	154	45,2	1,2	[0,8 - 1,8]

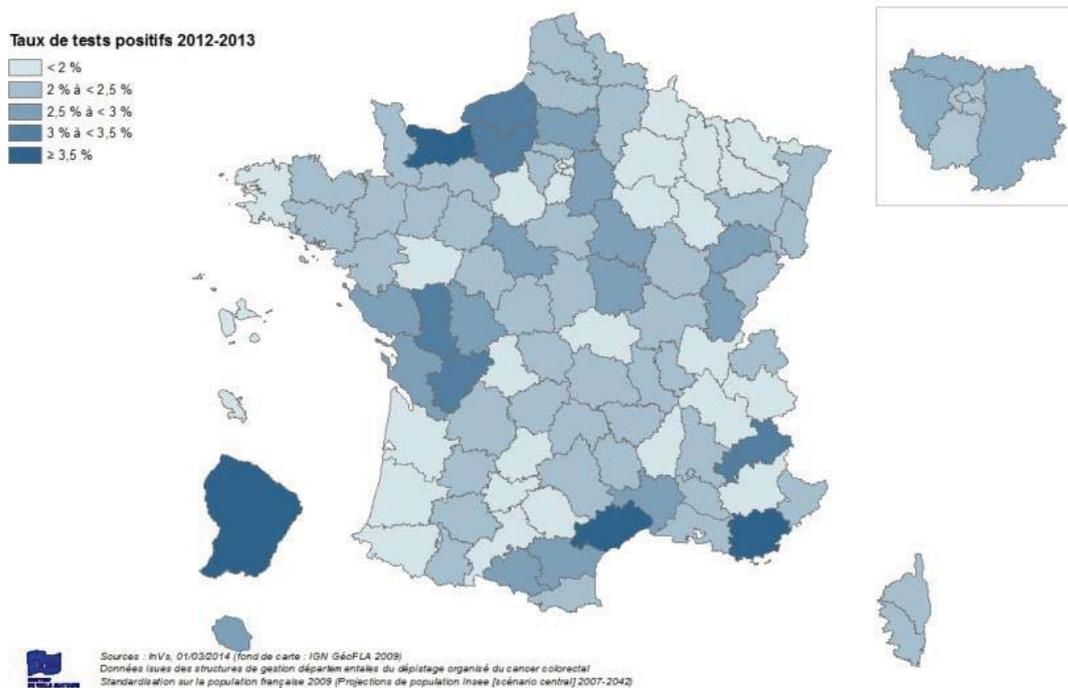
NSP : ne sait pas ; UC : unité de consommation ; † OR ajusté sur les catégories socioprofessionnelles, la situation professionnelle et le niveau d'étude

* : p<0.05 ; ** : p<0.01 ; *** : p<0.001

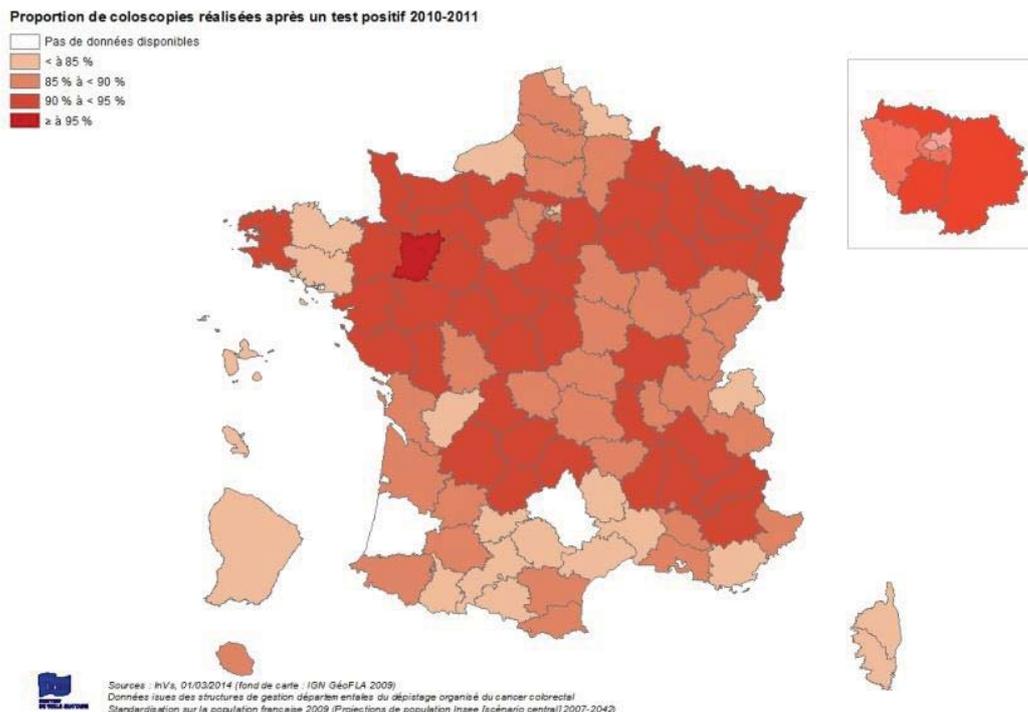
Carte 1 : Taux de participation départementaux standardisés. Programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2012-2013



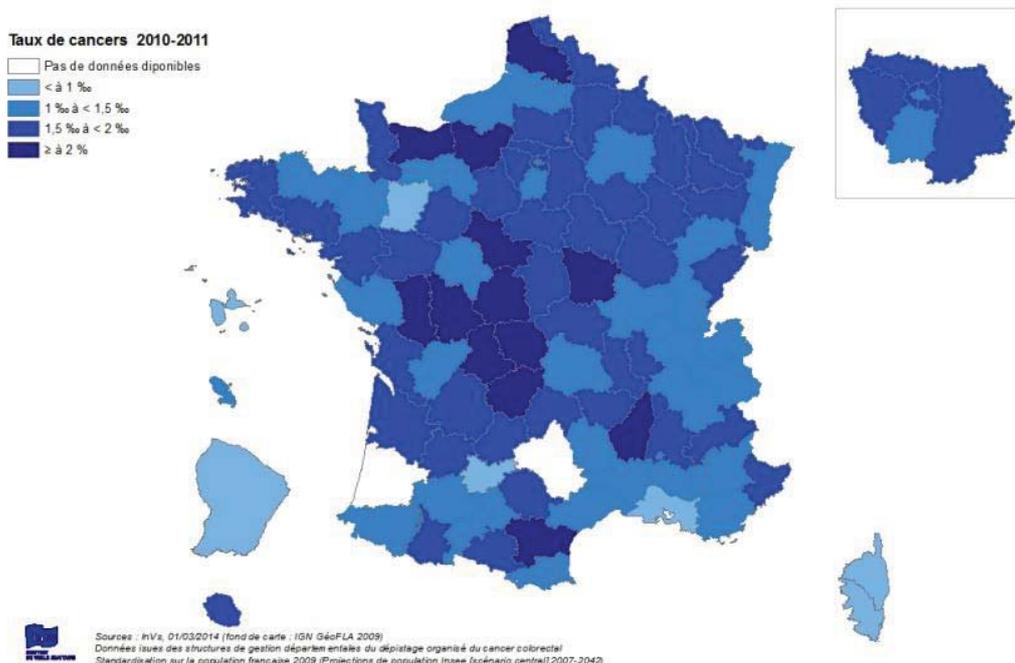
Carte 2 : Taux de tests positifs départementaux standardisés. Programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2012-2013



Carte 3 : Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif par département. Programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2010-2011



Carte 4 : Taux de détection départementaux standardisés des cancers. Programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour la période 2010-2011



INDICATEUR : Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal

CHAMP : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes.

SOURCE : Bases de données agrégées d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage et la population INSEE du département de la même tranche d'âge, auquel on soustrait les exclusions temporaires suite à des résultats de coloscopie normaux depuis moins de 5 ans ou définitives pour raisons médicales. Ce taux est calculé sur deux ans (2012-2013) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2012-2013, puis standardisé sur la population française 2009 (projections Insee 2007-2042, scénario central).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS : Compte tenu de la montée en charge progressive du nombre de départements contribuant au programme depuis sa généralisation en 2008, l'on ne dispose pas de recul suffisant pour réaliser des tendances évolutives de 2008 à 2013 à l'échelle nationale.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux de personnes avec un dépistage positif

CHAMP : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes.

SOURCE : Bases de données agrégées d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le taux de tests positifs est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans dépistées positives sur le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant réalisé un test analysable. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections Insee 2007-2042, scénario central).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif

CHAMP : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes.

SOURCE : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie suite à un test positif est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant eu une coloscopie suite à un test positif sur le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant un test positif et ne présentant pas de contre-indication à la réalisation de la coloscopie. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections Insee 2007-2042, scénario central).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux d'adénomes avancés détectés

CHAMP : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes.

SOURCE : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le taux d'adénomes avancés détectés est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans dont la lésion la plus péjorative diagnostiquée est un adénome avancé (adénome de 10 mm ou plus, ou à dysplasie de haut grade, ou présentant un contingent villositaire) sur le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant eu un test de dépistage analysable. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections Insee 2007-2042, scénario central).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS : Difficultés de récupération, par les structures de gestion, des informations anatomocytologiques des lésions prélevées au cours de la coloscopie.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux de cancers détectés

CHAMP : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes.

SOURCE : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le taux de cancers détectés est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant un cancer détecté et le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant réalisé un test analysable.. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections Insee 2007-2042, scénario central).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Stades au diagnostic des adénocarcinomes dépistés

CHAMP : France entière, personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes.

SOURCE : Bases de données individuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer colorectal

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : La répartition des adénocarcinomes par stade est le rapport entre le nombre de personnes de 50 à 74 ans présentant un ou des adénocarcinomes de stade I ou II ou III ou IV et le nombre de personnes de la même tranche d'âge ayant un ou des adénocarcinome(s) invasif(s) du côlon ou du rectum de stade connu. Ce taux est calculé sur deux ans (2010-2011) permettant ainsi de prendre en compte une période de temps correspondant à la durée de la campagne d'invitation 2010-2011, puis standardisé sur la population française 2009 (projections Insee 2007-2042, scénario central).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS : Difficulté à obtenir l'exhaustivité des exclusions et hétérogénéité selon les départements dans l'efficacité du recueil de la participation de la population cible. La répartition des adénocarcinomes dépistés selon leur extension anatomique est fondée sur la classification TNM des tumeurs malignes (septième édition), qui ne s'applique qu'aux carcinomes pour le côlon et rectum. Elle nécessite de connaître le statut métastatique du patient, une information que de nombreuses structures de gestion ont des difficultés à colliger. Seuls les cancers du côlon et du rectum n'ayant pas bénéficié de traitements néo-adjuvants ont été retenus pour cette classification. Cet indicateur ne peut être établi que pour les départements ayant moins de 30 % de données manquantes sur le stade des cancers (52 des 99 départements contribuant au programme).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Proportion d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé un test Hémocult® dans les deux dernières années

CHAMP : France métropolitaine, personnes âgées de 50-74 ans résidant en ménage ordinaire

SOURCE : Baromètre cancer 2010

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur correspond au nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles (test Hémocult®) dans les deux années précédant l'enquête ; le dénominateur correspond au nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans ayant répondu à l'enquête. La non-réponse totale est corrigée par redressement sur les marges de la population issues du recensement. Les unités de consommation ont été déterminées en utilisant un système de pondération qui permet d'attribuer un coefficient à chaque membre du ménage. Ceci a pour avantage de permettre la comparaison des niveaux de vie des ménages de tailles ou de compositions différentes.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS: Les DOM ne sont pas représentés dans ces enquêtes. Biais de mémorisation inhérents aux enquêtes déclaratives (oublis, erreurs sur la date d'ancienneté...)

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INPES et InVS

CANCER

Cancer du col de l'utérus

- **Contexte**

Entre 1980 et 2012, l'incidence du cancer du col de l'utérus (CCU) n'a cessé de diminuer (-2,5 % par an en moyenne). Cette diminution semble en grande partie attribuable au dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dont la pratique est largement répandue en France¹⁰⁹. En effet, ce dépistage, qui permet de découvrir et de traiter de nombreuses lésions précancéreuses, a un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. De plus, la vaccination prophylactique contre certains papillomavirus humains chez les jeunes filles aura probablement, en fonction du taux de couverture vaccinale, un impact direct sur l'incidence du CCU, voire sur les modalités de dépistage.

Entre 1990 et 2010, le dépistage organisé du CCU n'existait que sous la forme d'initiatives locales selon différentes modalités. A partir de 2010, 13 départements ont expérimenté une organisation selon un cahier des charges commun. En 2014, le nouveau Plan cancer 2014-2019 a inscrit dans ses actions l'accès à chaque femme au dépistage du CCU via un programme national. Il prévoit également des mesures pour améliorer le taux de couverture par les vaccins HPV¹¹⁰.

- **Indicateurs**

Taux de couverture sur 3 ans du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin est fondée sur les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB).

Les données d'évolution montrent que les taux de couverture glissants sur 3 ans étaient stables entre 2006 et 2011 avec 53,4 % de femmes dépistées en 2006-2008 et 53,2 % en 2009-2011. Les taux de couverture par tranche d'âge étaient pour la dernière période de trois ans de 57,6 % chez les 25-34 ans, 59,2 % chez les femmes de 35-44 ans et de 53,4 % chez les 45-54 ans. Ce taux chutait à 41,7% après 55 ans (graphique 1).

L'InVS a réalisé une évaluation des 13 départements ayant expérimenté le dépistage organisé en incitant les femmes n'ayant pas réalisé spontanément un dépistage au cours des trois dernières années entre 2010 et 2012. Le taux standardisé (France 2010) de couverture de dépistage sur trois ans, après prise en compte des exclusions définitives du dépistage pour raisons médicales (hystérectomie totale le plus souvent), était de 62,1 % avec des disparités importantes entre départements et selon l'âge (graphique 2). L'évaluation a également permis de calculer le taux de couverture de dépistage spontané (c'est-à-dire hors incitation) était de 50,2 % avec, là encore, d'importantes disparités allant de 12,9 % en Martinique et 27,3 % dans le Cher à 69,0 % en Alsace.

Proportion de femmes de 25 à 65 ans déclarant avoir eu un frottis du col de l'utérus dans les trois années précédentes

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le baromètre Santé 2010, 84,9 % déclaraient avoir eu un frottis cervico-utérin (FCU) au cours des trois années. Ce taux de couverture déclaré montait à 88,7 % en prenant en compte les exclusions du dépistage déclarées (hystérectomie, absence de relation sexuelle¹¹¹).

109 Le dépistage est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, il est fondé sur 1 frottis cervico-utérin réalisé tous les 3 ans après deux frottis sans anomalie à un an d'intervalle

110 La vaccination est recommandée à toutes les adolescentes entre 11 et 14 ans (avant le 15e anniversaire), avec rattrapage pour les jeunes filles de 15 ans à 19 ans (avant le 20e anniversaire) qui ne sont pas encore vaccinées

111 La contamination par papillomavirus se fait par voie sexuelle

Le recours déclaré au FCU variait avec l'âge : les taux les plus élevés (supérieurs à 80 % et à 85 % après correction par les exclusions) étaient observés chez les femmes entre 25 et 50 ans. Les femmes âgées de 60 à 65 ans déclaraient un recours au FCU plus faible (75 % et 83 % après correction) (graphique 3).

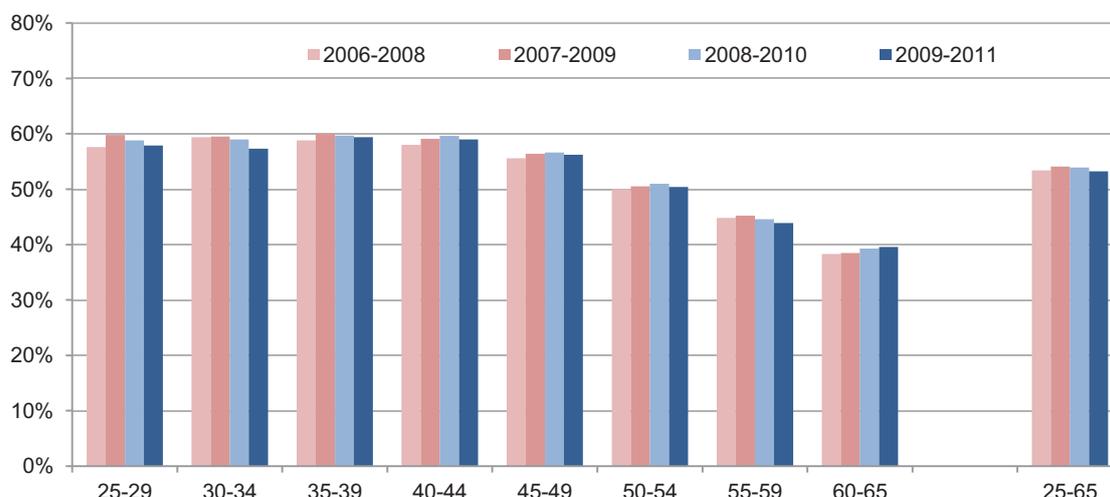
La pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans précédant l'enquête variait selon l'activité, la catégorie professionnelle et le niveau de diplôme. Les femmes en activité professionnelle déclaraient plus souvent avoir eu un FCU dans les trois ans que les femmes inactives (87 % contre 75 %), mais ce sont les retraitées qui avaient les taux les plus bas (70,2 %). Il en est de même pour les femmes de 25 à 65 ans qui avaient un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, par rapport à celles qui avaient un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (88 % contre 75 %). Le recours au FCU dans les trois ans variait également en fonction des revenus du ménage : il était de 78 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 1 100 euros net par mois, alors qu'il était de 88 % chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par UC est supérieur à 1 800 euros net par mois. Par catégorie professionnelle, les agricultrices déclaraient les taux de recours les plus bas (67 %). Les femmes artisans, commerçantes et chefs d'entreprise déclaraient quant à elles les taux de recours les plus élevés (91 %) devant les femmes cadres (87 %).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

En France, l'incidence du cancer du col de l'utérus ne cesse de diminuer depuis plus de 30 ans (-2,5 % par an en moyenne) avec cependant un ralentissement depuis les années 2000 (-1,3 % entre 2000 et 2012). Une meilleure couverture de dépistage par frottis cervico-utérin sur trois ans, estimée dans l'EGB à 53,2 % sur la période 2009-2011, pourrait permettre de diminuer encore son incidence. C'est un des objectifs de la généralisation de l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus annoncée dans le Plan cancer 2014-2019. Un deuxième objectif de la généralisation du dépistage organisé est de réduire les écarts de couverture de dépistage dus aux inégalités sociales de santé.

Graphique 1 : Estimations des taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans selon l'âge pour les quatre périodes glissantes de 3 ans entre 2006 et 2011



CHAMP : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CnamTS (hors sections locales mutualistes) et appartenant à l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB)

SOURCE : L'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie généraliste des bénéficiaires. Cet échantillon permet de réaliser des études et de reconstituer l'ensemble du parcours de soins des patients sur une longue période, en ville ou à l'hôpital. Il n'est représentatif qu'au niveau national et ne permet pas des études régionales ou départementales.

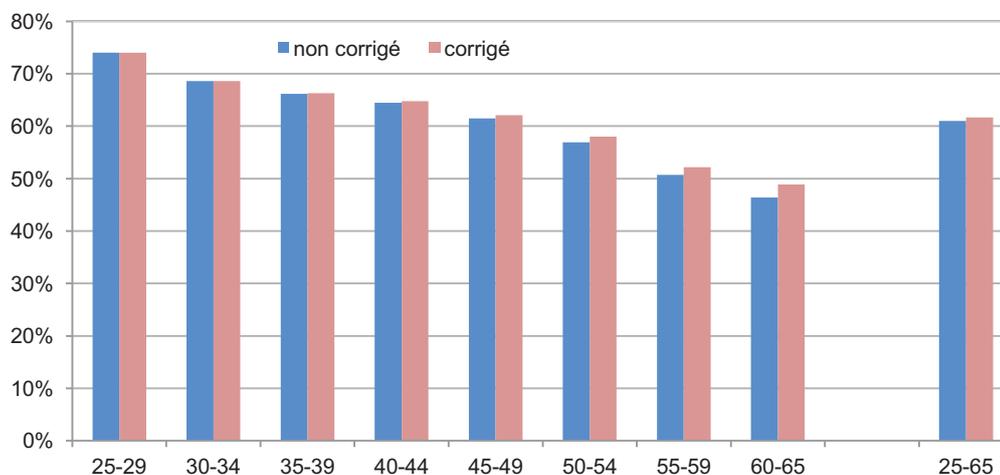
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : le numérateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours de la période (i.e. repérées à partir de la liquidation des codes P55 et bio0013). Le dénominateur est le nombre de femmes de 25 à 65 ans assurées sociales à la CnamTS (hors SLM) au cours de la même période (population de référence de l'EGB)

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Sur la période 2006-2011, seules les femmes assurées sociales à la CnamTS (hors SLM) ont pu être considérées car les deux autres principaux régimes d'assurance-maladie (MSA et RSI) l'ont rejoint à partir de 2011. De même seule la liquidation des actes a été prise en compte (et non le PMSI ou les consultations externes) car leur prise en compte ne pouvait s'effectuer qu'à partir de l'année 2009. Les estimations portent dans le document sur la CnamTS hors SLM qui couvre environ 76 % de la population générale.

BIAIS CONNUS : Il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle (faisant suite à un frottis de dépistage positif) mais ce biais n'a que peu d'incidence sur le taux de couverture de dépistage d'autant que les calculs ont exclu les frottis du début de chaque période de trois ans pour lesquels un frottis antérieur datait de 5 mois ou moins. Les frottis réalisés à l'hôpital ne sont pas pris en compte dans ces estimations.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

Graphique 2 : Taux, spécifiques selon l'âge et standardisés (France 2010) chez les femmes de 25-65 ans, de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans dans les 13 départements expérimentant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur la période 2010-2012, corrigés ou non par des exclusions définitives du dépistage pour raisons médicales



CHAMP : Toutes les femmes de 25 à 65 ans résidant dans les 13 départements expérimentant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) entre 2010 et 2012 : Alsace (Bas-Rhin, Haut-Rhin), Auvergne (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme), Cher, Indre-et-Loire, Isère, Maine-et-Loire, Martinique, Réunion, Val-de-Marne.

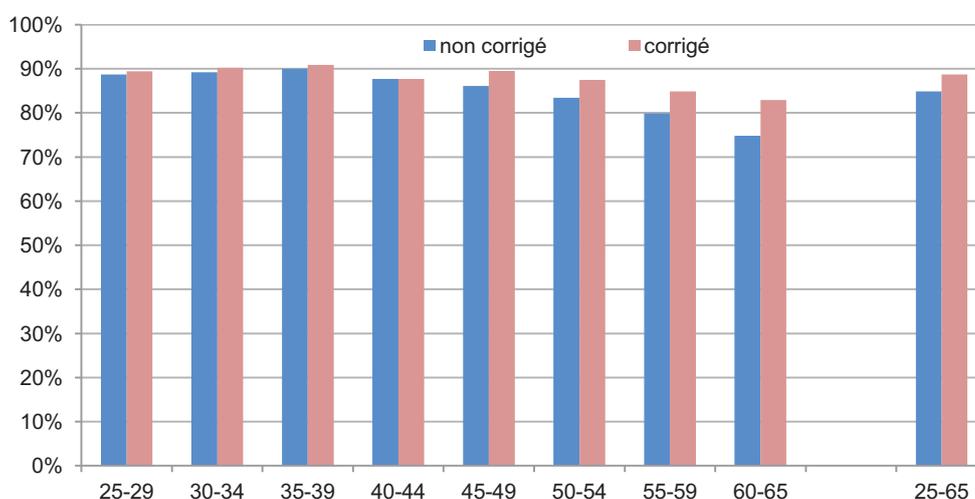
SOURCE : La base centralisée à l'InVS pour l'évaluation nationale du DOCCU provient d'une extraction réalisée dans chacune des 9 structures de gestion pilotant l'expérimentation dans les 13 départements

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours de la période (quel que soit le mode, individuel ou suite à incitation) ; le dénominateur correspond à la population moyenne des femmes de 25 à 65 ans sur la période (issue des projections Insee 2007-2042) corrigée ou non des exclusions définitives du dépistage pour raisons médicales (en grande majorité pour hystérectomie totale) recueillies par les structures de gestion.

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Les femmes de 25 à 65 ans des 13 départements ne représentent que 13,4 % de la population des femmes de 25 à 65 ans en France (DOM compris).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

Graphique 3 : Taux, spécifiques selon l'âge et brut chez les femmes de 25-65 ans, de couverture déclarée de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans dans le Baromètre santé 2010 de l'Inpes, corrigés ou non par des exclusions déclarées du dépistage (hystérectomie ou absence de relation sexuelle)



CHAMP : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans vivant en ménage ordinaire

SOURCES : Baromètre santé 2010

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré avoir réalisé un frottis cervico-utérin au cours des trois années précédant l'enquête ; le dénominateur correspond au nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant répondu à l'enquête, corrigé ou non par des exclusions déclarées du dépistage (hystérectomie ou absence de relation sexuelle).

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Les DOM ne sont pas représentés dans ces enquêtes. La population de ces enquêtes correspond à des « ménages ordinaires » c'est-à-dire hors institution.

BIAIS CONNUS : Les biais inhérents aux enquêtes déclaratives : oublis, erreurs d'appréciation de l'ancienneté, sur-déclaration (biais de désirabilité sociale).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INPES et InVS

CANCER

Cancers cutanés

- **Contexte**

Il existe plusieurs types de cancers cutanés (CC) dont le plus grave est le mélanome cutané (MC). Le MC est une tumeur maligne du système pigmentaire et plus particulièrement des mélanocytes, les cellules de la peau qui fabriquent la mélanine (un pigment qui colore la peau et la protège des méfaits des rayons ultraviolets) résidant dans les couches profondes de l'épiderme. Une des particularités du MC par rapport aux autres CC (carcinomes basocellulaires et épidermoïdes - anciennement appelé spinocellulaire) et aux kératoses actiniques ou solaires (lésions précancéreuses), est son aptitude à envahir les tissus au-delà de la peau (muscles, ganglions) et à se métastaser dans les organes distants (poumons, foie, cerveau...), mettant en jeu le pronostic vital du patient si la lésion n'est pas détectée précocement.

Les cancers cutanés sont des maladies multifactorielles dont les facteurs de risques peuvent être externes (i.e., liés à l'environnement et aux modes et conditions de vie) ou internes (i.e., constitutifs des individus). Les facteurs de risque majeurs et connus sont : l'exposition au soleil (loisirs ou professionnel) et aux ultra-violets artificiels, le type de peau (phototype), un nombre élevé de grains de beauté et les antécédents personnels ou familiaux.

Chaque année depuis 1998, le ministère chargé de la santé organise avant l'été une campagne nationale d'information, tandis que les dermatologues libéraux organisent une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau.

- **Indicateurs**

Incidence des mélanomes cutanés invasifs en France métropolitaine : Estimation et tendances du nombre de nouveaux cas

Entre 1980 et 2012, l'incidence des mélanomes cutanés invasifs (MCI) a augmenté en France métropolitaine (hors Corse) avec une croissance annuelle, en moyenne, de 4,7 % chez les hommes et de 3,2 % chez les femmes (Binder-Foucard F., 2013). Toutefois, l'incidence augmente moins rapidement depuis les années 2000, autant chez les hommes (+2,9 % par an en moyenne de 2005 à 2012) que chez les femmes (+1,7 % par an en moyenne de 2005 à 2012). En 2005, on observait que l'incidence des MCI chez les femmes augmentait dès l'âge de 20-25 ans et ce jusqu'à 40-44 ans, âge à partir duquel la croissance se poursuit mais de manière moins marquée. À l'inverse, celle parmi les hommes augmentait faiblement entre 20 et 55 ans, et plus fortement au-delà (Belot A., 2008). Ces observations sont confirmées en 2012. Le risque d'avoir un MCI (Binder-Foucard F., 2013) augmente progressivement pour les générations nées entre 1920 et 1950. Il est passé de 0,3 % et moins pour les personnes nées en 1920 à environ 1 % pour celles nées en 1950.

L'incidence observée (InVS, 2014) met en évidence une augmentation entre 1978 et 2010 qui se confirme sur la dernière période d'étude (2008-2010) avec des disparités par département des taux d'incidence, autant chez les hommes que chez les femmes. L'incidence 2008-2010 est plus élevée dans les départements de l'ouest (Loire-Atlantique et Vendée) et de l'est (Isère, Doubs, Bas-Rhin et Haut-Rhin) ; cette disparité géographique persiste depuis le début des observations.

Entre 1980 et 2012, la mortalité des personnes atteintes de MCI (Binder-Foucard F., 2013) augmente dans une moindre mesure que l'incidence en France métropolitaine avec un net ralentissement depuis le début des années 2000, autant chez les hommes que les femmes. La survie des cas de MCI (Grosclaude P., 2013) reste stable entre 1989 et 2004.

Au cours de ces 50 dernières années, l'incidence du MCI (Erdmann F., 2013) augmente de façon constante dans les populations principalement à la peau claire. Un effet cohorte de naissance est observé mais il est suggéré aussi une influence de la période. Récemment, cette augmentation semble stabilisée dans plusieurs pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et en Amérique du Nord. A contrario, elle continue d'augmenter dans la plupart des pays européens (principalement du Sud et d'Europe de l'Est). Une stabilisation voire une tendance à la baisse est observée principalement parmi les 25-44 ans. Une augmentation constante est mise en évidence dans les générations nées à la fin des années 1940, suivie d'une stabilisation ou baisse pour les cohortes nées plus récemment en Australie, Nouvelle-Zélande, Amérique du Nord et Norvège.

Récemment deux études ont évalué le nombre de CC attribuables aux UV artificiels : la part de MCI attribuables à l'utilisation des cabines de bronzage est de 4,6 % en France (Boniol M., 2012) et de 9,4 % en Europe de l'Ouest et du Nord (Wehner M.R., 2012). Celle des cancers cutanés en Europe de l'Ouest et du Nord (Wehner M.R., 2012) est de 21,8 % pour les carcinomes épidermoïdes et de 10,8 % pour les basocellulaires.

Proportion de personnes déclarant examiner régulièrement leur peau à la recherche d'anomalies ou la faisant examiner par un professionnel de santé

Les données du *Baromètre cancer 2010* montrent qu'en 2010, 23 % des Français examinent « régulièrement » leur peau à la recherche d'anomalies, et 42 % le font « de temps en temps ». Cet examen régulier est plus fréquemment pratiqué par les femmes (28,5 %, vs 17,2 % des hommes) ; il est plus rarement déclaré par les personnes les moins diplômées et les moins aisées. Cette proportion a diminué depuis la précédente étude de 2005.

Proportion de personnes déclarant avoir pratiqué le bronzage par UV artificiels au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois

Parmi les personnes interrogées dans le cadre du *Baromètre cancer 2010*, 13,4 % (n=517) déclarent avoir fait au moins une séance de bronzage par UV artificiels au cours de sa vie. Les femmes sont presque 3 fois plus nombreuses que les hommes à s'être déjà exposées (19,4% vs 7,1% ; p<0,001). C'est parmi les 26-54 ans que la proportion d'utilisateurs est la plus élevée, les plus jeunes (15-25 ans) et les plus âgés (55-75 ans) étant moins concernés (graphique 3). La différence de pratique suivant le sexe varie avec l'âge. Après 45 ans, les femmes ont ainsi été 4 fois plus exposées que les hommes (17,8 % vs 4,7 % ; p<0,001), alors que celles de moins de 45 ans ne l'ont été que 2 fois plus que les hommes (20,8 % vs 9,1 % ; p<0,001). Enfin, parmi les personnes de moins de 18 ans, 3,5 % déclarent avoir fréquenté des cabines UV au cours de leur vie, alors que cette fréquentation est interdite aux mineurs.

Parmi les personnes de 15 à 75 ans, 3,5 % des personnes interrogées déclarent avoir fait au moins une séance d'UV artificiels au cours des 12 mois précédant l'enquête (n=122 – soit un peu plus d'un quart des personnes ayant fait des UV au cours de leur vie). Cela concerne 5,0 % des femmes et 2,0 % des hommes (p<0,001). Les jeunes de 20-25 ans sont les plus concernés, avec une exposition dans les 12 derniers mois pour 13,7 % des femmes vs 6,1 % des hommes (p<0,05) (graphique 3).

Fausse croyances concernant l'exposition au UV

Dans le *Baromètre cancer 2010*, les enquêtés se sont vus proposer des assertions, à l'égard desquelles ils devaient indiquer leur degré d'adhésion en se prononçant par « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » ; leurs réponses permettant d'évaluer leurs connaissances objectives sur l'exposition au soleil et l'utilisation de cabines UV. Certaines idées reçues persistent dans certains segments de la population (graphique 4) :

- Le message indiquant que le soleil fait vieillir prématurément la peau est vrai et semble bien connu : 74,0 % sont tout à fait d'accord avec cette assertion et 18,2 % plutôt d'accord.

Cependant, les 15-19 ans, de même que les ouvriers, les moins aisés et les moins diplômés sont, en proportion, plus nombreux à la rejeter ;

- L'affirmation « si les coups de soleil de l'enfance sont bien soignés ils sont sans conséquence à l'âge adulte » est rejetée, légitimement, par la majorité des personnes interrogées : 34,7 % ne sont pas du tout d'accord et 24,6 % ne sont plutôt pas d'accord. Ce sont les 15-25 ans et les 55-85 ans, ainsi que les hommes, les plus bas revenus et les moins diplômés qui sont, à torts, le plus souvent d'accord avec ce message ;

- L'assertion qui présume que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil contredit les messages préventifs et plus des trois quarts des enquêtés la rejette : 60,8 % ne sont pas du tout d'accord et 17,6 % plutôt pas d'accord. Les personnes étant d'accord avec cette assertion sont généralement âgées et le plus souvent des hommes, des ouvriers, des personnes issus d'un ménage peu aisé et peu diplômés ;

- Les crèmes solaires protègent contre les ultraviolets, mais cette protection est provisoire, et doit être renouvelée régulièrement au cours de la journée. L'affirmation « mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée » est donc fautive, et elle est effectivement rejetée par plus de neuf enquêtés sur dix. Parmi les personnes qui sont d'accord avec cette assertion, on retrouve plus souvent les hommes, les moins aisés et les moins diplômés ;

- Enfin, concernant les risques liés à l'utilisation de cabines UV, les données du *Baromètre cancer 2010* indiquent que près d'un quart des 15-75 ans interrogés déclarent, à torts, que faire des UV artificiels avant les vacances permet de préparer sa peau pour la protéger des coups de soleil. Ce résultat est préoccupant car cette croyance peut induire des comportements à risque, cumulant les effets délétères de l'exposition aux UV puis de l'exposition sans protection au soleil.

- **Organismes responsables de la production de la fiche :**

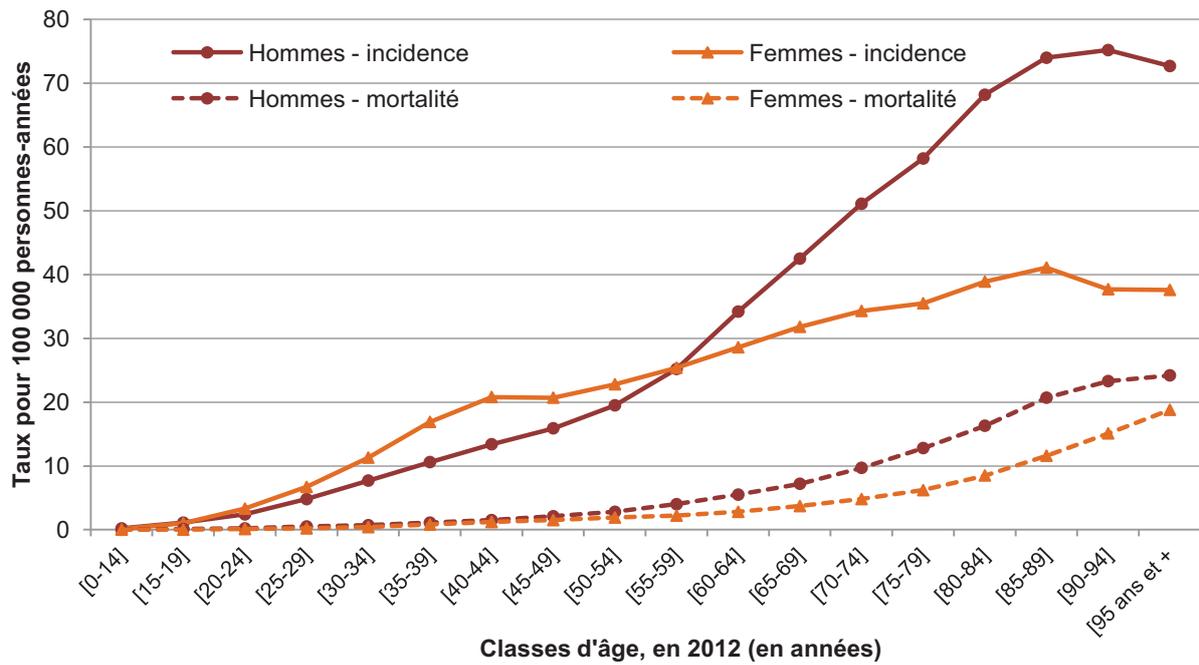
InVS : Incidence en France métropolitaine : Estimation et tendances du nombre de nouveaux cas de mélanomes cutanés invasifs ;

INPES : Proportion de personnes déclarant examiner régulièrement leur peau à la recherche d'anomalies ou la faisant examiner par un professionnel de santé ; Proportion de personnes déclarant avoir bronzé avec des UV artificiels au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois ; Proportion de personnes ayant des croyances erronées sur l'exposition au soleil et l'utilisation de cabines UV

SYNTHESE

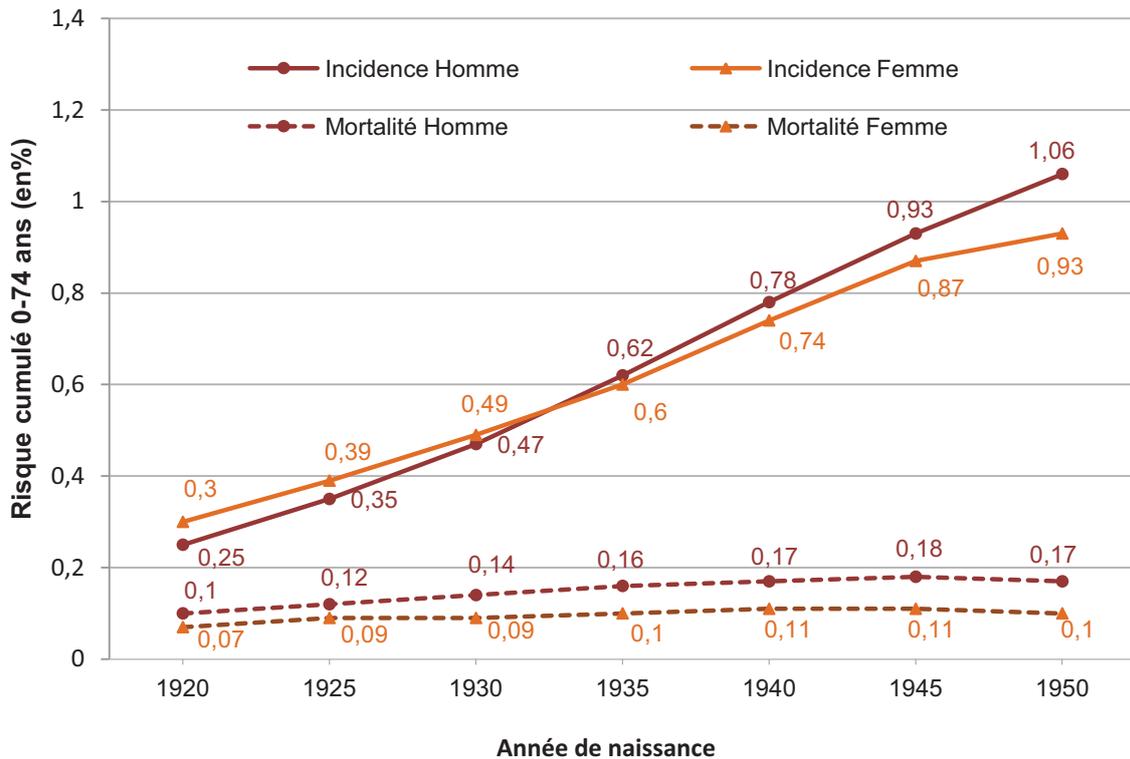
Selon le Baromètre cancer 2010 il apparaît que de fausses croyances persistent dans la population concernant les conséquences de l'exposition aux UV. Malgré les mesures de prévention primaire et secondaire déjà mises en place, la population s'expose dangereusement aux ultraviolets avec une augmentation des comportements à risque : l'incidence des mélanomes cutanés infiltrants (les plus péjoratifs des cancers cutanés, CC) augmente toujours et ce dès 20-25 ans depuis ces 10 dernières années. Sans diminution majeure des comportements relatifs aux UV, principal facteur de risque, la progression des CC ne peut que s'aggraver dans un futur proche.

Graphique 1 : Incidence et mortalité par âge en 2012, mélanomes cutanés invasifs



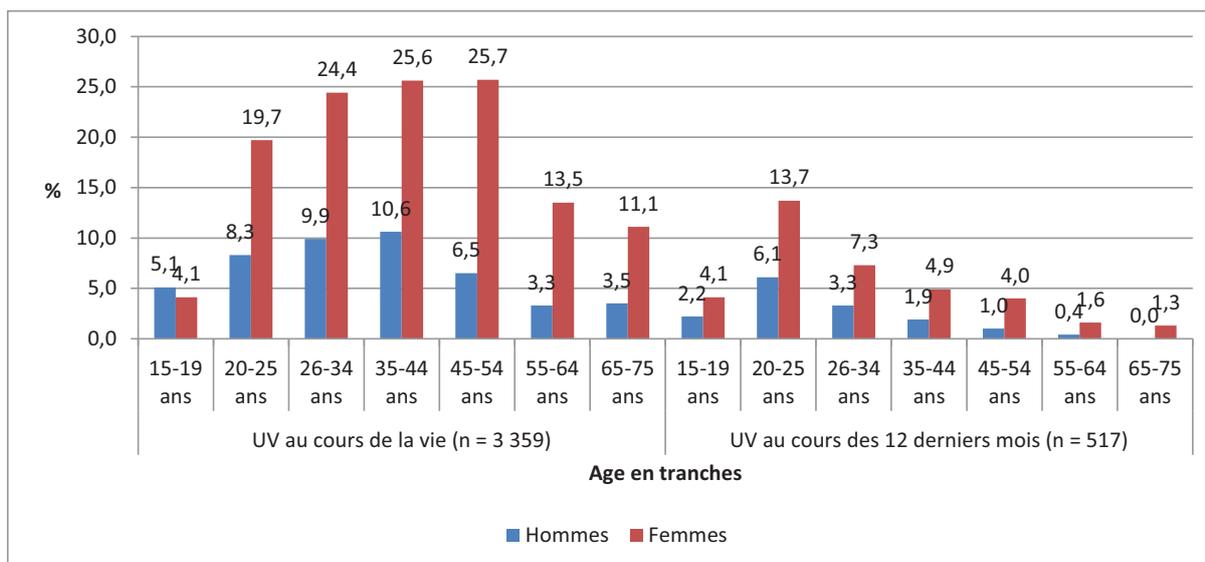
Champ : France métropolitaine, Corse exclue

Graphique 2 : Risques cumulés (en %) de 0 à 74 ans selon la cohorte de naissance : Mélanomes cutanés invasifs

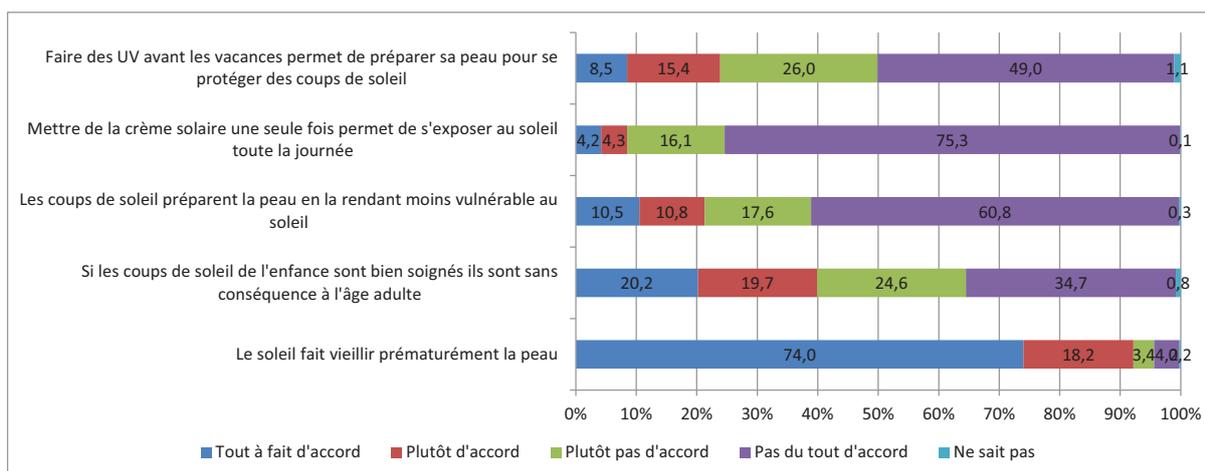


Champ : France métropolitaine, Corse exclue

Graphique 3 : Pratique du bronzage par UV artificiel au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Graphique 4 : Opinions à l'égard du soleil, des coups de soleil et de l'utilisation des cabines UV (en pourcentage)



INDICATEUR : Incidence et mortalité des mélanomes cutanés invasifs en France métropolitaine

CHAMP : France métropolitaine, Corse exclue ; hommes et femmes, tous âges

SOURCE : Les cas incidents de mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux de cancers en France métropolitaine survenus entre le 1er janvier 1975 et les 31 décembre 2009 ; les données de mortalité du CépiDc survenus en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; les estimations localisées de population jusqu'en 2008 puis les projections Omphales (scénario central) de 2009 à 2012.

Mélanomes cutanés infiltrants, codés selon la CIM-O-3 (topographie = C44 ; morphologie = de 8720 à 8780 ; comportement =/3, pour les tumeurs invasives, exclusivement) pour l'incidence et avec la CIM (de 1975 à 1978 : 172 en CIM 8 ; de 1979 à 1999 en CIM 9 : 172 ; et, de 2000 à 2009 en CIM 10 : C43) pour la mortalité.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : L'incidence France métropolitaine est issue du produit de la mortalité estimée en France métropolitaine par le rapport (moyen) incidence/mortalité observée dans la zone registre.

LIMITES D'INTERPRÉTATION : L'incidence en France métropolitaine (Corse exclue) repose sur l'hypothèse que le rapport (moyen) incidence/mortalité observé dans la zone registre est une bonne estimation du rapport (moyen) incidence/mortalité de la France métropolitaine (Corse exclue).

BIAIS CONNUS : Il est fait l'hypothèse forte que la survie dans la zone non couverte par les registres de cancers est identique à celle observée dans la zone registres.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCA

RÉFÉRENCE : Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al, 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », rapport, Institut de Veille Sanitaire. p. 122.

INDICATEUR : Risque cumulé de 0 à 74 ans selon la cohorte de naissance

CHAMP : France métropolitaine, Corse exclue ; hommes et femmes, tous âges

SOURCE : Les cas incidents de mélanomes cutanés invasifs enregistrés par les registres généraux de cancers en France métropolitaine survenus entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; les données de mortalité du CépiDc survenus en France entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 2009 ; les estimations localisées de population jusqu'en 2008 puis les projections Omphales (scénario central) de 2009 à 2012.

Mélanomes cutanés infiltrants, codés selon la CIM-O-3 (topographie=C44 ; morphologie= de 8720 à 8780 ; comportement=/3, pour les tumeurs invasives, exclusivement) pour l'incidence et avec la CIM (de 1975 à 1978 : 172 en CIM 8 ; de 1979 à 1999 en CIM 9 : 172 ; et, de 2000 à 2009 en CIM 10 : C43) pour la mortalité.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le risque cumulé (RC) par cohorte de naissance (cohorte c) en France métropolitaine (FM) correspond à la formule suivante : $RC_c = 1 - \exp(-\sum_{a=0}^{74} \hat{\lambda}_{ac}^{FM})$ où l'incidence en France métropolitaine pour la cohorte c, pour classes d'âge (notées a) entre 0 et 74 ans est issue du produit de la mortalité estimée en France métropolitaine par le rapport moyen incidence/mortalité observées dans la zone registre.

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Le risque cumulé pour les cohortes 1920, 1930 et 1940 est estimé pour les âges observés de 60 à 89 ans, 50 à 79 ans et 40 à 69 ans, respectivement. Au-delà des âges observés, il fait une projection sous l'hypothèse que l'incidence et la mortalité observées dans la zone registre sont identiques pour les cohortes les plus jeunes (i.e., pour la cohorte 1950, le risque cumulé est estimé sur les données observées de 30 à 59 ans avec une projection pour les 60 ans et plus à partir des risques estimés pour les cohortes précédentes).

BIAIS CONNUS : Il est fait l'hypothèse forte que la survie dans la zone non couverte par les registres de cancers est identique à celle observée dans la zone registres. De plus, il est documenté que les plus jeunes cohortes ont un comportement plus à risque vis-à-vis de l'exposition aux ultra-violets (exposition plus longue et plus intense aux ultra-violets naturels ou artificiels, méconnaissance des risques et des moyens de prévention primaire et diminution de la prévention secondaire avec une diminution de l'auto-examen) ce qui se traduirait par une sous-estimation du RC pour les cohortes les plus jeunes.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : Partenariat Francim-HCL-InVS-INCA

RÉFÉRENCE : Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al, 2013, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides », Rapport, Institut de veille sanitaire. p. 122.

INDICATEUR : Proportion de personnes déclarant avoir pratiqué le bronzage par UV artificiels au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois en 2010

CHAMP : France métropolitaine

SOURCE : Enquête Baromètre cancer 2010

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Enquête en population générale avec sondage à deux degrés (ménage puis individu), réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur. Le pourcentage de personnes déclarant avoir bronzé avec l'aide d'UV artificiels au cours de la vie correspond au nombre de personnes entre 15 et 75 ans ayant déclaré avoir déjà fait des UV au cours de sa vie / Nombre de personnes entre 55 et 75 ans interrogées. Le pourcentage de personnes de personnes déclarant avoir bronzé avec l'aide d'UV artificiels au cours des 12 derniers mois correspond au nombre de personnes enquêtées entre 15 et 75 ans ayant déclaré avoir déjà fait des UV au cours de sa vie et déclarant une fréquence de pratique au cours des 12 derniers mois / Nombre de personnes entre 55 et 75 ans interrogés. Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage et calées sur les données de référence nationales de l'Insee les plus récentes, à savoir celles de l'Enquête Emploi 2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique.

BIAIS CONNUS : Il s'agit d'une enquête déclarative réalisée par téléphone

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : Partenariat INPES/INCA

RÉFÉRENCE : Léon C., Benmarhnia T., Tordjman I., Gaillot de Saintignon J., Beck, F. 2012 « L'exposition aux ultraviolets artificiels en France », *Bull Epidemiol Hebd* , 18-19 , Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique, p.210-213.

INDICATEUR : Fausses croyances concernant l'exposition aux UV

CHAMP : Pourcentage de personnes se prononçant par « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » au sujet d'opinions sur le soleil, les coups de soleil et l'utilisation de cabine UV ; France métropolitaine

SOURCE : Enquête Baromètre cancer 2010

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Enquête en population générale avec sondage à deux degrés (ménage puis individu), réalisés à l'aide du système d'interview par téléphone assistée par ordinateur. Les personnes âgées de 15-75 ans interrogées se prononcent par « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » au sujet d'opinions sur le soleil, les coups de soleil et l'utilisation de cabine UV. Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage et calées sur les données de référence nationales de l'Insee les plus récentes, à savoir celles de l'Enquête Emploi 2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique.

BIAIS connus : Il s'agit d'une enquête déclarative réalisée par téléphone

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : Partenariat INPES/INCA

RÉFÉRENCE : Léon C., Benmarhnia T., Tordjman I., Gaillot de Saintignon J., Beck, F. 2012 « L'exposition aux ultraviolets artificiels en France », *Bull Epidemiol Hebd* , 18-19 , Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique, p.210-213. Peretty-Watel, Beck F. Soleil et cancer : connaissances, croyances et pratiques de protection, in Beck F., Gautier A. (dir.) *Baromètre cancer 2010*, Inpes, St Denis, 2011, p.71-99.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES TRANSVERSALES

- Beck F., Gautier A., dir., 2012, Baromètre cancer 2010, Saint-Denis : Inpes, Coll. Baromètres santé, 272 p.
- Belot A., Grosclaude P., Bossard N. 2008, « Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005 », Rev Epidemiol Sante Publique ,56, 3, p.159-175.
- Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides ». In: Institut de veille sanitaire (dir.). Saint-Maurice : 2013. p. 122.
- Boniol M., Coignard F., Vacquier B., Benmarhnia T., Gaillot de Saintignon J., Le Tertre A., et al. 2012, « Évaluation de l'impact sanitaire de l'exposition aux ultraviolets délivrés par les appareils de bronzage artificiel sur le mélanome cutané en France », Bull Epidemiol Hebd ,18-19, Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique, p.210-213.
- Erdmann F., Lortet-Tieulent J., Schuz J., Zeeb H., Greinert R., Breitbart E.W., et al. 2013, « International trends in the incidence of malignant melanoma 1953-2008 - Are recent generations at higher or lower risk? », Int J Cancer ,132, 2, p.385-400.
- Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Rasamimanana-Cerf N, Bossard N. 2013. « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim ». 412 p. [consulté le 20/02/2013].
- InVS, Institut de Veille Sanitaire, 2014. « Incidence observée dans les départements couverts par les registres Francim entre 1978-1982 et 2008-2010 », [en ligne], disponible sur :
-<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Incidence-observee-dans-les-registres/Incidence-observee-dans-les-departements-couverts-par-les-registres-Francim-entre-1978-1982-et-2008-2010> , consulté le 19/11/2014
- Léon C., Benmarhnia T., Tordjman I., Gaillot de Saintignon J., Beck, F. 2012 « L'exposition aux ultraviolets artificiels en France », Bull Epidemiol Hebd ,. 18-19 , Le bronzage artificiel : une menace bien réelle, mais évitable, pour la santé publique, p.210-213.
- Peretty-Watel, Beck F. Soleil et cancer : connaissances, croyances et pratiques de protection, in Beck F., Gautier A. (dir.) Baromètre cancer 2010, Inpes, St Denis, 2011, p.71-99.
- Wehner M.R., Shive M.L., Chren M.M., Han J., Qureshi A.A., Linos E. 2012, « Indoor tanning and non-melanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis », BMJ ,345, p.e5909

CARDIOVASCULAIRE

Cardiopathies ischémiques

- **Contexte**

Les cardiopathies ischémiques (CPI) recouvrent un ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque du fait du développement et des complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). Cliniquement, ces lésions se traduisent par différents syndromes, de l'angor stable, au syndrome coronaire aigu (SCA) et à l'infarctus du myocarde (IDM). Les principaux facteurs de risque des CPI sont l'âge, le sexe, le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, l'hypertension, le stress et la sédentarité. En dépit de la diminution importante de leur fréquence et de la mortalité observée depuis les années 1980, les CPI restent une cause majeure de mortalité et de morbidité dans le monde. En France, elles représentent la deuxième cause de décès, tant chez les hommes que chez les femmes. Un programme pilote (2008-2013) conduit par la HAS a visé à réduire la mortalité et les complications des IDM en améliorant leur prise en charge notamment dans les premières étapes du parcours de soins.

- **Indicateurs**

Mortalité par CPI en 2010

Les données recueillies à partir des certificats de décès montrent que le nombre de décès par CPI, en cause initiale, en France, s'élevait à 35 848 en 2010 dont une majorité d'hommes : 20 592 décès, soit 57 % (tableau 1). Ces décès représentaient ainsi 24,7 % des décès par maladies de l'appareil circulatoire et 6,5 % de l'ensemble des décès. Les IDM représentaient 50 % des décès par CPI avec 17 578 décès en 2010 dont 10 245 chez les hommes et 7 333 chez les femmes.

Le taux brut de mortalité par CPI et IDM était respectivement de 55,3 et de 27,1 pour 100 000 habitants. Ce taux augmentait de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre près de 928 décès par CPI pour 100 000 chez les plus de 85 ans.

Après standardisation sur l'âge, c'est-à-dire à structure d'âge identique, les hommes avaient un taux de mortalité par CPI plus de deux fois plus élevé que celui des femmes (86,7 vs. 37,0 pour 100 000). De même pour les décès par IDM le taux standardisé de mortalité était beaucoup plus élevé chez les hommes (41,9/100 000) que chez les femmes (18,3/100 000).

Entre 2000 et 2010, le taux standardisé de mortalité par CPI a diminué de 37 % chez les hommes et de 41 % chez les femmes, tous âges confondus. Chez les moins de 65 ans, le taux de mortalité a diminué de manière plus importante chez les hommes (-33 %) que chez les femmes (-23 %).

L'analyse des taux standardisés régionaux montre des disparités importantes de mortalité par CPI sur le territoire français. En France métropolitaine, les régions du Nord-Pas-de-Calais, de la Picardie, de la Haute et de la Basse-Normandie, de la Bretagne, de l'Alsace et de l'Auvergne présentaient des taux élevés de mortalité par CPI, dépassant de plus de 10 % le taux national moyen. Dans les DOM, la Réunion présentait le taux le plus élevé du territoire français (84,5/100 000). Les régions d'Ile-de-France, de Provence-Alpes-Côte-D'azur et les 3 autres DOM (Martinique, Guadeloupe et Guyane) affichaient des taux inférieurs de plus de 10 % au taux national.

Selon les données 2009 de la base HFA-DB de l'OMS ainsi que celles d'Eurostat regroupant les années 2008 à 2010, la France enregistrait le taux de mortalité par CPI le plus bas parmi les 27 pays de l'Union européenne, suivi du Portugal, des Pays-Bas et de l'Espagne.

Patients hospitalisés pour CPI en 2012

En 2012, 222 016 patients domiciliés en France ont eu une hospitalisation complète pour CPI. Parmi eux, 123 099 ont été hospitalisés pour SCA et 61 232 pour IDM (tableau 2). Le taux brut de patients hospitalisés pour CPI augmentait de manière importante avec l'âge. Inférieur à 1 pour 100 000 chez les moins de 25 ans, ce taux atteint 1 239,4 pour 100 000 dans la tranche d'âge des 85 ans et plus. Les taux standardisés étaient de 363,0 pour 100 000 pour les CPI, de 198,5/100 000 pour les SCA et de 97,7 pour 100 000 pour les IDM. Les taux de patients hospitalisés étaient près de 4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes que le diagnostic soit une CPI (575,0 vs. 185,4/100 000) ou un IDM (150,7 vs. 52,5/100 000).

L'analyse de l'évolution entre 2002 et 2012 des taux standardisés de patients hospitalisés pour CPI montre une légère diminution chez les hommes (-9,5 %) et les femmes (-13,2 %) tous âges confondus. La diminution était un peu plus importante chez les hommes de moins de 65 ans, avec une baisse de -11,5 % de patients hospitalisés pour CPI, et -2,5 % chez les femmes. Il existe des disparités régionales significatives, avec des taux élevés en Nord-Pas-de-Calais (431,9/100 000), Alsace (428,4/100 000), Lorraine (467,3/100 000), Basse-Normandie (413,0/100 000), Corse (448,7/100 000) et Provence-Alpes-Côte-D'azur (414,2/100 000), dépassant de plus de 10 % le taux national moyen. Dans les DOM, le taux de la Réunion était supérieur au taux national moyen avec 410,6/100 000. Malgré un taux de mortalité par CPI élevé, la Bretagne affichait le taux de patients hospitalisés pour la même cause le plus bas de France avec 287,4/100 000.

D'après les données 2009 de la base HFA-DB de l'OMS, la France enregistrait un taux d'hospitalisation assez faible et se classait en 8ème position derrière l'Espagne, l'Irlande, Malte, le Portugal, la Roumanie, la Slovaquie, le Royaume-Uni et la Croatie.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

Les décès par cardiopathie ischémique représentent une proportion importante des décès cardiovasculaires (24,7 % en 2010). Les taux standardisés de décès par CPI ont diminué d'environ 40 % entre 2000 et 2010. L'amélioration de la prévention primaire et secondaire mais également de la prise en charge des patients lors de la phase aiguë ont largement contribué à cette diminution qui s'inscrit dans une tendance à la baisse plus ancienne. Les régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie, haute et Basse-Normandie, Bretagne, Alsace, Auvergne et Réunion présentent les taux de mortalité par CPI les plus élevés de France.

Tableau 1 : Nombre et taux de décès par cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge, en 2010

	Cardiopathie ischémique			Infarctus du myocarde		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès						
Moins de 25 ans	4	1	5	3	0	3
25-44 ans	383	80	463	315	62	377
45-64 ans	3 828	714	4 542	2 601	511	3 112
65-84 ans	10 301	5 353	15 654	4 931	2 957	7 888
85 ans et plus	6 076	9 108	15 184	2 395	3 803	6 198
Total tous âges	20 592	15 256	35 848	10 245	7 333	17 578
Taux brut*						
Moins de 25 ans	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-44 ans	4,6	0,9	2,7	3,8	0,7	2,2
45-64 ans	46,2	8,2	26,7	31,4	5,9	18,3
65-84 ans	258,3	103,4	170,8	123,6	57,1	86,1
85 ans et plus	1 246,4	793,4	928,4	491,3	331,3	379,0
Total tous âges	65,7	45,7	55,3	32,7	21,9	27,1
Taux standardisé**						
	86,7	37,0	57,3	41,9	18,3	28,4

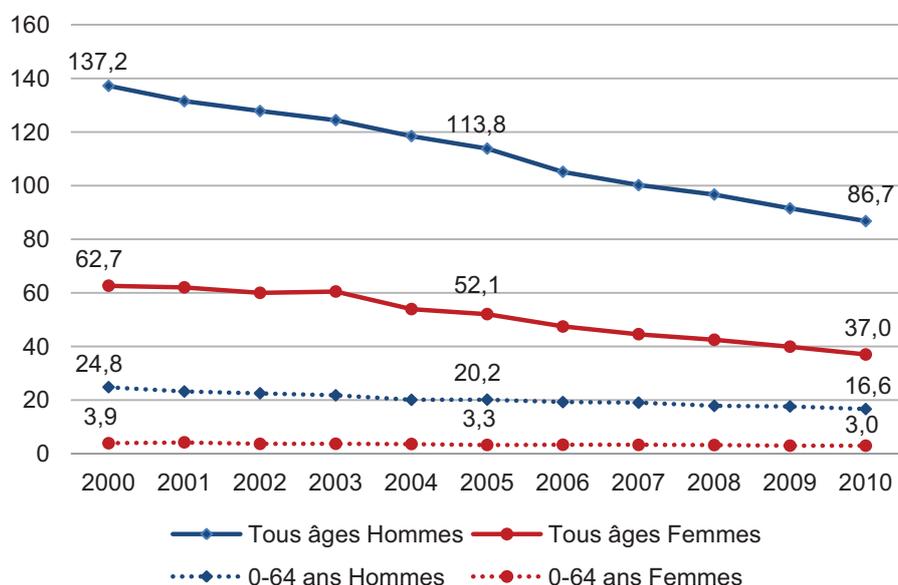
*Taux pour 100 000 habitants.

**Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Graphique 1 : Évolution des taux* de décès par cardiopathie ischémique selon le sexe de 2000 à 2010



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

INDICATEUR : Patients hospitalisés pour cardiopathie ischémique

SOURCES : Base PMSI (ATIH), exploitation InVS, statistiques démographiques : Insee

CHAMP : France entière, population tous âges

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Ont été retenus les patients hospitalisés pour un diagnostic principal codé en I20 à I25 pour les cardiopathies ischémiques ; I20.0 et I21 à I23 pour les syndromes coronaires aigus et les codes I21 à I23 pour l'infarctus du myocarde.

LIMITES ET BIAIS : Ces chiffres ne permettent pas de différencier les premiers événements des récurrences. Les décès prématurés avant l'arrivée à l'hôpital ne sont ici pas comptabilisés.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Mortalité par cardiopathie ischémique

SOURCES : Données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee.

CHAMP : France entière, population tous âges

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 de I20 à I25 pour les cardiopathies ischémiques ; les codes I21 à I23 pour l'infarctus du myocarde.

LIMITES ET BIAIS : Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès, en particulier en cas de mort subite coronaire inaugurale (Ducimetière, 2006).

RÉFÉRENCES : Ducimetière P., Jouglu E., Haas B., Montaye M., Ruidavets J.-B., Amouyel P., Arveiler D., Ferrières J., Bingham A., 2006, « mortalité coronaire en France selon les sources d'information », Revue Epidémiologique de santé publique », 54 : p. 453-461

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INSERM-CÉPIDC

CARDIOVASCULAIRE

Accidents vasculaires cérébraux

- **Contexte**

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) recouvrent un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. On distingue deux grands types d'AVC : les AVC hémorragiques, dus à une rupture d'un vaisseau sanguin, et les AVC ischémiques consécutifs à l'obstruction d'une artère cérébrale. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des accidents vasculaires d'origine ischémique caractérisés par la régression précoce et complète des déficits neurologiques, ainsi que par l'absence d'image d'infarctus cérébral. Les AVC sont des pathologies graves, handicapantes et fréquentes. En France, ils représentent la première cause de handicap moteur non traumatique, la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer et la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes). Les recommandations pour la prise en charge des AVC publiées en 2002 et complétées en 2009, les circulaires de 2003 et de 2007 décrivant le fonctionnement des unités neuro-vasculaires et plus récemment, le plan d'actions national AVC 2010-2014 ont permis des évolutions notables de la prévention, de la prise en charge et de l'organisation des filières de soins. Ces différentes mesures avaient pour but de répondre à l'objectif de la loi de santé publique de 2004 de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des AVC.

- **Indicateurs**

Mortalité par AVC en 2010

Les données recueillies à partir des certificats de décès montrent que le nombre de décès par maladie cérébrovasculaire en cause initiale en France s'élevait à 32 509 en 2010 dont 58 % de femmes (18 883 décès) (tableau 1). Ces décès représentaient 22,3 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire et 5,9 % de l'ensemble des décès. Les AVC représentaient 90 % des décès par maladie cérébrovasculaire avec 28 949 décès en 2010 dont 12 060 chez les hommes et 16 889 chez les femmes.

Les taux bruts de mortalité par maladie cérébrovasculaire et AVC étaient respectivement de 50,2 et de 44,7 pour 100 000 habitants. Ce taux augmentait de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre près de 962 décès par maladie cérébrovasculaire pour 100 000 chez les plus de 85 ans.

Après standardisation sur l'âge, c'est-à-dire à structure d'âge identique, les hommes avaient un taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire supérieur à celui des femmes (58,9 vs. 45,9 pour 100 000), de même pour les décès par AVC (51,9 vs. 41,2/100 000).

Entre 2000 et 2010, le taux standardisé de mortalité par AVC a diminué de plus de 30 % tous âges confondus et d'environ 28 % chez les moins de 65 ans (graphique 1).

L'analyse des taux standardisés régionaux montre des disparités importantes de mortalité par AVC sur le territoire français. La mortalité était très élevée dans tous les départements d'outre-mer (85,3 et 79,3 pour 100 000 à la Réunion et en Guadeloupe) (graphique 2). En métropole, le Nord-Pas-de-Calais (59,5/100 000), la Bretagne (54,4/100 000) et le Limousin (53,8/100 000) affichaient les taux les plus élevés dépassant de plus de 10 % le taux national moyen. Les régions Ile-de-France (38,2/100 000) et Rhône-Alpes (42,3/100 000) avaient les taux les plus bas du territoire français.

En 2009, les estimations de l'OMS à partir de la base HFA-DB, ainsi que celles délivrées par Eurostat pour les années 2008 à 2010, plaçaient la France avec le taux standardisé de mortalité par maladie cérébrovasculaire le plus faible de l'Union européenne, précédant

l'Autriche, les Pays-Bas, l'Espagne, l'Allemagne et la Belgique. A l'inverse, la Bulgarie, la Roumanie, la Croatie et la Slovaquie enregistraient les taux les plus élevés.

Patients hospitalisés pour AVC en 2012

En 2012, 146 550 patients domiciliés en France ont eu une hospitalisation complète pour maladie cérébrovasculaire (tableau 2). Pour 105 310 patients (72 %), le diagnostic principal était un AVC avéré (premier événement ou récurrence) et pour 19 597 (13 %) le diagnostic principal était un AIT. Le taux brut de patients hospitalisés était de 5,4 pour 100 000 chez les moins de 25 ans et augmentait avec l'âge pour atteindre 1 958 pour 100 000 chez les 85 ans et plus. Les taux standardisés étaient de 231,9 pour 100 000 pour les maladies cérébrovasculaires, de 165,4/100 000 pour les AVC et de 30,8 pour 100 000 pour les AIT. Les taux de patients hospitalisés étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, que le diagnostic soit une maladie cérébrovasculaire (287,5 vs. 186,8/100 000), un AVC (200,5 vs. 136,4/100 000) ou un AIT (35,3 vs.27,1).

L'analyse de l'évolution entre 2002 et 2012 des taux standardisés de patients hospitalisés pour AVC montre une légère diminution chez les hommes (-4,6 %) et les femmes (-2,7 %) tous âges confondus (graphique 3). En revanche, chez les moins de 65 ans, ce taux a significativement augmenté entre 2002 et 2012 (+13,3 % pour les hommes et +16,3 % pour les femmes). Ces résultats sont cohérents avec les données du registre des AVC de Dijon qui montraient une augmentation de l'incidence des AVC chez les moins de 55 ans entre 1985 et 2011 (Béjot, 2013).

De même que pour la mortalité par AVC, il existait des disparités régionales importantes avec des taux élevés dans le Nord-Pas-de-Calais (197,5/100 000), en Picardie (187,8/100 000), en Bretagne (190,0/100 000) et en Franche-Comté (189,0/100 000) (graphique 4). Dans les DOM, les taux observés en Guyane et à la Réunion étaient très supérieurs au taux national moyen avec respectivement 296,9 et 223,1/100 000.

La France ne figure qu'au 5ème rang des taux d'hospitalisation les plus bas de l'Union européenne pour maladie cérébrovasculaire d'après les données de la base HFA-DB de l'OMS derrière Malte, l'Irlande, l'Espagne et le Royaume-Uni. Les taux les plus élevés ont été observés en Hongrie, Lituanie, Estonie, Bulgarie, Roumanie, République Tchèque et Allemagne.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

Les accidents vasculaires cérébraux et plus généralement les maladies cérébrovasculaires sont une cause majeure de mortalité et de handicap. En 2010, ils ont été la cause de 32 509 décès (soit 5,9 % de l'ensemble des décès et 22,3 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire) et de 146 550 patients hospitalisés. Les données du PMSI montrent, tous âges confondus, une diminution du taux de patients hospitalisés pour AVC entre 2002 et 2012. Cependant l'évolution chez les moins de 65 ans sur cette période est défavorable avec une augmentation sensible du taux de patients hospitalisés. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue des taux standardisés de décès pour AVC entre 2000 et 2010. Les régions Nord-Pas-de-Calais, Bretagne et Limousin ainsi que les quatre départements d'outre-mer présentaient les taux de mortalité par AVC les plus élevés.

Tableau 1 : Nombre et taux de décès par maladie cérébrovasculaire et AVC selon le sexe et l'âge, en 2010

	Maladie cérébrovasculaire			AVC		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès						
Moins de 25 ans	29	20	49	27	17	44
25-44 ans	232	136	368	221	128	349
45-64 ans	1 592	874	2 466	1 474	819	2 293
65-84 ans	6 932	6 959	13 891	6 156	6 309	12 465
85 ans et plus	4 841	10 894	15 735	4 182	9 616	13 798
Total tous âges	13 626	18 883	32 509	12 060	16 889	28 949
Taux brut*						
Moins de 25 ans	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
25-44 ans	2,8	1,6	2,2	2,6	1,5	2,1
45-64 ans	19,2	10,0	14,5	17,8	9,4	13,5
65-84 ans	173,8	134,4	151,6	154,3	121,9	136,0
85 ans et plus	993,0	948,9	962,1	857,9	837,6	843,7
Total tous âges	43,4	56,5	50,2	38,5	50,5	44,7
Taux standardisé**						
	58,9	45,9	51,4	51,9	41,2	45,8

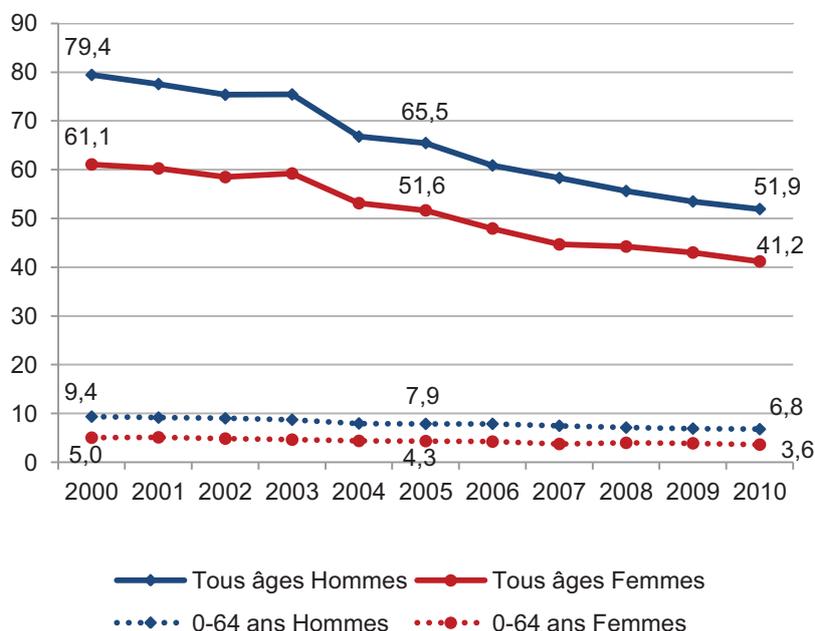
*Taux de décès pour 100 000 habitants.

**Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière.

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Graphique 1 : Évolution des taux* de décès par AVC selon le sexe de 2000 à 2010

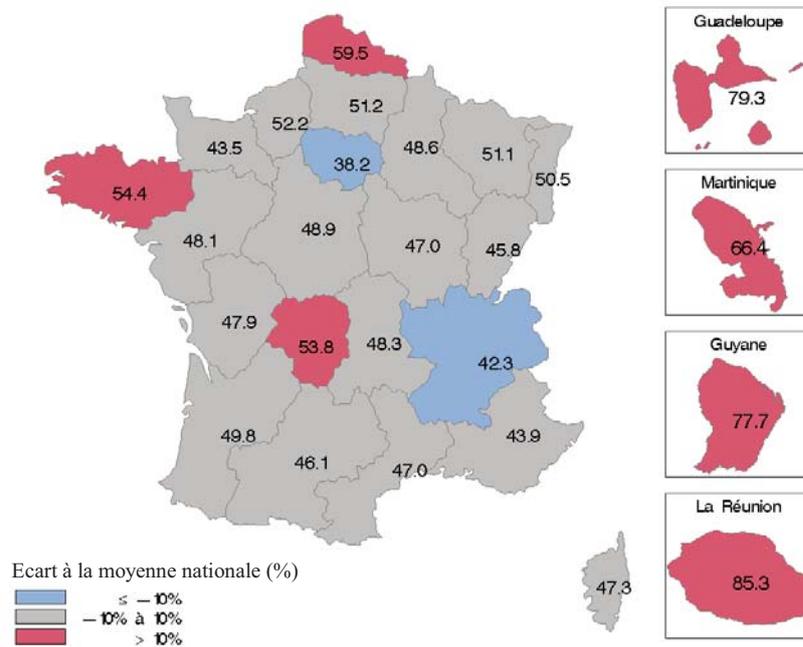


* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Source : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Carte 1 : Taux* régionaux de décès par AVC (2008-2010)



Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Tableau 2 : Nombre et taux de patients hospitalisés en soins de courte durée MCO avec un diagnostic principal de maladie cérébrovasculaire, d'AVC ou d'AIT selon le sexe et l'âge, en 2012

	Maladie cérébrovasculaire			AVC			AIT		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	578	504	1 082	463	390	853	8	12	20
25-44 ans	3 155	3 117	6 272	2 535	2 261	4 796	236	191	427
45-64 ans	19 809	10 738	30 547	13 818	7 241	21 059	2 081	1 312	3 393
65-84 ans	40 215	33 232	73 447	26 825	23 874	50 699	5 076	5 240	10 316
85 ans et plus	11 452	23 750	35 202	8 831	19 072	27 903	1 680	3 761	5 441
Total tous âges	75 209	71 341	146 550	52 472	52 838	105 310	9 081	10 516	19 597
Taux brut*									
Moins de 25 ans	5,6	5,1	5,4	4,5	4,0	4,2	0,1	0,1	0,1
25-44 ans	38,0	36,7	37,4	30,5	26,7	28,6	2,8	2,3	2,5
45-64 ans	236,6	121,8	177,7	165,0	82,2	122,5	24,9	14,9	19,7
65-84 ans	954,1	622,5	768,8	636,5	447,2	530,7	120,4	98,2	108,0
85 ans et plus	2 105,0	1 894,0	1 957,8	1 623,2	1 520,9	1 551,9	308,8	299,9	302,6
Total tous âges	237,5	211,5	224,1	165,7	156,7	161,0	28,7	31,2	30,0
Taux standardisé**	287,5	186,8	231,9	200,5	136,4	165,4	35,3	27,1	30,8

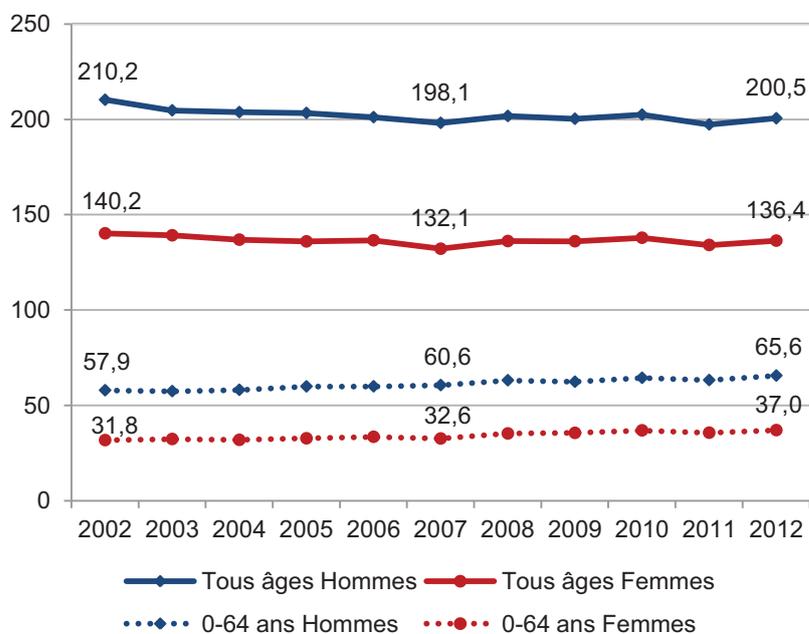
*Taux de patients hospitalisés pour 100 000 habitants

**Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Base nationale PMSI (ATIH), statistiques démographiques : Insee

Graphique 2 : Évolution des taux* de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'AVC selon le sexe de 2002 à 2012

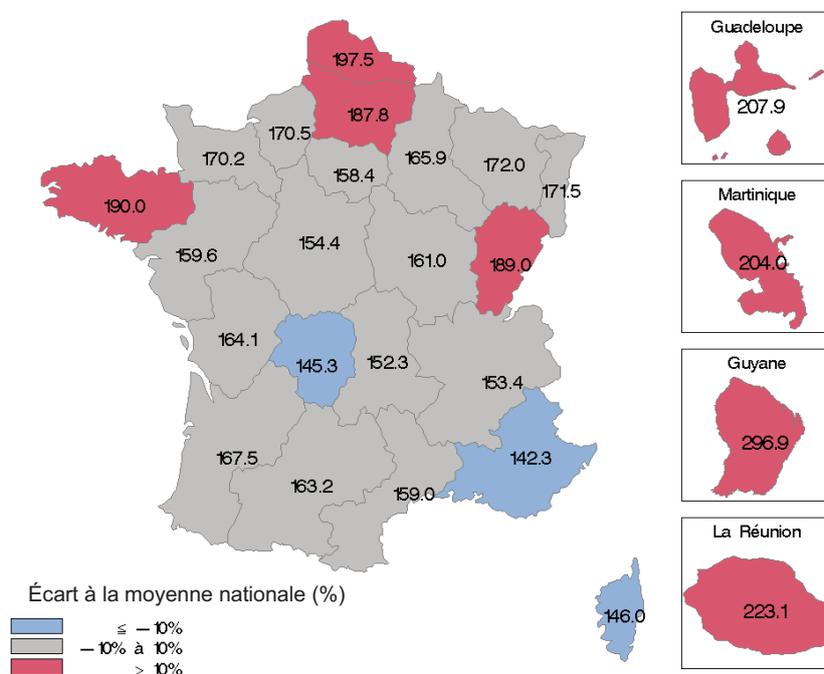


*Taux pour 100 000 standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Base nationale PMSI (ATIH), statistiques démographiques : Insee

Carte 2 : Taux* régionaux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'AVC, en 2012



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Base nationale PMSI (ATIH), statistiques démographiques : Insee

INDICATEUR : Mortalité par AVC

SOURCES : Données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

CHAMP : France entière, population tous âges

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Pour les maladies cérébrovasculaires, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-10 I60 à I69 ; pour les accidents vasculaires cérébraux les codes I60 à I64.

LIMITES ET BIAIS : sous-estimation des maladies cérébrovasculaires en tant que cause initiale de décès.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INSERM-CÉPIDC

INDICATEUR : Hospitalisations pour AVC

SOURCES : Base nationale PMSI, ATIH, exploitation InVS, statistiques démographiques : Insee

CHAMP : France entière, population tous âges

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Pour les maladies cérébrovasculaires, ont été retenus les patients hospitalisés en diagnostic principal pour un des codes CIM-10 suivant : de I60 à I69 ; pour les accidents ischémiques transitoires les codes G45 (sauf G45.4) ; pour les accidents vasculaires cérébraux les codes I60 à I64 et G46 (avec diagnostic associé en I60 à I64),

LIMITES ET BIAIS : Ces chiffres ne permettent pas de différencier les différents sous-types d'AVC ni les premiers événements des récives. Les décès prématurés avant l'arrivée à l'hôpital ne sont ici pas comptabilisés.

RÉFÉRENCES: Béjot Y., Daubail B., Jacquin A., Durier J., Osseby G.-V., Rouaud O., Giroud M., 2013, « Trends in the incidence of ischaemic stroke in young adults between 1985 and 2011 : the Dijon Stroke Registry. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 0: p.1-5

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

CARDIOVASCULAIRE

Insuffisance cardiaque

- **Contexte**

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie grave et fréquente constituant ainsi un problème de santé publique majeur. Il s'agit d'une affection chronique complexe dont la symptomatologie est susceptible d'affecter fortement la qualité de vie des patients atteints. D'après la société européenne de cardiologie, elle touche à 1 à 2 % de la population adulte dans les pays développés, et plus de 10 % des personnes de 70 ans et plus (1). En France, sa prévalence a été estimée en 2002 à 2,2 % dans la population générale et à 11,9 % chez les 60 ans et plus consultant en médecine générale (2). La fréquence de l'IC augmente avec l'âge et est susceptible de croître en raison du vieillissement de la population et de la meilleure prise en charge des événements coronaires aigus graves à l'origine de l'IC.

L'évolution de l'IC est marquée par des épisodes de décompensations aiguës, source de nombreuses hospitalisations dont la létalité est élevée. En France, celle-ci a été estimée à 8,8 % en intra-hospitalier en 2009 par l'Observatoire Français de l'IC Aiguë (OFICA) (3).

La validité des bases médico-administratives (PMSI, certificats de décès) n'a pas encore été évaluée concernant l'IC. En effet, sur les certificats de décès comme dans le PMSI, il peut y avoir codage de la pathologie à l'origine de l'IC, ou encore des causes immédiates de la décompensation aiguë, plutôt que de l'IC. Ainsi, l'exploitation de l'IC en tant que cause initiale de décès ou diagnostic principal d'hospitalisation conduit très probablement à une sous-estimation de la fréquence de cette pathologie.

- **Indicateurs**

Mortalité par IC en 2010

En 2010, 21 186 décès pour lesquels l'IC était notifiée en tant que cause initiale sur le certificat de décès ont été recensés, dont une majorité de femmes (12 674 soit 59,8 %) (tableau 1). Les deux-tiers (66,6 %) des personnes décédées étaient âgées de 85 ans ou plus. Cette proportion s'élevait à plus de 75,0 % chez les femmes et à 54,0 % chez les hommes. La part des décès prématurés (avant 65 ans) était faible (3,5 % des décès au total, et seulement 1,7 % chez les femmes).

En 2010, le taux brut de mortalité global pour IC était de 32,7 pour 100 000 habitants. Il était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (37,9 vs. 27,1) et s'élevait à 862,2 pour 100 000 chez les 85 ans et plus. Après standardisation sur l'âge, le taux de mortalité global estimé était de 32,9 pour 100 000 habitants et était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (38,8 vs. 29,1).

Il a diminué de façon importante entre 2000 et 2010 (-33,4 %), autant chez les hommes que chez les femmes. La diminution était du même ordre de grandeur chez les moins de 65 ans et les 65 ans et plus (graphique 1). Il existait des disparités régionales importantes (graphique 2). Le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine, la Franche-Comté ainsi que quelques régions du Sud et de l'Ouest (Poitou-Charentes, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Corse) présentaient des taux standardisés de mortalité supérieurs à la moyenne nationale de plus de 10 %. A l'inverse, l'Île-de-France et l'Alsace affichaient des taux de mortalité inférieurs d'au moins 10 % par rapport à l'ensemble du territoire.

Patients hospitalisés pour IC en 2012

En 2012, le nombre de patients hospitalisés pour IC en hospitalisation complète s'élevait à 156 388 (tableau 2). La répartition hommes-femmes était équilibrée (49 % d'hommes, 51 % de femmes). 10,6 % des patients avaient moins de 65 ans et 41,3 % 85 ans ou plus. Dans cette dernière catégorie d'âge, la part des femmes était près de deux fois plus importante

(64 % vs. 36 % pour les hommes). Par ailleurs, 19,7 % des personnes hospitalisées une première fois en 2012 ont été ré-hospitalisées au moins une fois pour le même motif au cours de cette année, contre 15,3 % en 2002. Le nombre moyen d'hospitalisations par personne était estimé à 1,3 pour 2012.

Le taux brut de patients hospitalisés pour IC s'élevait à 239,1 pour 100 000 personnes. Le taux était égal à 1,7 pour les 0-25 ans. Il augmentait ensuite avec l'âge pour atteindre 3 590,6 pour 100 000 chez les 85 ans et plus. Le taux standardisé sur l'âge était globalement égal à 238,9 pour 100 000 personnes et nettement plus élevé pour les hommes que pour les femmes (308,4 vs 190,0 pour 100 000).

Entre 2002 et 2012, le taux standardisé de patients hospitalisés pour IC a diminué de 6,0 % (graphique 3). La diminution était plus importante chez les hommes que chez les femmes (-9,2 % vs. -3,6 %).

Les taux standardisés sur l'âge variaient d'une région à l'autre (graphique 4). Les régions ayant des taux supérieurs à la moyenne nationale de plus de 10 % se concentraient dans la moitié Nord de la France (Bretagne, Alsace Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne), ainsi qu'à la Réunion qui enregistrait le taux standardisé le plus élevé (313,2 pour 100 000 habitants). A l'inverse, les régions du Sud-Est présentaient des taux bien inférieurs à la moyenne nationale (écart de plus de 10 %), notamment en Languedoc-Roussillon (183,7 pour 100 000).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

L'IC est une maladie grave et fréquente chez le sujet âgé, à l'origine de 21 000 décès en 2010. Entre 2000 et 2010, une réduction de 33,4 % du taux de mortalité standardisé sur l'âge a été observée. Le taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour IC n'a en revanche diminué que de 6,0 % entre 2002 et 2012. La proportion de personnes ré-hospitalisées en cours d'année a progressé de 4,4 % entre 2002 et 2012. L'IC touche essentiellement des populations âgées avec un âge moyen de décès de 86,3 ans pour 2010. Les analyses ont mis en évidence d'importantes disparités régionales en termes de mortalité et d'hospitalisations. Les taux standardisés de décès étaient particulièrement élevés dans le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine, la Franche-Comté, le Poitou-Charentes, l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon et la Corse. Les régions du Nord-Ouest au Nord-Est, ainsi que La Réunion, ont enregistré des taux standardisés de personnes hospitalisées pour IC supérieurs à la moyenne nationale de plus de 10 %. A l'inverse, le Languedoc-Roussillon, les régions PACA et Rhône-Alpes présentent des taux moins importants par rapport à l'ensemble du territoire.

Tableau 1 : Nombre et taux de décès par insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge, en 2010

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de décès			
Moins de 25 ans	5	2	7
25-44 ans	64	27	91
45-64 ans	470	185	655
65-84 ans	3 379	2 952	6 331
85 ans et plus	4 594	9 508	14 102
Total tous âges	8 512	12 674	21 186
Taux brut*			
Moins de 25 ans	0,0	0,0	0,0
25-44 ans	0,8	0,3	0,5
45-64 ans	5,7	2,1	3,9
65-84 ans	84,7	57,0	69,1
85 ans et plus	942,4	828,2	862,2
Total tous âges	27,1	37,9	32,7
Taux standardisé**			
	38,8	29,1	32,9

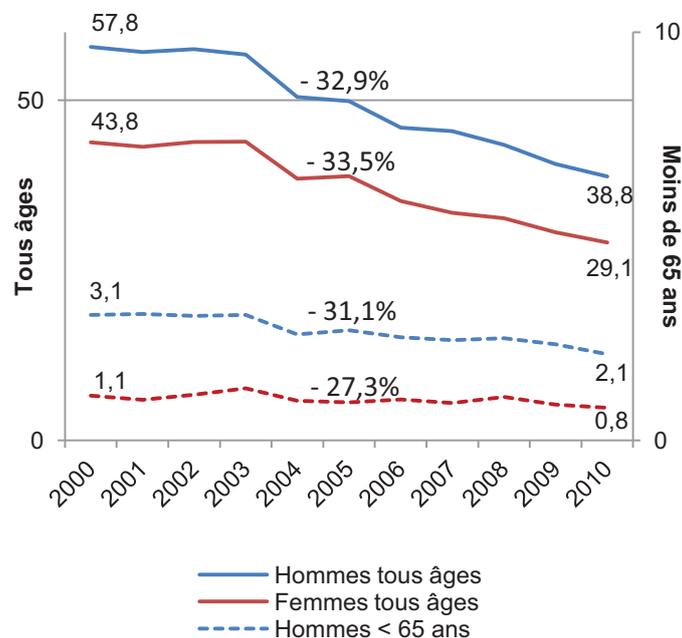
*Taux pour 100 000 habitants.

**Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Graphique 1 : Évolution des taux* de décès par insuffisance cardiaque selon le sexe de 2000 à 2010

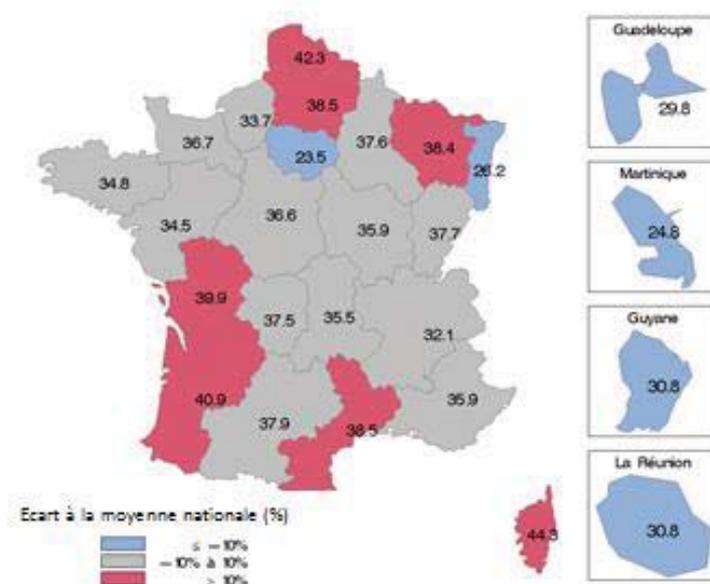


*Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Carte 1 : Taux* régionaux de décès par insuffisance cardiaque (2008-2010)



*Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Tableau 2 : Nombre et taux de patients hospitalisés en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge, en 2012

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés			
Moins de 25 ans	169	180	349
25-44 ans	984	501	1 485
45-64 ans	10 418	4 319	14 737
65-84 ans	41 780	33 477	75 257
85 ans et plus	23 291	41 269	64 560
Total tous âges	76 642	79 746	156 388
Taux brut*			
Moins de 25 ans	1,7	1,8	1,7
25-44 ans	11,9	5,9	8,9
45-64 ans	124,4	49,0	85,8
65-84 ans	991,3	627,1	787,8
85 ans et plus	4 281,1	3 291,0	3 590,6
Total tous âges	242,0	236,5	239,1
Taux standardisé**	308,4	190,0	238,9

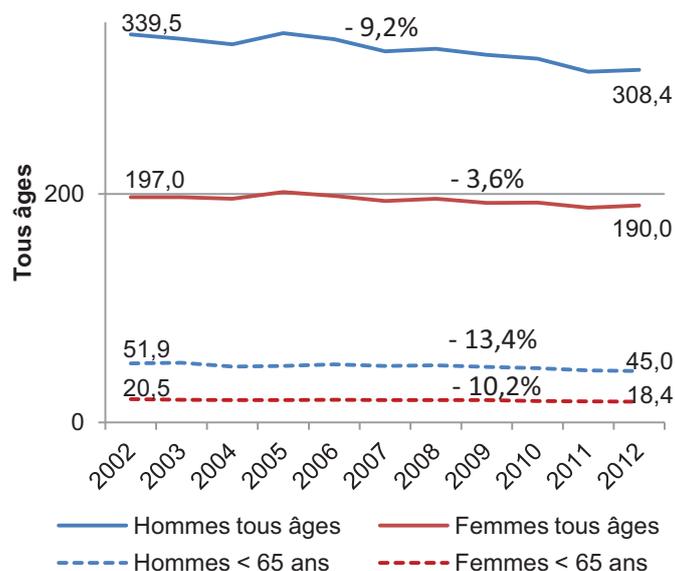
*Taux pour 100 000 habitants.

**Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Base nationale PMSI (ATIH), statistiques démographiques : Insee

Graphique 2 : Évolution des taux* de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque selon le sexe de 2002 à 2012

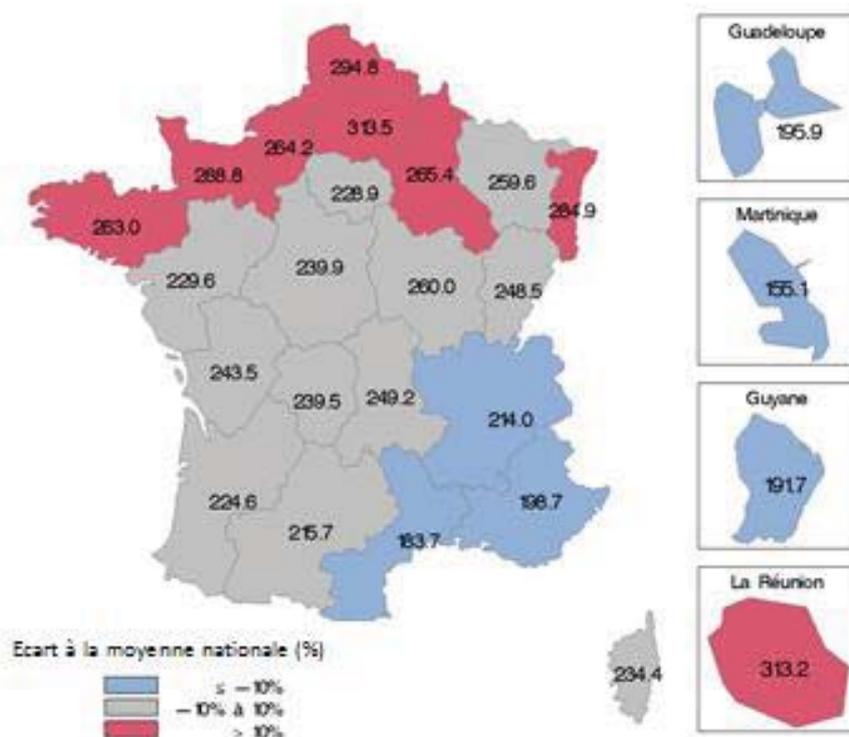


*Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Base nationale PMSI (ATIH), statistiques démographiques : Insee

Carte 2 : Taux* régionaux de patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque, en 2012



*Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Base nationale PMSI (ATIH), statistiques démographiques : Insee

INDICATEUR : Mortalité par insuffisance cardiaque

SOURCES : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

CHAMP : France entière

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat IARC 2010. Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un code CIM-10 I50. Les années 2008 à 2010 ont été regroupées afin d'éviter les fluctuations d'effectifs dans chaque région.

LIMITES ET BIAIS : Sous-estimation de l'insuffisance cardiaque en tant que cause initiale de décès lors de pathologie cardiaque préexistante (en particulier en cas de cardiopathie ischémique).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INSERM-CÉPIDC

INDICATEUR : Hospitalisations pour insuffisance cardiaque

SOURCES : Bases nationales PMSI (ATIH, exploitation InVS) et statistiques démographiques (Insee).

CHAMP : France entière.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat IARC 2010. Ont été retenus les séjours comportant un code CIM-10 I50 en diagnostic principal. Les unités de compte sont les patients, ayant eu au moins une hospitalisation complète, après exclusion des séances, des GHM de transfert et des hospitalisations de jour sauf en cas de décès.

LIMITES ET BIAIS : Comme pour les décès, il est probable qu'il y ait une sous-estimation des hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans le PMSI, en particulier lorsque la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque est codée en diagnostic principal.

RÉFÉRENCES :

- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. « ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. », European Heart Journal, 2012 ; 33(14) :1787-847, July.

- Saudubray T, Saudubray C, Viboud C, Jondeau G, Valleron AJ, Flahault A, et al. « Prevalence et prise en charge de l'insuffisance cardiaque en France: enquête nationale auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles. », La Revue de Médecine Interne, 2005 ; 26(11) :845-50, November.

- Logeart D, Degroote P, Dujardin J-J, Jondeau G, Juilliere Y, Mulak G, et al. « Medical journey and short-term outcome of acute heart failure: the OFICA study. », Archives of Cardiovascular Diseases Supplements, 2011 ; 3(1) : 33, January.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

CARDIOVASCULAIRE

Maladie veineuse thromboembolique

- **Contexte**

La maladie veineuse thromboembolique (MVTE) regroupe la thrombose veineuse (TV) et sa complication immédiate, l'embolie pulmonaire (EP). Pathologie fréquente et récidivante, elle présente une mortalité et une morbidité importantes, notamment chez le sujet âgé. L'incidence de la pathologie en France a été peu étudiée ; les dernières estimations donnaient une incidence de 183 pour 100 000 pour la MVTE et de 60 pour 100 000 pour l'EP en 1998 (Oger, 2000). L'incidence de cette pathologie augmente de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre plus de 1 % chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

La validité des bases médico-administratives et de mortalité n'a pas été évaluée pour la MVTE. Cependant, une étude française a montré une sensibilité élevée des codes diagnostiques de la CIM-10 utilisés pour le codage de l'EP (Casez, 2010). En raison de l'association fréquente de la MVTE avec d'autres pathologies, l'indicateur de mortalité est axé sur les causes multiples de décès du certificat (Olié, 2013). De même, l'indicateur patient hospitalisé prend en compte le diagnostic principal et le diagnostic associé du résumé de sortie anonyme.

- **Indicateurs**

Mortalité par MVTE en 2010

En 2012, 15 645 décès ont été répertoriés avec une MVTE en causes multiples dont 8 853 femmes et 6 792 hommes (tableau 1). La mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant 65 ans, concernait globalement 15,5 % des décès répertoriant une MVTE avec un déséquilibre homme-femme important (22 % chez les hommes et seulement 11 % chez les femmes).

Le taux brut de mortalité augmentait de façon importante avec l'âge. Inférieur à 0,5/100 000 chez les moins de 25 ans, il atteignait plus de 352/100 000 chez les plus de 85 ans. Le taux de mortalité en causes multiples standardisé sur l'âge était supérieur chez les hommes (28,1/100 000) comparé aux femmes (22,7/100 000).

Le taux standardisé de mortalité par MVTE a diminué de façon importante entre 2000 et 2010 avec une réduction de 31 % aussi bien chez les hommes que chez les femmes (graphique 1). Cette diminution était moins marquée chez les moins de 65 ans (environ 10 % chez les hommes et 5 % chez les femmes).

Les taux régionaux standardisés de décès différaient de manière importante selon la région (graphique 2).

Le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, l'Alsace, la Lorraine, l'Auvergne, la Guadeloupe et la Martinique affichaient, en 2010, les taux de mortalité par MVTE en causes multiples les plus élevés (> 30/100 000 habitants) et supérieurs de plus de 10 % à la moyenne nationale. En revanche, la Corse, la Réunion, la Bretagne, les Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes, l'Île-de-France ainsi que Provence-Alpes-Côte-D'azur et Midi-Pyrénées présentaient des taux inférieurs de plus de 10 % à la moyenne nationale.

Patients hospitalisés pour MVTE en 2012

En 2012, 124 263 personnes ont été hospitalisées au moins une fois avec une MVTE en diagnostic principal ou associé dont 57 777 présentaient une EP (tableau 2). Près de 90 % des patients hospitalisés pour MVTE ou EP étaient âgés de 45 ans et plus. Les femmes représentaient près de 55 % des patients hospitalisés pour MVTE (67 173) et pour EP (31 838). Le taux brut de patients hospitalisés pour MVTE ou pour EP augmentait de

manière exponentielle avec l'âge ; passant de 11,8 pour 100 000 chez les moins de 25 ans à plus de 1 223,2 pour 100 000 chez les plus de 85 ans pour la MVTE. Le taux standardisé de patients hospitalisés pour MVTE et EP était respectivement de 198,3 et 92,2 pour 100 000 habitants. Ce taux était supérieur chez les hommes par rapport aux femmes, 211,8 vs. 185,6 pour la MVTE et 96,6 vs. 87,5 pour l'EP.

Entre 2002 et 2012 le taux standardisé de patients hospitalisés pour une MVTE est resté assez stable chez les hommes (-1,1 %) et a diminué chez les femmes (-12,4 %) (Graphique 3). Cependant, avant 65 ans, on observait une augmentation de 18 % chez les hommes. Chez les femmes de moins de 65 ans, le taux de patients hospitalisés pour MVTE est resté stable.

Les taux standardisés de patients hospitalisés pour une MVTE en 2012 variaient d'une région à l'autre (graphique 4). Un grand quart Nord-Est présentait un taux standardisé supérieur à la moyenne nationale, avec un taux de 252,1/100 000 dans le Nord-Pas-de-Calais, 236,1/100 000 en Lorraine, 236,6/100 000 en Champagne-Ardenne, 229,4/100 000 en Franche-Comté et 228,9/100 000 en Picardie. La Bourgogne, Rhône-Alpes et la Basse-Normandie possédaient également des taux élevés avec respectivement 251,0, 237,1 et 219,7/100 000. En revanche, les taux étaient inférieurs d'au moins 10 % par rapport à la moyenne nationale en Bretagne, Pays-de-la-Loire, Limousin et Provence-Alpes-Côte-D'azur avec des taux standardisés inférieurs à 170/100 000. La Corse (137,5/100 000) et la Réunion (136,6/100 000) possédaient les taux standardisés les plus bas en France en 2012.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHÈSE

La maladie veineuse thromboembolique est une pathologie fréquente chez le sujet âgé et présente une mortalité et une morbidité importantes. En 2010, cette pathologie était responsable de 15 645 décès en causes multiples et de 124 263 hospitalisations en diagnostic principal et associé. L'évolution au cours des dix dernières années de la mortalité et du taux de patients hospitalisés est plutôt favorable chez les personnes de 65 ans et plus. En revanche, avant 65 ans et notamment chez les hommes l'augmentation de l'incidence de la MVTE hospitalisée est constante depuis 10 ans. Cette augmentation pourrait s'expliquer, en partie, par une amélioration des outils diagnostiques avec l'introduction de nouvelles techniques d'imagerie, par une meilleure survie des polytraumatisés et des patients atteints de cancer, qui sont deux populations à risque de MVTE mais également par une augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque de MVTE comme l'obésité en population générale. Les disparités régionales observées, assez concordantes entre la mortalité et les hospitalisations, indiquaient que le Nord-Est (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Alsace, Lorraine et Rhône-Alpes) et le Centre (Auvergne) étaient plus impactés que l'Ouest et le Sud de la France.

Tableau 1 : Nombre et taux de décès par maladie veineuse thromboembolique selon le sexe et l'âge, en 2010

	MVTE						Embolie Pulmonaire					
	Cause initiale			Causes multiples			Cause initiale			Causes multiples		
	Homme s	Femme s	Total	Homme s	Femme s	Total	Homme s	Femme s	Total	Homme s	Femme s	Total
Nombre de décès												
Moins de 25 ans	5	8	13	12	17	29	4	6	10	10	11	21
25-44 ans	59	65	124	151	147	298	49	55	104	135	133	268
45-64 ans	409	288	697	1474	949	2423	347	250	597	1223	821	2044
65-84 ans	1018	1249	2267	3452	3672	7124	855	1053	1908	2892	3119	6011
85 ans et plus	574	1553	2127	1703	4068	5771	476	1194	1670	1405	3271	4676
Total tous âges	2065	3163	5228	6792	8853	15645	1731	2558	4289	5665	7355	13020
Taux brut *												
Moins de 25 ans	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
25-44 ans	0,7	0,8	0,7	1,8	1,7	1,8	0,6	0,6	0,6	1,6	1,6	1,6
45-64 ans	4,9	3,3	4,1	17,8	10,9	14,3	4,2	2,9	3,5	14,8	9,4	12,0
65-84 ans	25,5	24,1	24,7	86,5	70,9	77,7	21,4	20,3	20,8	72,5	60,3	65,6
85 ans et plus	117,7	135,3	129,8	349,3	354,4	352,9	97,6	104,0	102,1	288,2	284,9	285,9
Total tous âges	6,6	9,5	8,1	21,7	26,5	24,2	5,5	7,7	6,6	18,1	22,0	20,1
Taux standardisé**	8,6	8,0	8,3	28,1	22,7	25,2	7,2	6,5	6,9	23,4	19	21

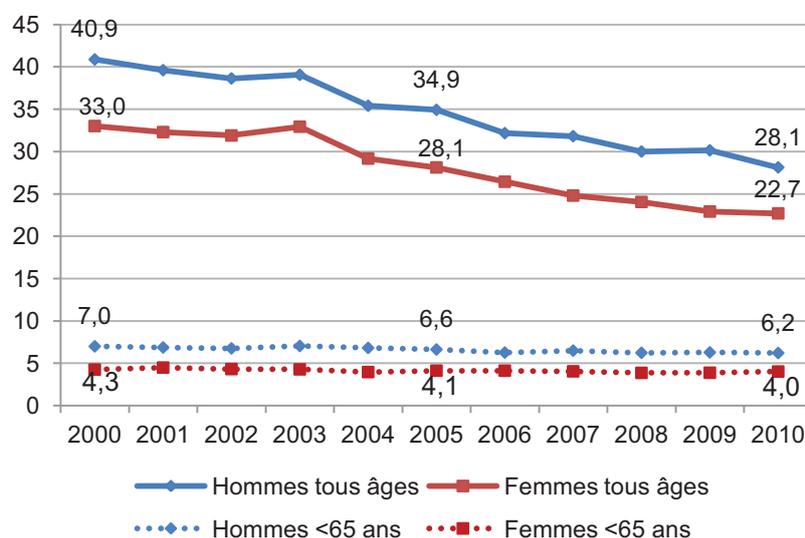
* Taux de décès pour 100 000 habitants

** Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Données de mortalité : INSERM CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Graphique 1 : Évolution des taux* de décès par MVTE en causes multiples selon le sexe de 2000 à 2010

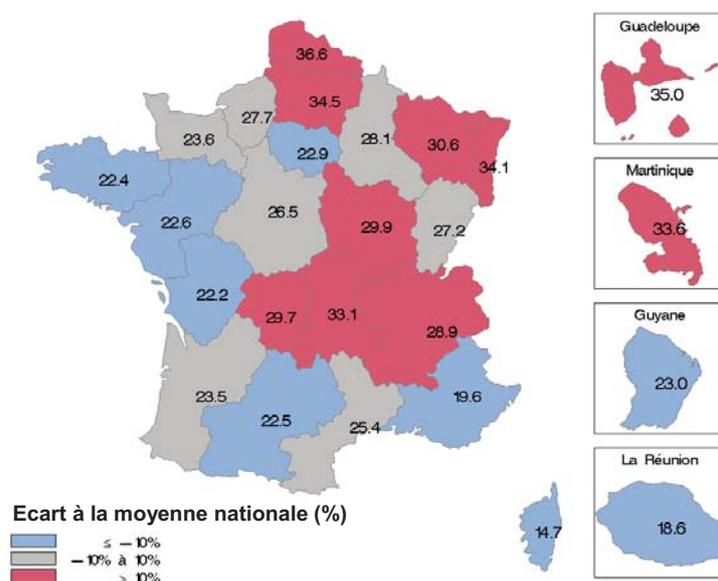


* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Carte 1 : Taux* régionaux de décès par MVTE en causes multiples (2008-2010)



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : données de mortalité : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

Tableau 2 : Nombre et taux de patients hospitalisés* en soins de courte durée MCO avec un diagnostic principal ou associé de MVTE ou d'embolie pulmonaire selon le sexe et l'âge, en 2012

	MVTE			Embolie Pulmonaire		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre de patients hospitalisés						
Moins de 25 ans	955	1 411	2 366	288	605	893
25-44 ans	4 954	5 792	10 746	2 238	2 687	4 925
45-64 ans	18 381	13 086	31 467	8 103	5 733	13 836
65-84 ans	26 446	31 244	57 690	12 313	15 264	27 577
85 ans et plus	6 354	15 640	21 994	2 997	7 549	10 546
Total tous âges	57 090	67 173	124 263	25 939	31 838	57 777
Taux brut						
Moins de 25 ans	9,3	14,3	11,8	2,8	6,2	4,4
25-44 ans	59,7	68,3	64,0	27,0	31,7	29,3
45-64 ans	219,5	148,5	183,1	96,8	65,0	80,5
65-84 ans	627,5	585,3	603,9	292,1	285,9	288,7
85 ans et plus	1 167,9	1 247,2	1 223,2	550,9	602,0	586,5
Total tous âges	180,2	199,2	190,0	81,9	94,4	88,3
Taux standardisé						
	211,8	185,6	198,3	96,6	87,5	92,2

*Taux pour 100 000 habitants

**Taux standardisés sur l'âge de la population européenne d'Eurostat (IARC, 2010)

Champ : France entière

Sources : Base nationale PMSI (ATIH), statistiques démographiques : Insee

INDICATEUR : Hospitalisations pour maladie veineuse thromboembolique (MVTE)

SOURCES : Base nationale PMSI, (ATIH), exploitation InVS, statistiques démographiques : Insee

CHAMP : France entière, population tous âges

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés selon la population européenne de 2010. Pour la MVTE les patients hospitalisés pour un diagnostic principal ou associé d'embolie pulmonaire (I26) ou de thrombose veineuse (I80 à I82) ont été retenus.

LIMITES ET BIAIS : Pas d'étude de validation de la base du PMSI pour l'étude de la MVTE. Pas de distinction possible entre premier événement et récurrence. Les thromboses veineuses non hospitalisées ne sont pas comptabilisées ici.

RÉFÉRENCES :

- Casez P., Labarère J., Sevestre M.-A., Haddouche M., Courtois X., Mercier S., Lewandowski E., Fauconnier J., François P., Bosson J.-L., 2010, « ICD-10 hospital discharge diagnosis codes were sensitive for identifying pulmonary embolism but not deep vein thrombosis », Journal of Clinical Epidemiology, 63 : 790-797.

- Oger E., EPI-GETBO study Group, 2000, « Incidence of venous thromboembolism: a community-based study in Western France », Thromb Haemost, 83 : p. 657-60

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Mortalité par MVTE

SOURCES : INSERM-CépiDc, statistiques démographiques : Insee

CHAMP : France entière

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat IARC 2010. Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un code CIM-10 d'embolie pulmonaire (I26) ou de thrombose veineuse (I80 à I82). Les années 2008 à 2010 ont été regroupées afin d'éviter les fluctuations d'effectifs dans chaque région.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INSERM-CÉPIDC

DIABÈTE

Surveillance des personnes diabétiques

- **Contexte**

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète. La prévalence du diabète traité ne cesse d'augmenter depuis les premières estimations réalisées à partir des bases de données de l'Assurance maladie (CnamTS), en 1998. A cette estimation de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, il faut ajouter les estimations de la prévalence du diabète connu (diagnostiqué) et du diabète non connu.

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques progresse mais reste encore insuffisant.

- **Indicateurs**

Prévalence du diabète traité pharmacologiquement

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement a augmenté de 4,4 % en 2010 à 4,6 % en 2012, soit 3 millions de personnes. La France se situe ainsi dans la moyenne européenne. En 2012, la prévalence est plus élevée chez les hommes (5,1 % vs. 4,1 %) et augmente avec l'âge pour atteindre 16,3 % chez les 75-79 ans, et diminue ensuite (figure 1). Elle varie aussi selon le niveau socio-économique (2,3 % chez les personnes bénéficiaires de la CMUC âgées de moins de 60 ans vs. 1,7 % chez les non bénéficiaires du même âge) et la région (figure 2). Les taux les plus élevés sont observés dans les départements d'outre-mer. Ces taux élevés s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des comportements alimentaires) et un risque génétique plus élevé.

Prévalence du diabète connu (traité pharmacologiquement et par régime seul)

La prévalence du diabète connu (traité pharmacologiquement ou par régime seul) est de 5,8 % (5,5 % de type 2) de la population âgée de 18 ans et plus, selon les données de l'enquête Obépi 2012. Les variations géographiques sont importantes : la prévalence brute est plus faible dans le Sud-Ouest (4,8 %), dans le Sud-Est (5,0 %) et dans l'Ouest (5,4 %) ; elle est intermédiaire en Ile-de-France (6,2 %), dans l'Est (6,3 %) et en Région méditerranéenne (6,8 %) ; elle est particulièrement élevée dans le Bassin Parisien (Champagne-Ardenne, Picardie, Bourgogne, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Centre ; 7,3 %) et surtout dans le Nord (9,9 %). Les personnes diabétiques de type 2 ont un niveau d'éducation plus faible que les personnes non diabétiques : 20 % ont un niveau primaire/CEP ou inférieur vs. 14 % des non diabétiques et 65 % déclarent des difficultés financières vs. 52 % des non diabétiques.

Niveau et distribution du risque vasculaire chez les patients diabétiques : niveau d'HbA1c, de cholestérol- LDL, de pression artérielle, d'IMC et statut tabagique

D'après les données de l'étude Entred, le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2, déclaré par les médecins, restait élevé en 2008 (figure 3). L'obésité était nettement plus fréquente chez les personnes diabétiques les plus défavorisées (faible niveau d'études ou ayant des difficultés financières), de même que le tabagisme et un mauvais contrôle glycémique : hémoglobine glycosylée (HbA1c)¹¹² >8 % chez les personnes ayant des difficultés financières. A niveau socio-économique équivalent, les personnes diabétiques originaires du Maghreb avaient plus fréquemment un mauvais contrôle glycémique que celles d'origine française (30 % vs. 15 %).

¹¹² L'HbA1c permet d'estimer le contrôle de la glycémie pendant les 3-4 mois précédents

En 2008, le contrôle de la pression artérielle des personnes diabétiques était beaucoup plus satisfaisant que celui des autres pays européens, celui de l'HbA1c également, mais de façon moindre. En revanche, le contrôle du cholestérol (et LDL) était moins satisfaisant.

Proportion de personnes diabétiques ayant réalisé dans l'année certains des examens de surveillance recommandés

Selon l'examen de surveillance considéré, le suivi des recommandations, estimé à partir des données du SNIIRAM, variait de 28 % (au moins une microalbuminurie) à 83 % (au moins une créatininémie) en 2012 (tableau 2). Entre 2007 et 2012, le suivi s'est amélioré mais de façon hétérogène selon les examens. Les progressions les plus marquées concernent la surveillance du contrôle glycémique. L'HbA1c a été dosée au moins 3 fois pour 48 % des personnes diabétiques (+ 10 points) et au moins 2 fois pour 73 % (+ 8 points). La pratique d'un ECG (ou une consultation de cardiologie) a concerné 35 % des personnes diabétiques en 2012 et a peu progressé par rapport à 2007 (+0,6 point). La proportion de personnes diabétiques ayant eu au moins une consultation d'ophtalmologie sur 2 ans (2011 ou 2012) est restée stable, autour de 62 %. Les études Entred ont aussi montré (résultats non présentés) qu'entre 2001 et 2007, le suivi ophtalmologique n'avait progressé que chez les personnes les plus socialement favorisées, alors que le suivi des autres examens avait progressé de façon similaire selon les niveaux de défavorisation.

Le suivi des examens de surveillance recommandés est hétérogène selon la région et l'examen (Figure 4). Les régions Alsace, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Ile-de-France, Corse et les DOM ont les proportions de personnes diabétiques ayant bénéficié d'au moins 3 dosages d'HbA1c les plus faibles à structure d'âge identique. La Guyane se démarque des autres régions, avec des proportions d'examen réalisés très faibles, à l'exception du dosage de la microalbuminurie qui est davantage effectué que dans le reste du territoire.

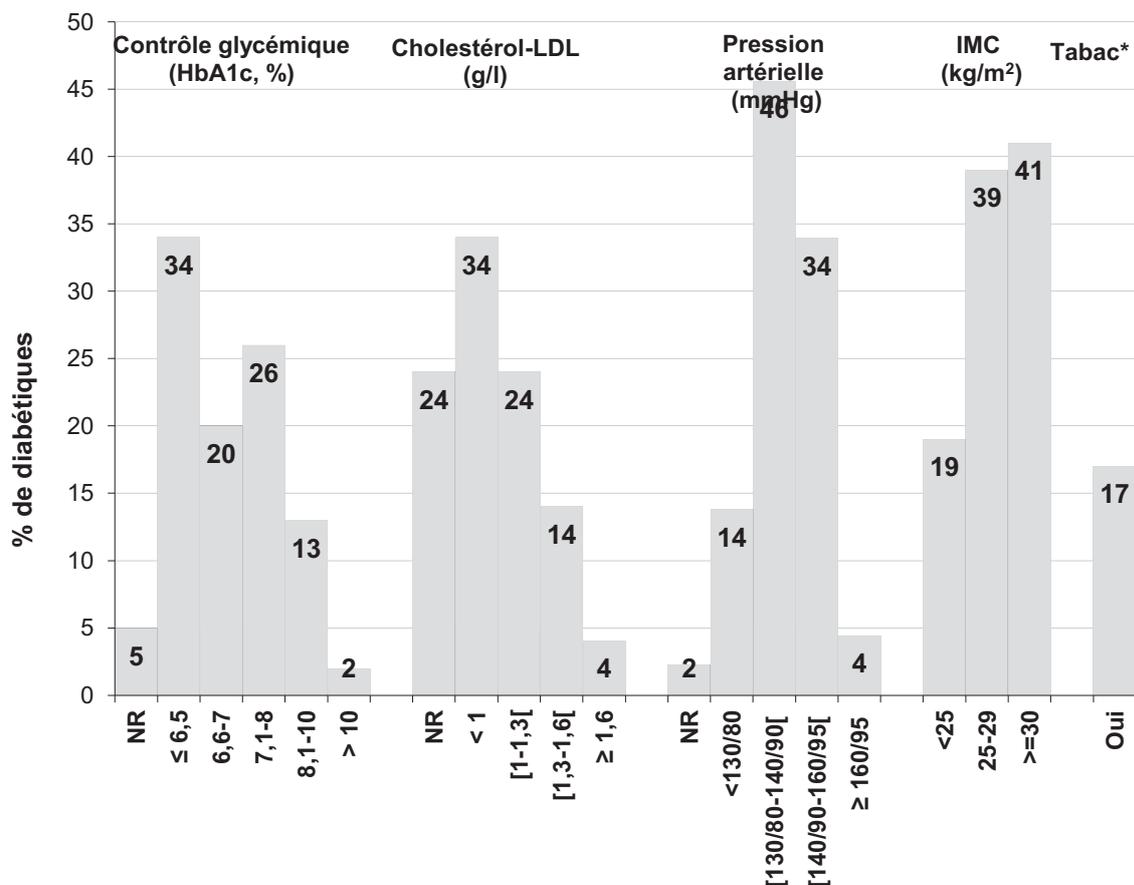
- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

En 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était estimée à 4,6 %, soit 3 millions de personnes. Les variations géographiques sont importantes, avec une prévalence particulièrement élevée dans le Nord et dans les DOM.

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont encore insuffisamment suivies. En 2012, entre 28 % (microalbuminurie) et 83 % (créatininémie) des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, avec de fortes variations régionales. Le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2 demeurait encore élevé en 2007.

Graphique 2 : Distribution des personnes diabétiques de type 2 selon le niveau de risque vasculaire en 2008



*Tabagisme actif ou arrêt de moins de 3 ans

Source : Entred 2007

Champ : France métropolitaine, personnes diabétiques de type 2, adultes, du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du RSI

Tableau 1 : Proportions de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, ayant réalisé dans l'année certains examens de surveillance recommandés

	Entred 2007*	SNIIRAM – 2012 **
≥ 3 dosages d'HbA1c	38.4	47.8
≥ 2 dosages d'HbA1c	64.6	72.6
≥ 1 dosage du cholestérol, triglycérides ou bilan lipidique	71.4	73.7
≥ 1 dosage de la créatininémie	79.7	83.1
≥ 1 dosage de la microalbuminurie	26.0	28.5
≥ 1 ECG (ou consultation de cardiologie libérale)	34.4	35.0
≥ 1 consultation d'ophtalmologie libérale / 2 ans (ou rétinographie)	63.0	62.2
≥ 1 consultation dentaire en libéral	33.0	35.9

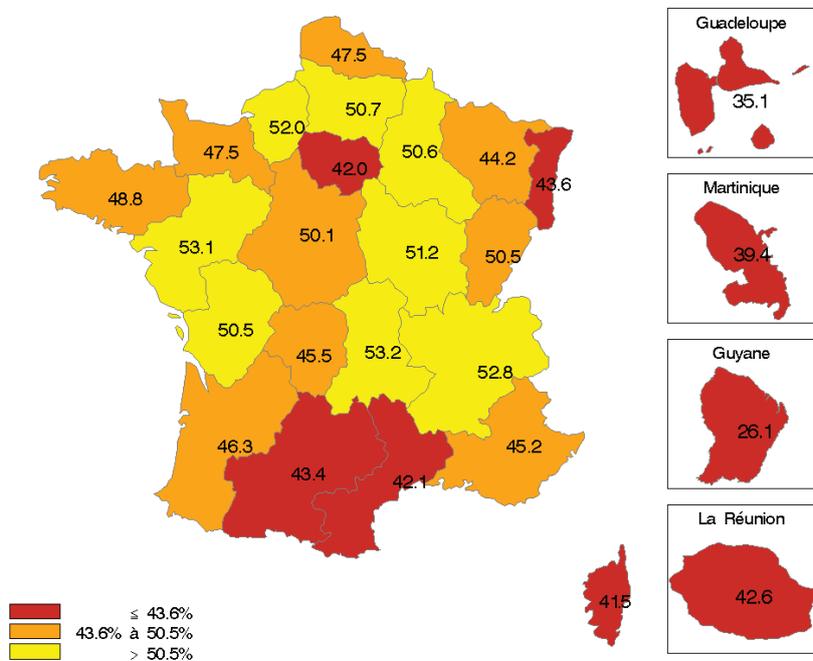
*Entred 2007 : estimations calculées sur un échantillon représentatif de 9 781 adultes diabétiques traités pharmacologiquement ; France entière, régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du RSI.

**SNIIRAM-2012 : estimations calculées sur les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement extraites du SNIIRAM, tous régimes, tous âges.

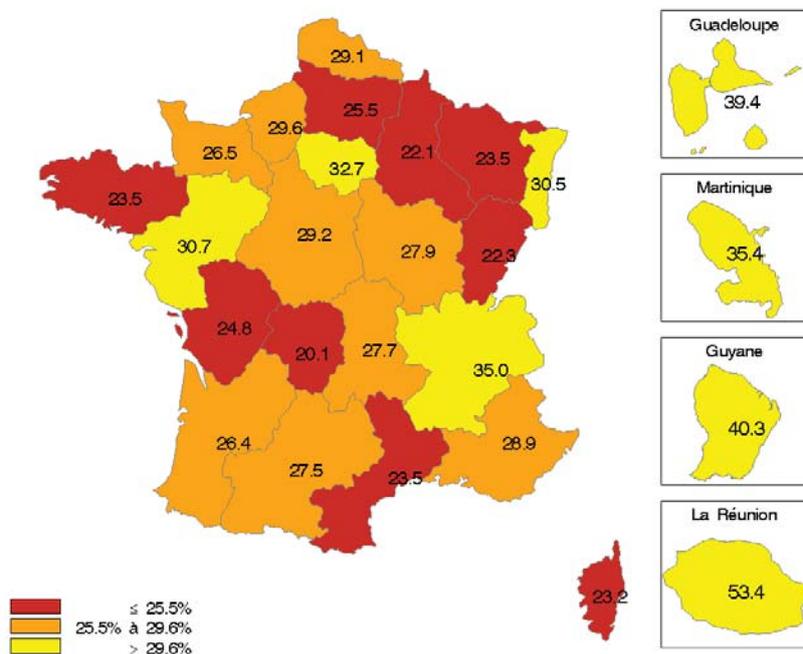
Sources : Entred 2007 et SNIIRAM

Cartes 2 : Proportions standardisées* de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement âgées de 45 ans ou plus, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages de l'HbA1c (4a.), 1 dosage de la microalbuminurie (4b.) en 2012 et une consultation d'ophtalmologie en 2011 ou 2012 (4c.), selon la région

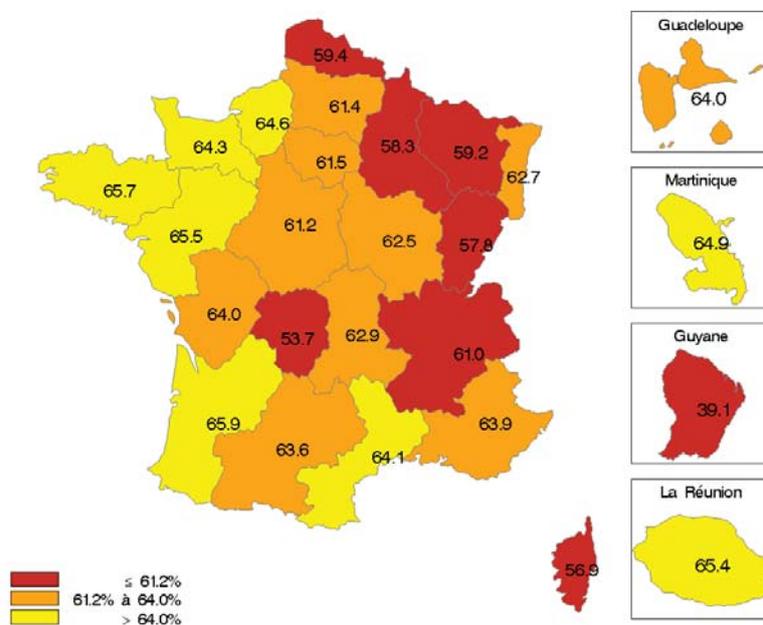
2a.



2b.



2c.



*Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne: Eurostat, population EU-27, 2010
 Source : SNIIRAM
 Champ : France entière (sauf Mayotte), tous régimes

SOURCE SNIIRAM

CHAMP : France entière (sauf Mayotte), tous âges, tous régimes

SOURCE : SNIIRAM, base médico-administrative permanente de l'Assurance maladie

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Pour la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, le numérateur est le nombre de personnes ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou insuline, ou 2 en cas de grand conditionnement, à des dates différentes au cours de l'année n ; le dénominateur est la population Insee moyenne des années n et n+1. Pour les examens de surveillance recommandés, le numérateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (cf supra) ayant bénéficié de l'examen recommandé ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (cf. supra). Les taux de prévalence et les proportions de personnes ayant bénéficié des examens recommandés au niveau régional sont standardisés sur l'âge de la population européenne: Eurostat, population EU-27, 2010

BIAIS CONNUS : Données de remboursement des principaux régimes de l'Assurance maladie, couvrant la presque totalité des assurés sociaux (97 %) ; les examens de surveillance recommandés réalisés en externe à l'hôpital et lors des hospitalisations en secteur public ne sont pas comptabilisés. L'algorithme de définition du diabète traité pharmacologiquement ne prend pas en compte les ALD (information non disponible dans le SNIIRAM pour l'ensemble des régimes), les personnes décédées ou n'ayant pas eu 3 remboursements d'antidiabétique du fait d'une hospitalisation, par exemple. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, cela n'induit donc pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS ET CNAMTS

SOURCE OBÉPI

CHAMP : Population française âgée de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires, France entière

SOURCE : OBÉPI 2012, Enquête épidémiologique nationale. 20 000 foyers du panel Kantar Health ont reçu par voie postale un questionnaire auto-administré de janvier à mars 2012. Les questionnaires de 25 714 adultes de 18 ans et plus, représentatifs de la population française, ont été complétés, dont 1 415 personnes diabétiques de type 2.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur est le nombre de personnes ayant auto-déclaré un diabète ; le dénominateur est le nombre de personnes interrogées dans l'enquête.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Il s'agit d'une enquête basée sur un panel permanent et non sur un échantillon aléatoire ; le diabète est auto-déclaré.

RÉFÉRENCES : Moisan M.-A. Charles, A. Crine, A. Basdevant, E. Eschwège, « Le diabète de type 2 en France en 2012. Données de l'enquête Obépi. », Diabetes Metab 2013,39,A85-P2071.

http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INSERM U1018

SOURCE ENTRED 2007

CHAMP : France entière, population adulte du régime général de l'Assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du régime social des indépendants (RSI).

SOURCE : Étude Entred, année 2007, portant sur 9 781 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général et du RSI, remboursées dans les 12 mois d'au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline, dont 3 894 personnes diabétiques de type 2 en métropole ayant répondu à un auto-questionnaire.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Facteurs de risque : IMC et tabagisme déclarés par les patients ; HbA1c, pression artérielle et cholestérol-LDL déclarés par les médecins pour les années 2007 ou 2008 (n=2 232). Données pondérées sur le plan de sondage et sur les caractéristiques des non répondants (âge, sexe, traitement par insuline et antidiabétique oral). Indicateurs de suivi des examens de surveillance : données extraites des bases de données de l'Assurance maladie pour l'ensemble de l'échantillon tiré au sort et pondérées sur le plan de sondage.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Exclusion des régimes de l'Assurance maladie autres que le régime général et le RSI, des sections locales mutualistes, des personnes hospitalisées pendant les 12 mois précédents l'étude ; indicateurs parfois imprécis, la pression artérielle est principalement rapportée en cmHg et non en mmHg. D'autres biais peuvent être liés à l'auto-déclaration des médecins (étude rétrospective, variabilité des mesures biologiques). Ces biais induisent probablement une vision du contrôle du risque vasculaire plus optimiste qu'en réalité. Concernant les indicateurs de suivi des examens de surveillance, Entred 2007 porte sur la population adulte alors que le SNIIRAM 2012 porte sur la population tous âges. Cependant, le biais induit par cette différence de population reste faible étant donné le faible effectif d'enfants diabétiques comparativement aux adultes diabétiques.

RÉFÉRENCES : Druet C, Roudier C, Romon I, Assogba F, Bourdel-Marchasson I, et al., « Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. » Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 140p. disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

DIABÈTE

Complications du diabète¹¹³

- **Contexte**

Les complications du diabète sont fréquentes et graves : infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). Toutefois, elles peuvent être retardées voire évitées grâce à un contrôle strict de la maladie.

- **Indicateurs**

Prévalence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète : infarctus du myocarde, maladies rénales chroniques, complications ophtalmologiques, mal perforant plantaire, dialyse ou greffe rénale

Les taux de complications sont estimés à partir des déclarations des personnes diabétiques et de leur médecin recueillies dans l'étude ENTRED (tableau 1). En 2007, 21 % des patients diabétiques de type 2 avaient déclaré une complication coronaire. Par ailleurs, 19 % des patients déclaraient avoir perdu la vue d'un œil ou avoir eu un traitement par laser et 31 % une insuffisance rénale chronique. Toutefois, ce taux était probablement surestimé en raison de la fréquence élevée de données manquantes. Enfin 1,5 % déclaraient une amputation d'un membre inférieur et 10 % un mal perforant plantaire actif ou guéri. Les complications étaient plus fréquentes chez les personnes ayant un niveau d'études plus faible (tableau 1). Cependant, à âge, sexe et traitement antidiabétique équivalents, seules les complications coronaires et podologiques étaient associées au niveau d'études. Par ailleurs, les complications ophtalmologiques étaient plus fréquentes chez les personnes diabétiques de type 2 d'origine d'Afrique du Nord que chez celles d'origine française (25 % vs. 18 %). Cette association restait significative à niveau socio-économique équivalent.

En 2012, d'après les données du registre du Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN), le taux de prévalence brut de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par dialyse ou greffe rénale est de 617/100 000 personnes diabétiques traitées. Il augmente avec l'âge, atteignant 763/100 000 personnes diabétiques âgées de 75 à 79 ans. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes diabétiques (686 vs. 536/100 000).

Incidence des hospitalisations de personnes diabétiques pour plaie du pied et amputations du membre inférieur (mineure/majeure)

En 2012, près de 7 500 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur et plus de 19 000 avec mention de plaie du pied. Le taux d'incidence brut des hospitalisations pour amputation est de 250/100 000 personnes diabétiques traitées et celui des hospitalisations pour plaie du pied est de 636/100 000. Entre 2010 et 2012, le taux d'incidence annuel des hospitalisations pour amputation est resté stable (258, 257 et 250/100 000, respectivement en 2010, 2011 et 2012), alors que celui des plaies du pied a augmenté (558, 606 et 636/100 000).

Les variations géographiques sont relativement importantes. En 2012, le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour amputation est relativement faible en Ile-de-France, en Bourgogne et en Languedoc-Roussillon, mais très élevé en Alsace, dans le Nord-Pas-de-Calais et dans les DOM (figure 1). Le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour plaie du pied est faible en Corse, à la Guadeloupe, à la Réunion, en Guyane et en Provence-Alpes-Côte-D'azur, mais très élevé en Champagne-Ardenne, Picardie, Alsace, Bourgogne,

¹¹³ Voir également fiche « insuffisance rénale chronique terminale »

Auvergne et surtout dans le Nord-Pas-de-Calais et en Martinique (figure 2). Toutefois, cette grande variabilité entre les régions, de même que l'augmentation temporelle, est également le reflet du mode de prise en charge des plaies du pied, voire des pratiques de codage.

Les personnes diabétiques hospitalisées pour amputation et plaie du pied sont âgées respectivement, de 70,8 ans et 71,4 ans en moyenne. Le taux d'incidence standardisé des hospitalisations pour amputation est 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et ce rapport est de 1,5 en ce qui concerne les plaies du pied. Les taux d'incidence augmentent avec l'âge pour atteindre respectivement 422/100 000 et 1 335/100 000 chez les personnes âgées de 85 ans et plus. Ils sont également plus élevés chez les personnes socio-économiquement défavorisées : le taux brut des hospitalisations pour amputation est de 213/100 000 personnes diabétiques âgées de 60 ans et moins et bénéficiaires de la CMUC vs. 147/100 000 chez les non bénéficiaires de cette même tranche d'âge et 493/100 000 vs. 377/100 000 pour les plaies du pied.

Ces taux sont probablement sous-estimés car ils n'intègrent pas les personnes diabétiques en institution ou hospitalisées sur le long terme, les plus malades, qui n'avaient pas eu au moins 3 remboursements de traitements antidiabétiques. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, et n'induit pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles.

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les diabétiques

En 2012, d'après les données du registre REIN, un diagnostic de diabète est mentionné pour 3 976 personnes nouvellement traitées pour IRCT, soit un taux d'incidence brut de l'IRCT de 133 / 100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Ce taux d'incidence augmente avec l'âge, atteignant 208 / 100 000 personnes diabétiques traitées âgées de 80 à 85 ans. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (155 vs. 106 / 100 000). Des variations géographiques sont également mises en évidence (figure 3), avec des taux élevés dans le Nord-Pas-de-Calais et en Lorraine et très élevés dans les DOM.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

En 2007, en France métropolitaine, entre 400 000 et 480 000 personnes diabétiques auraient subi une complication coronaire, 94 000 auraient perdu la vue d'un œil, entre 19 000 et 36 000 auraient été amputées d'un membre inférieur et entre 55 000 et 240 000 personnes auraient eu un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé. Les complications coronaires et podologiques étaient plus fréquentes parmi les personnes les plus défavorisées et les complications ophtalmologiques touchaient davantage les personnes d'origine d'Afrique du Nord.

En 2012, plus de 18 000 personnes diabétiques ont été traitées par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale chronique terminale, dont près de 4 000 nouvellement traitées au cours de cette année. Près de 7 500 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur et plus de 19 000 ont été hospitalisées avec mention de plaie du pied. Les taux d'incidence de ces complications varient en fonction des régions avec des valeurs très élevées dans le Nord-Pas-de-Calais, en Alsace et dans les DOM

Tableau 1 : Prévalence* des complications déclarées par les personnes diabétiques de type 2 et leur médecin en 2007-2008 selon le niveau d'études[§] (en %, IC 95%)

	Niveau d'études					Total
	Jamais scolarisé ou primaire non terminé	Primaire terminé- CEP	Collège	Lycée	≥BAC+2	
Infarctus du myocarde, angor ou revascularisation coronaire	23 (20-27)	22 (19-24)	20 (18-23)	17 (13-21.5)	16 (12-20)	21 (19-22)
Insuffisance rénale chronique**	38 (31-45)	38 (34-43)	25 (20-30)	21 (14-28)	21 (14-28)	31 (29-34)
Complication ophtalmologique***	26 (22-30)	20 (18-22)	14 (12-16)	18 (13-22)	19 (15-23)	19 (18-20)
Amputation d'un membre inférieur	1.7 (0.6-2.7)	2.0 (1.2-2.8)	1.2 (0.6-1.8)	0.5 (0.0-1.2)	0.5 (0.1-2.0)	1.5 (1.1-1.8)
Mal perforant plantaire	14 (11-17)	10 (9-12)	9 (7-11)	7 (4-9)	6 (4-7)	10 (9-11)

* Complications existantes avant l'enquête, déclarées par les personnes diabétiques de type 2

** Complication existante avant l'enquête, déclarée par le médecin définie par un DFG < 60 ml/min/1.73 m² ou dialyse ou greffe rénale (donnée manquante pour 15% des patients)

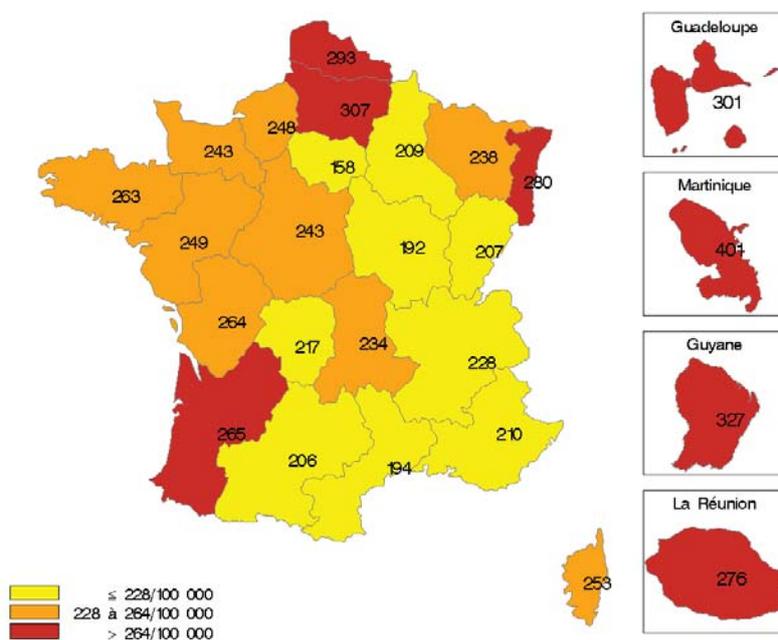
*** Complication ophtalmologique : traitement par laser ou perte définitive de la vue d'un œil

§ Le niveau d'études est également associé à l'âge et au sexe. Cependant, à âge, sexe et traitement antidiabétique équivalents, les complications coronaires et podologiques restaient associées au niveau d'études.

Source : ENTRED 2007

Champ : France métropolitaine, personnes diabétiques de type 2, adultes, du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du RSI

Carte 1 : Incidence standardisée* des hospitalisations pour amputation de membre inférieur (mineure/majeure) chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement âgées de 45 ans et plus, par région, en 2012

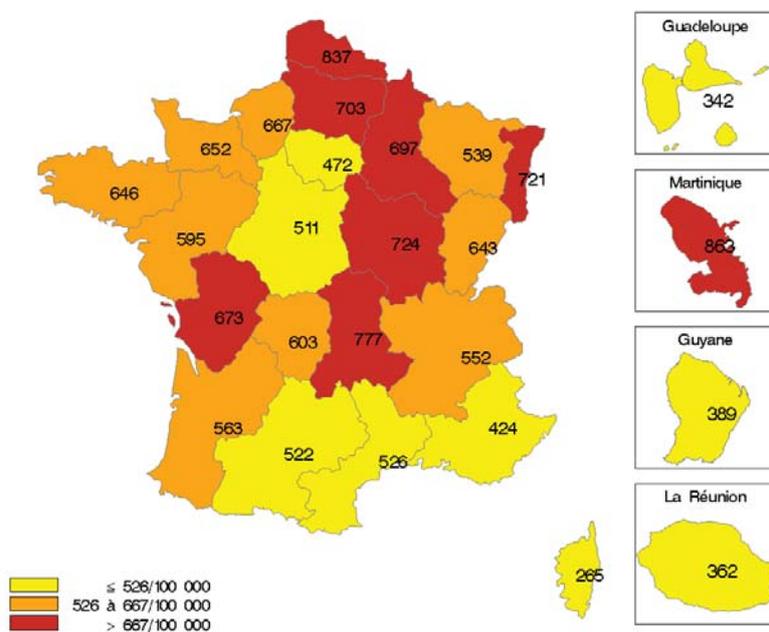


*Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne: Eurostat, population EU 27, 2010

Source : SNIIRAM

Champ : France entière (sauf Mayotte), tous régimes

Carte 2 : Incidence standardisée* des hospitalisations pour plaie du pied chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement âgées de 45 ans et plus, par région, en 2012

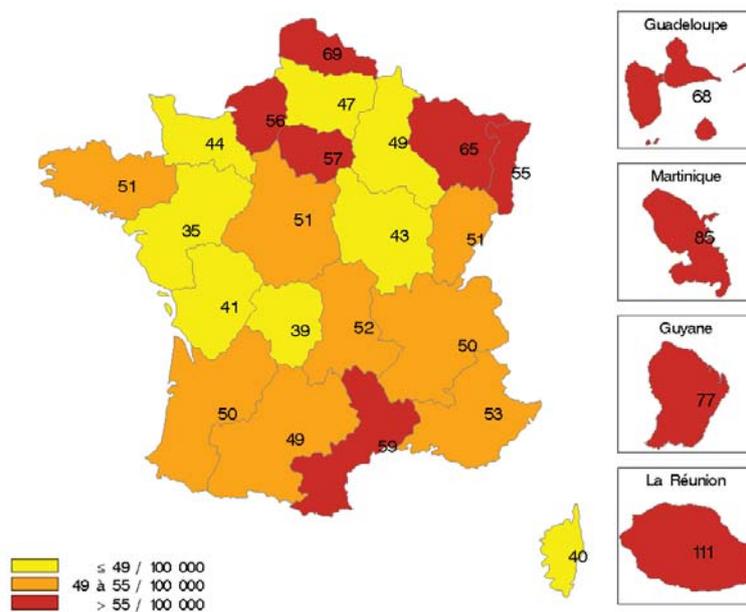


*Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne: Eurostat, population EU 27, 2010

Source : SNIIRAM

Champ : France entière (sauf Mayotte), tous régimes

Carte 3 : Incidence standardisée* de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement âgées de 45 ans et plus, par région, en 2012



*Standardisation sur la structure d'âge de la population européenne: Eurostat, population EU 27, 2010

Source : REIN

Champ : France entière (sauf Mayotte)

INDICATEUR : Prévalence de chacune des complications chez les personnes présentant un diabète

SOURCE : ENTRED 2007

CHAMP : France métropolitaine, population adulte du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du régime social des indépendants (RSI), personnes diabétiques de type 2, traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCE : Étude ENTRED 2007, portant sur 3 894 personnes diabétiques de type 2 ayant répondu à un auto-questionnaire et 2 232 personnes diabétiques de type 2 pour lesquelles le médecin soignant a renseigné un questionnaire médical (sur 8 926 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général et du RSI de métropole, remboursés dans les 12 mois d'au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur est le nombre de personnes ayant déclaré (ou dont le médecin a déclaré) une complication existante en 2007. Le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées de l'échantillon ENTRED pour lesquelles une réponse a été obtenue soit au questionnaire patient, soit au questionnaire médecin. Traitement des données : dans les déclarations des patients, exclusion des valeurs manquantes (peu fréquentes) et interprétation des réponses «ne sait pas» comme l'absence de complication ; dans les déclarations des médecins, exclusion des valeurs manquantes et des réponses «ne sait pas ». Données pondérées sur le plan de sondage et les caractéristiques des non répondants (âge, sexe, traitement antidiabétique : par insuline ou par un ou plusieurs antidiabétiques oraux).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Exclusion des DOM, des régimes de l'Assurance maladie autres que le régime général et le RSI, et des sections locales mutualistes. Biais d'auto-déclaration des patients et médecins (étude rétrospective, imprécision des déclarations des patients, fréquence importante des données non renseignées par les médecins, surestimant notamment la prévalence de l'insuffisance rénale chronique).

RÉFÉRENCES : Druet c, Roudier C, Romon I, Assogba F, Bourdel-Marchasson I, et al., Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Saint-Maurice :InVS ; 2013. 140p. disponible à partir de l'URL <http://invs.sante.fr>

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Incidence des hospitalisations de personnes diabétiques pour plaie du pied et amputations du membre inférieur

SOURCE : SNIIRAM

CHAMP : France entière (sauf Mayotte), tous âges, tous régimes

SOURCE : SNIIRAM, Base médico-administrative permanente de l'Assurance maladie

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou insuline, ou 2 en cas de grand conditionnement, à des dates différentes au cours de l'année n) hospitalisées pour amputation d'un membre inférieur (acte codé CCAM : NZFA009, NZFA005, NZFA004, NZFA013, NZFA010, NZFA007, NZFA002, NZFA006, NZFA008, NZFA001, NZFA003) ou pour plaie du pied (codes diagnostics principaux, reliés ou associés [CIM10] : L97, M8607, M8617, M8627, M8637, M8647, M8657, M8667, M8687, M8697, S90 et S91). Le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement (cf. supra). Les taux d'incidence régionaux sont standardisés sur l'âge de la population européenne: Eurostat, population EU-27.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Données de remboursement des principaux régimes de l'Assurance maladie, couvrant la presque totalité des assurés sociaux (97 %). Les personnes diabétiques en institution ou hospitalisées sur le long terme, les plus malades, qui n'avaient pas eu au moins 3 délivrances de traitements antidiabétiques ne sont pas comptabilisées. Ce biais doit probablement sous-estimer les taux d'incidence des amputations car ces personnes sont particulièrement fréquentes parmi les personnes amputées. Toutefois, ce biais est le même pour l'ensemble des années étudiées, et n'induit pas de limite à l'interprétation des évolutions temporelles.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS et CNAMTS

INDICATEUR : Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les diabétiques

SOURCE : REIN

CHAMP : France entière (sauf Mayotte), tout âge

SOURCE : Registre REIN (Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le numérateur pour l'estimation de l'incidence est le nombre de nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse ou greffe chez les personnes diabétiques du registre REIN ; celui pour l'estimation de la prévalence est le nombre de cas d'insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse ou greffe ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement pour un diabète. Les taux d'incidence régionaux sont standardisés sur l'âge de la population européenne : Eurostat, population EU-27, 2010.

BIAIS CONNUS ET LIMITES D'INTERPRÉTATION : Seuls les patients traités par dialyse ou greffe sont connus du registre REIN. Ainsi, certaines personnes avec une insuffisance rénale chronique terminale non traitées (patients âgés et/ou fragilisés), ne sont pas comptabilisées. Les personnes diabétiques non traitées pharmacologiquement ne sont pas prises en compte dans le dénominateur.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : Agence de la biomédecine

NEPHROLOGIE

Insuffisance rénale chronique terminale¹¹⁴

- **Contexte**

Le registre du Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN) s'est progressivement déployé depuis 2002, pour aujourd'hui couvrir tout le territoire national, régions ultramarines comprises. Cette couverture exhaustive permet d'avoir une idée précise des caractéristiques des patients recevant un traitement de suppléance par dialyse ou greffe, de leur prise en charge ainsi que de leur devenir. Jusqu'à présent on observait une augmentation de l'incidence de l'IRCT qui pouvait s'expliquer soit par le vieillissement de la population, soit par une amélioration de l'offre de soins et un élargissement des indications de traitement de suppléance, soit par une extension de la pathologie rénale, mais aussi par un effet indirect lié à la meilleure prise en charge de pathologies telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Par rapport à la dialyse, la transplantation rénale est associée à de meilleurs résultats en termes de durée de vie et de qualité de vie pour un moindre coût. Cependant l'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades (notamment les sujets âgés) et encore souvent assez tardif pour ceux qui y accèdent. Malgré les efforts déployés en faveur du don d'organes et du prélèvement, les besoins de santé des populations dépassent largement les possibilités de greffe, en France comme dans tous les pays du monde. Dans un tel contexte, la sélection des malades en vue d'une greffe rénale est un processus délicat et sensible, qui inclut l'évaluation des indications et des contre-indications, l'inscription en liste d'attente et le système d'attribution des greffons. Dans 18 régions les données ont été recueillies pendant six années consécutives (2007-2012) permettant d'évaluer les évolutions.

- **Indicateurs**

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée (Tableau 1)

Le taux d'incidence annuel de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée en France est estimé à 154 cas par million d'habitants (pmh) en 2012. Il existe d'importantes variations régionales avec des taux très élevés dans les régions ultramarines (292 pmh vs 152 pour la métropole) et des valeurs extrêmes à la Réunion (373 pmh). A noter que les patients avec maladie rénale chronique stade 5 non traité ne sont pas comptabilisés dans le registre REIN des patients avec traitement de suppléance.

Nombre de nouveaux cas d'IRCT traités non expliqués par la seule évolution démographique (Figure 1)

Dans les 18 régions pour lesquels on possède 6 ans de recul, le nombre de nouveaux patients augmente chaque année d'environ 160 nouveaux cas par an. Après prise en compte de l'effet du vieillissement et de l'augmentation de la taille de la population, la part résiduelle représente 50 % de l'évolution du nombre de nouveaux cas. Chez les patients diabétiques, cet effet résiduel est de 70 %. Chez les patients non diabétiques, on note une baisse importante de l'effet résiduel sur les dernières années.

Age médian lors du démarrage des traitements de suppléance pour IRCT (Tableau 1)

L'âge médian au démarrage du traitement de suppléance est de 70 ans avec des variations régionales allant de 61 à 75 ans. Depuis 2008, cet âge médian au démarrage est stable.

¹¹⁴ Voir également fiche « complications du diabète »

Taux d'accès à la liste d'attente de greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse ou lors d'une inscription préemptive) chez les moins de 60 ans (Tableau 2)

A 24 mois, les patients de moins de 60 ans ont une probabilité de 61 % d'être inscrit sur la liste d'attente de greffe rénale, après prise en compte du risque concurrent de décès. Il existe d'importantes variabilités régionales avec des taux bas de moins de 40 % dans les régions ultramarines et des valeurs à 70 % en Franche-Comté, Aquitaine, Midi-Pyrénées.

Taux d'accès à la greffe rénale à 2 ans (à partir de la mise en dialyse ou lors d'une greffe préemptive) chez les moins de 60 ans (Tableau 3)

A 24 mois, les patients de moins de 60 ans ont une probabilité de 34 % d'être greffés, après prise en compte du risque concurrent de décès. Il existe d'importantes variabilités régionales avec des taux bas de moins de 10 % dans les régions ultramarines et des valeurs à plus de 50 % en Bretagne, Pays de Loire, Poitou-Charentes.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : Agence de la biomédecine**

SYNTHESE

Depuis 2007, l'incidence globale de l'IRCT varie peu (de 146 à 155 par million d'habitants dans les 18 régions pour lesquelles on possède 6 ans de recul) et l'âge médian au démarrage est de 70 ans. Cette incidence et cet âge médian se situent dans les valeurs hautes observées en Europe.

L'augmentation du nombre de nouveaux cas est essentiellement expliquée par le vieillissement et l'augmentation de la taille de la population sauf chez les patients diabétiques.

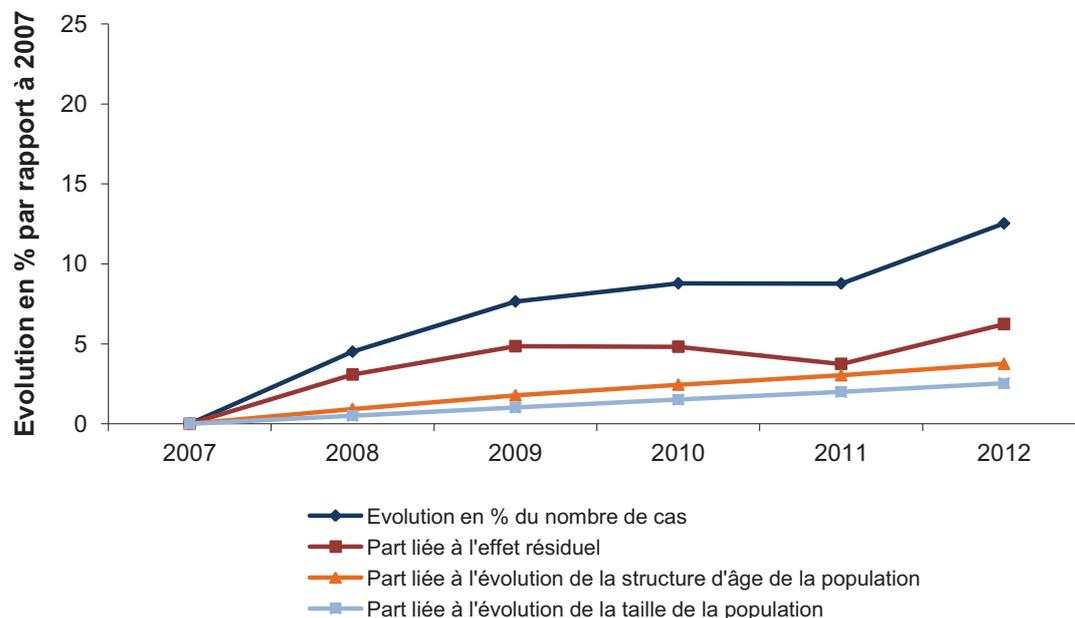
L'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades et encore souvent assez tardif pour ceux qui y accèdent. La probabilité d'être inscrit 24 mois après le démarrage de la dialyse est de 61 % chez les patients de moins de 60 ans.

Tableau 1 : Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée en 2012, par région de résidence

	N	Taux brut (pmh)	Taux standardisé (pmh)	Intervalle de confiance à 95% du taux standardisé	Indice comparatif d'incidence	Intervalle de confiance à 95% de l'indice comparatif d'incidence	Age médian au démarrage (ans)
Alsace	296	156	166	[147- 185]	1,08	[0,96- 1,21]	71,4
Aquitaine	503	155	139	[127- 151]	0,90	[0,82- 0,98]	71,2
Auvergne	235	175	152	[133- 172]	0,98	[0,87- 1,12]	69,7
Basse Normandie	186	127	117	[100- 134]	0,76	[0,66- 0,88]	69,9
Bourgogne	235	143	124	[108- 139]	0,80	[0,70- 0,91]	74,6
Bretagne	413	129	121	[109- 133]	0,78	[0,71- 0,86]	71,0
Centre	392	153	139	[125- 152]	0,90	[0,81- 0,99]	73,3
Champagne-Ardenne	215	162	159	[137- 180]	1,03	[0,90- 1,17]	68,6
Corse	37	128	110	[74- 146]	0,71	[0,52- 0,99]	67,0
Franche-Comté	156	134	129	[109- 149]	0,84	[0,71- 0,98]	69,5
Guadeloupe	95	196	231	[184- 278]	1,50	[1,22- 1,83]	65,1
Guyane	28	116	256	[148- 363]	1,66	[1,09- 2,52]	58,6
Haute Normandie	251	137	141	[124- 159]	0,91	[0,81- 1,03]	72,0
Ile-de-France	1 758	150	174	[166- 182]	1,13	[1,07- 1,18]	66,2
La Réunion	218	251	373	[321- 425]	2,41	[2,10- 2,78]	61,1
Languedoc Roussillon	502	184	166	[152- 181]	1,07	[0,98- 1,17]	73,0
Limousin	102	139	112	[90- 134]	0,72	[0,59- 0,88]	74,5
Lorraine	404	173	171	[154- 187]	1,10	[1,00- 1,22]	72,8
Martinique	98	239	257	[205- 308]	1,66	[1,36- 2,03]	64,4
Midi-Pyrénées	423	145	131	[119- 144]	0,85	[0,77- 0,93]	72,9
Nord-Pas de Calais	744	183	207	[193- 222]	1,34	[1,25- 1,44]	68,6
Pays de Loire	418	117	114	[103- 125]	0,74	[0,67- 0,81]	71,2
Picardie	295	155	164	[145- 182]	1,06	[0,94- 1,19]	70,0
Poitou-Charentes	224	127	109	[94- 123]	0,70	[0,62- 0,80]	71,8
Provence-Alpes-Côte d Azur	876	175	158	[148- 169]	1,02	[0,96- 1,09]	74,3
Rhône-Alpes	944	150	155	[145- 165]	1,01	[0,94- 1,07]	69,8
Total 26 régions	10 048	154	154	[151- 158]			70,2

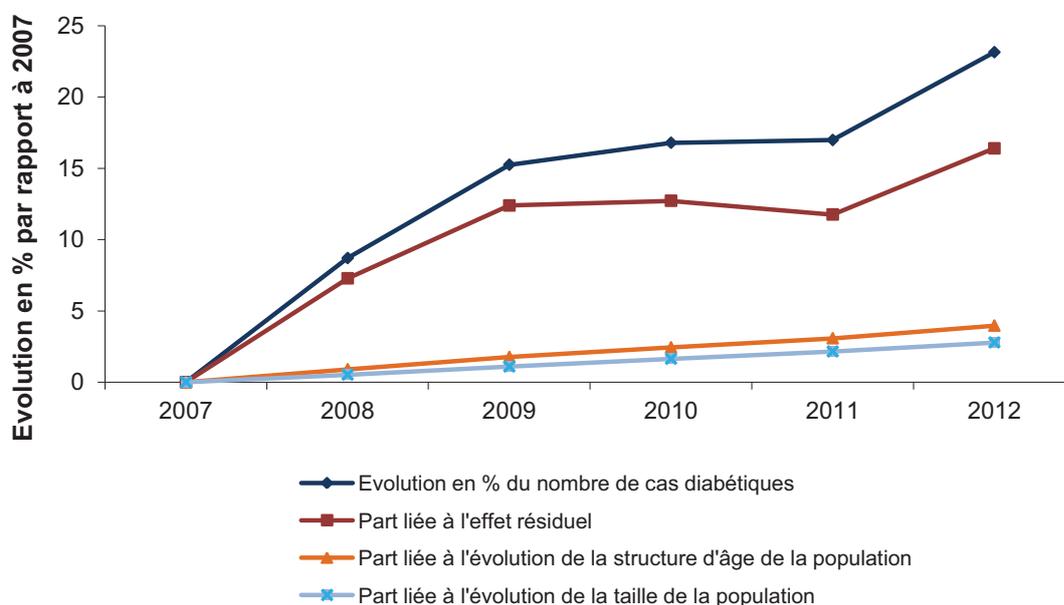
Source : Registre REIN115

Graphique 1 : Évolution du nombre de malades incidents en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2007 dans les 18 régions ayant contribué au registre de 2007 à 2012.



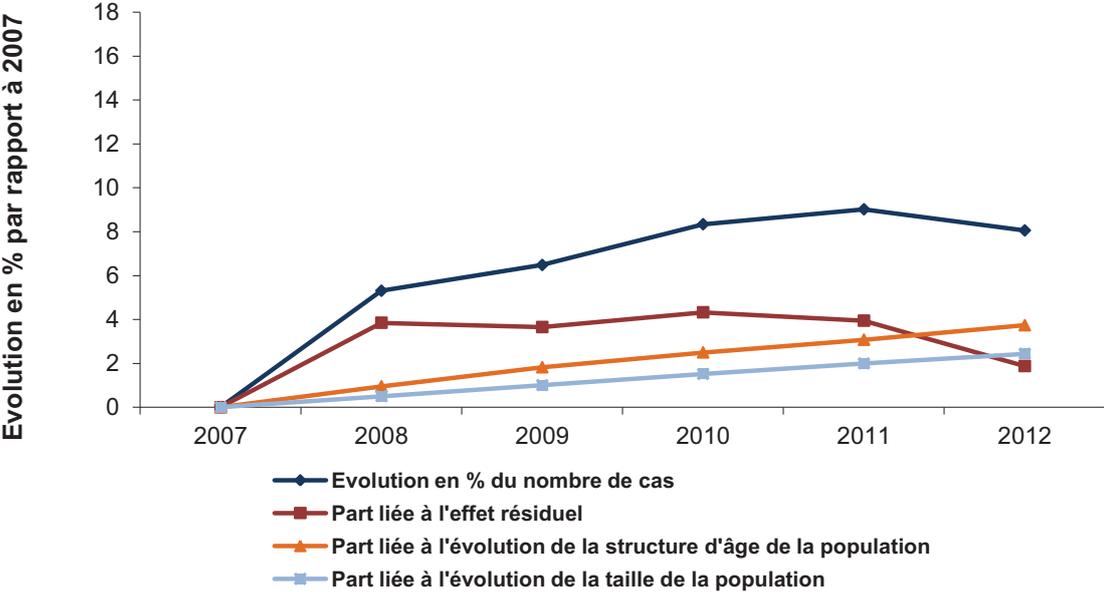
Source : Registre REIN

Graphique 2 : Évolution du nombre de malades incidents diabétiques en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2007 dans les 18 régions ayant contribué au registre de 2007 à 2012.



Source : Registre REIN

Graphique 3 : Évolution du nombre de malades incidents non diabétiques en insuffisance rénale terminale traitée depuis 2007 dans les 18 régions ayant contribué au registre de 2007 à 2012.



Source : Registre REIN

Tableau 2116 : Accès à la liste nationale d'attente d'une greffe de rein pour les 19 961 nouveaux patients de moins de 60 ans ayant démarré un traitement par dialyse entre 2002 et 2012.

Région	Effectif	Taux d'inscription à M24	
		%	IC95%
Alsace	426	50,5	[45,2- 55,6]
Aquitaine	544	70,9	[66,3- 74,9]
Auvergne	490	53,5	[48,8- 58,1]
Basse Normandie	387	55,9	[50,6- 60,9]
Bourgogne	445	60,3	[55,3- 64,9]
Bretagne	954	67,5	[64,3- 70,5]
Centre nord	345	61,7	[55,9- 66,9]
Centre sud	409	62,2	[57,1- 66,9]
Champagne-Ardenne	587	53,8	[49,6- 57,9]
Corse	64	48,5	[35,2- 60,6]
Franche-Comté	115	70,9	[59,1- 79,9]
Guadeloupe	72	41,1	[27,7- 54,1]
Guyane	34		
Haute Normandie	458	51,3	[46,3- 56,0]
Île-de-France	4 295	73,8	[72,4- 75,2]
La Réunion	485	30,2	[25,6- 34,9]
Languedoc Roussillon	1 014	58,9	[55,6- 61,9]
Limousin	300	61,2	[55,1- 66,7]
Lorraine	930	61,8	[58,4- 64,9]
Martinique	77	29,7	[15,9- 44,8]
Midi-Pyrénées	678	69,8	[66,0- 73,3]
Nord-Pas de Calais	1 746	43,6	[41,1- 46,0]
Pays de Loire	536	64,3	[59,6- 68,5]
Picardie	409	56,1	[50,8- 61,1]
Poitou-Charentes	283	61,8	[55,4- 67,6]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 615	52,1	[49,5- 54,6]
Rhône-Alpes	2 263	64,1	[62,0- 66,1]
Total	19 961	60,9	[60,1- 61,6]

Source : Registre REIN

116 La probabilité d'accès à la liste d'attente en fonction de la durée de dialyse et en tenant compte des risques concurrents est un taux d'incidence cumulée. Le délai mesuré correspond à la durée de dialyse avant inscription en liste d'attente. Les patients dont l'inscription sur la liste d'attente a eu lieu avant le démarrage de la dialyse (« inscription préemptive »), se voient donc accorder une durée nulle.

Tableau 3117 : Accès à la greffe de rein pour les 21 621 nouveaux patients de moins de 60 ans ayant démarré un traitement de suppléance entre 2002 et 2012.

Région	Effectif	Taux d'accès à la greffe à M24	
		%	IC95%
Alsace	450	21.1	[17.1- 25.3]
Aquitaine	591	43.2	[38.5- 47.7]
Auvergne	517	31.0	[26.8- 35.3]
Basse Normandie	442	43.4	[38.5- 48.3]
Bourgogne	459	38.2	[33.4- 43.0]
Bretagne	1 026	52.0	[48.7- 55.2]
Centre nord	345	25.9	[21.0- 31.1]
Centre sud	463	44.9	[40.0- 49.6]
Champagne-Ardenne	614	29.8	[26.0- 33.6]
Corse	64	25.1	[14.6- 37.1]
Franche-Comté	130	48.7	[37.6- 58.9]
Guadeloupe	72	10.9	[3.4- 23.5]
Guyane	34	0.0	. .
Haute Normandie	484	31.1	[26.7- 35.6]
Île-de-France	4 679	30.5	[29.1- 31.9]
La Réunion	492	6.4	[4.2- 9.2]
Languedoc Roussillon	1 093	30.3	[27.5- 33.2]
Limousin	325	43.6	[37.9- 49.2]
Lorraine	1 004	40.1	[36.9- 43.3]
Martinique	77	2.4	[0.2- 10.7]
Midi-Pyrénées	754	37.2	[33.5- 40.8]
Nord-Pas de Calais	1 808	25.1	[23.0- 27.3]
Pays de Loire	695	50.6	[46.4- 54.6]
Picardie	424	30.1	[25.3- 35.1]
Poitou-Charentes	327	51.9	[45.8- 57.7]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 697	31.8	[29.5- 34.1]
Rhône-Alpes	2 554	38.7	[36.7- 40.7]
Total	21 620	34.3	[33.6- 35.0]

Source : Registre REIN.

117 La probabilité d'accès à la greffe rénale en fonction de la durée de dialyse et en tenant compte des risques concurrents est un taux d'incidence cumulée. Le délai mesuré ici correspond à la durée de dialyse avant greffe rénale. Les greffés préemptifs (sans passage en dialyse) se voient donc accorder une durée nulle. Pour les inscrits préemptifs dialysés avant greffe, le délai est calculé à partir de la mise en dialyse.

CHAMP : France. Patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges.

SOURCES : Le registre du REIN (Réseau Epidémiologie et information en Néphrologie) : registre national des patients recevant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe).

CONSTRUCTION DES INDICATEURS

- Incidence :

Numérateur : nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive.

Dénominateur : population couverte par le registre dont sont issus les cas (statistiques démographiques de l'INSEE).

Les taux d'incidence ont été standardisés sur l'âge et le sexe, selon la méthode de la standardisation directe en prenant comme référence la population française au 30 juin 2012. L'indice comparatif d'incidence est le rapport des taux d'incidence de chaque région après standardisation directe sur le taux d'incidence globale.

- L'analyse des cinétiques d'accès à la liste d'attente à partir de la date de mise en dialyse considère l'inscription comme événement d'intérêt et le décès avant inscription comme événement concurrent, la censure étant limitée aux seuls malades restant en dialyse à la fin de leur temps de participation. Dans le cas d'une inscription préemptive, le délai entre l'inscription et le démarrage de la dialyse est nul. Les événements survenant après la première inscription (greffe, retour en dialyse, réinscription ou décès) ne sont pas pris en compte. Dans le cas d'une greffe préemptive, le délai entre la greffe et le démarrage de la dialyse est nul. Les événements survenant après la première greffe (retour en dialyse, réinscription ou décès) ne sont pas pris en compte. Les calculs prenant en compte les risques concurrents (méthode de Kalbfleisch et Prentice) ont été effectués à l'aide de la macro SAS % cuminc.

LIMITES ET BIAIS : L'extension progressive du registre ne permet d'étudier les tendances que sur 18 régions et sur un recul de 6 ans. Seuls les patients traités par dialyse ou greffe sont connus du registre REIN. Ainsi certaines personnes avec une IRCT, non traitées (patients âgés et /ou fragilisés), ne sont pas comptabilisées. La présence de comorbidités n'a pas été prise en compte dans l'accès à la liste d'attente ou la greffe rénale.

RÉFÉRENCES :

- Rapports annuels de Rein : <http://www.agence-biomedecine.fr/Le-programme-REIN>

- Comparaisons internationales : Registre ERA EDTA : <http://www.era-edta-reg.org/index.jsp>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : Agence de la biomédecine

DEFINITION ET CLASSIFICATION DE L'IRC : La maladie rénale chronique (MRC) est définie, par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale (structurale) et/ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 mL/min/1,73 m² (fonctionnelle).

Au-delà de la définition, une classification de la MRC, basée sur la cause de l'atteinte rénale (primaire ou secondaire) et des stades de gravité croissante du niveau fonctionnel (débit de filtration glomérulaire) et structurel (i.e. albuminurie) a été recommandée en 2012 (tableaux 1 et 2). Cette classification, justifiée en raison de son caractère pronostique et pour organiser la prise en charge en différentes étapes, remplace la précédente en 5 stades qui avait été utilisée jusqu'à présent.

Catégories de Débit de Filtration Glomérulaire

	DFG en ml/min/1.73m ²	Appellation
G1*	≥ 90	Normale ou élevée
G2*	60-89	Baisse légère
G3a	45-59	Baisse légère à modérée
G3b	30-44	Baisse modérée à sévère
G4	25-29	Baisse sévère
G5	<15	Insuffisance rénale terminale

*en l'absence d'atteinte rénale, les catégories G1 et G2 ne définissent pas une maladie rénale.

Catégories d'albuminurie

	Albuminurie mg/24h	Ration albuminurie/créatininurie mg/mmol	Ration albuminurie/créatininurie mg/g	Appellation
A1	<30	<3	<30	Normal à légèrement augmentée
A2	30-300	3-30	30-300	Modérément augmentée
A3	>300	>30	>300	Augmentation sévère

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int* 2013; Suppl: 1-150

SANTE MENTALE

Suicide et tentatives de suicide

- **Contexte**

La prévention du suicide est une des priorités nationales depuis une vingtaine d'années. Le suicide est l'acte le plus dramatique de la crise suicidaire. Le nombre de suicides est issu des certificats de décès. Toutefois, une sous-évaluation est estimée à 10 % pour les données nationales due à certains suicides non repérés : ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée ou dont l'origine de la mort reste indéterminée.

Pour les tentatives de suicide, facteur de risque important pour les décès par suicide, les sources d'information sont principalement les hospitalisations et les données déclaratives lors d'enquêtes en population. Contrairement aux données de mortalité, les données d'hospitalisation n'ont pas donné lieu à une évaluation de sa sous-déclaration.

- **Indicateurs**

Taux de décès par suicide en population générale

En 2011, 10 367 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait après correction 11 400 décès.

Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 759 et 2 608), de même que les taux de décès standardisés par âge (respectivement 27,7 et 8,1 pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes¹¹⁸).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2011, il s'élève à 6,4 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 24 ans et 40,6 après 74 ans (taux standardisés). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale représente 16 % du total des décès chez les 15 - 24 ans (2^{ème} cause de décès après les accidents de la circulation) ; à partir de 65 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

Globalement les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps -14 % entre 2000 et 2011 (graphique 1). La diminution est plus importante pour les plus âgés et les plus jeunes. Toutefois, on constate une augmentation chez les hommes de 45-54 ans (+6,6 % entre 2000 et 2010) mais cette hausse du taux étant uniquement observée durant la période 2000-2005.

Les taux de décès par suicide varient fortement selon les régions sur la période 2009-2011 (tableau 1). En Bretagne, les taux dépassent de plus de 60 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Limousin (> +25 %). Les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Corse et Alsace enregistrent les plus bas taux de décès par suicide (< -15 %). Entre 2000-2002 (période de référence) et 2009-2011, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans la plupart des régions.

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union européenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élève à 11,8 pour 100 000 habitants en 2010. La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide (graphique 2). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de qualité et d'exhaustivité des données.

118 Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat 2010 Europe + EFTA).

Fréquence relative des modes de suicide

En 2011, les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (53 %), la prise de médicaments et autres substances (14 %), l'arme à feu (14 %), et le saut d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 58 % des suicides et l'arme à feu de 17 %. Pour les femmes, la pendaison (37 %) et la prise de médicaments et autres substances (28 %) sont les modes les plus utilisés. Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le nord et l'utilisation d'armes à feu dans le sud.

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide

En 2011, 101 260 séjours hospitaliers en médecine et chirurgie pour tentative de suicide (TS) ont eu lieu en France métropolitaine chez des patients âgés de 10 ans et plus, correspondant à un taux d'hospitalisation de 180 pour 100 000 habitants. Ce taux est 1,6 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 225 et 144 pour 100 000 (Graphique 3). Les taux les plus élevés (430 pour 100 000) concernent les adolescentes entre 15 et 19 ans (Graphique 4). La variation des taux est forte en fonction des régions. En 2011, les taux en Picardie et Nord-Pas-de-Calais dépassent de plus de 65 % le taux national. A l'inverse, les taux les plus bas sont observés en Alsace (< -60 %), Midi-Pyrénées et Auvergne où ils sont inférieurs de 40 % au taux national.

Taux de personnes ayant déclaré au moins une tentative de suicide dans les 12 derniers mois

Selon le baromètre santé, en 2010, 0,5 % des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois, les femmes sont en proportion plus nombreuses (0,7 %) que les hommes (0,3 %). La prévalence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois varie également en fonction de l'âge. Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6 %) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0 %), et tend ensuite à diminuer avec l'avancée en âge. Entre 2005¹¹⁹ et 2010, on observe une tendance à la hausse ($p=0,09$) des TS déclarées au cours des 12 derniers mois sur la population des 15-75 ans : respectivement 0,5 % en 2010 contre 0,3 % en 2005.

- **Organisme responsable de la production de la fiche: InVS, Département des maladies chroniques et des traumatismes**

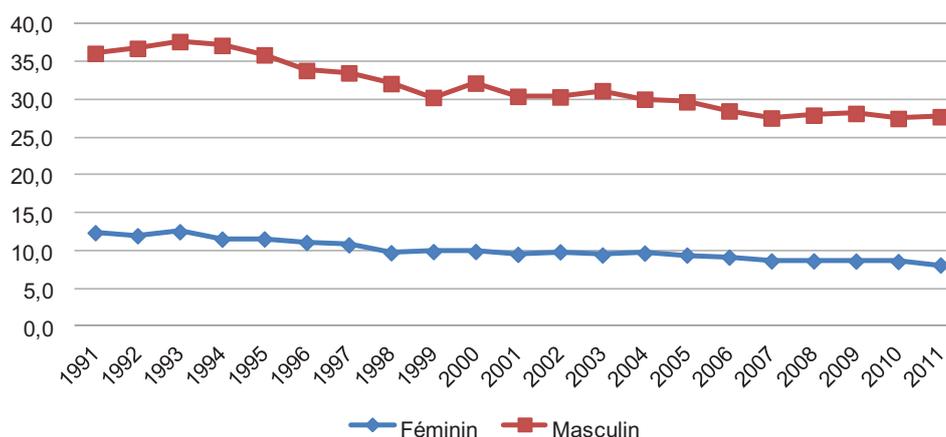
SYNTHESE

Entre 2000 et 2010, le nombre de suicide a décliné de 5 % et les taux standardisés ont diminué de 13 %. Les taux de décès par suicide sont plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide.

Les tentatives de suicide concernent plus les femmes que les hommes que ce soit lors d'enquêtes déclaratives ou dans les données d'hospitalisation. Les adolescentes entre 15 et 19 ans représentent le groupe avec le plus important taux de tentative de suicide.

¹¹⁹ En 2005, le Baromètre santé a interrogé la population des 15-75 ans et le module « suicide » n'était pas posé aux détenteurs exclusifs de téléphone mobile, la comparaison a donc été effectuée sur les individus de 15-75 ans équipés d'une ligne fixe.

Graphique 1 : Taux de décès par suicide de 1990 à 2011 selon le sexe *.



* Taux de décès pour 100 000, taux standardisés selon population Eurostat UE+EFTA 2010
Source : INSERM CépiDc

Tableau 1 : Taux standardisés de décès par suicide par régions en 2009-2011 – Tous âges, deux sexes.

Région de domicile	Taux standardisés*	Variations régionales**	Variations temporelles 2000-2002 / 2009-2011***
11 Île-de-France ⁴	9,3	- 48,6	-14,6 *
21 Champagne-Ardenne	21,2	17,4	-10,2 *
22 Picardie	23	27,5	-12,7 *
23 Haute-Normandie	22,5	24,2	-12,2 *
24 Centre	21,2	17,3	-15,5 *
25 Basse-Normandie	25,6	41,6	-5,3
26 Bourgogne	21,5	19	-12,9 *
31 Nord-Pas-de-Calais	24,7	36,8	-8,2 *
41 Lorraine	19	5,1	10,8 *
42 Alsace	13,4	- 26	-9,3
43 Franche-Comté	20,7	14,6	-12,1 *
52 Pays-de-la-Loire	22,2	22,7	-14,3 *
53 Bretagne	28,9	60,1	-8,7 *
54 Poitou-Charentes	22,3	23,2	-12 *
72 Aquitaine	18,1	0,2	-12,9 *
73 Midi-Pyrénées	14,9	- 17,8	-1,7
74 Limousin	22,7	25,6	-10,1
82 Rhône-Alpes	14,5	- 19,7	-19,3 *
83 Auvergne	19,9	10,4	-15,4 *
91 Languedoc-Roussillon	19,6	8,4	-3,5
93 PACA	16,7	- 7,6	-9,1 *
94 Corse	14	- 22,8	-8,8
France métropolitaine	18,1		-11,1

* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge (population Eurostat UE+EFTA 2010) ;

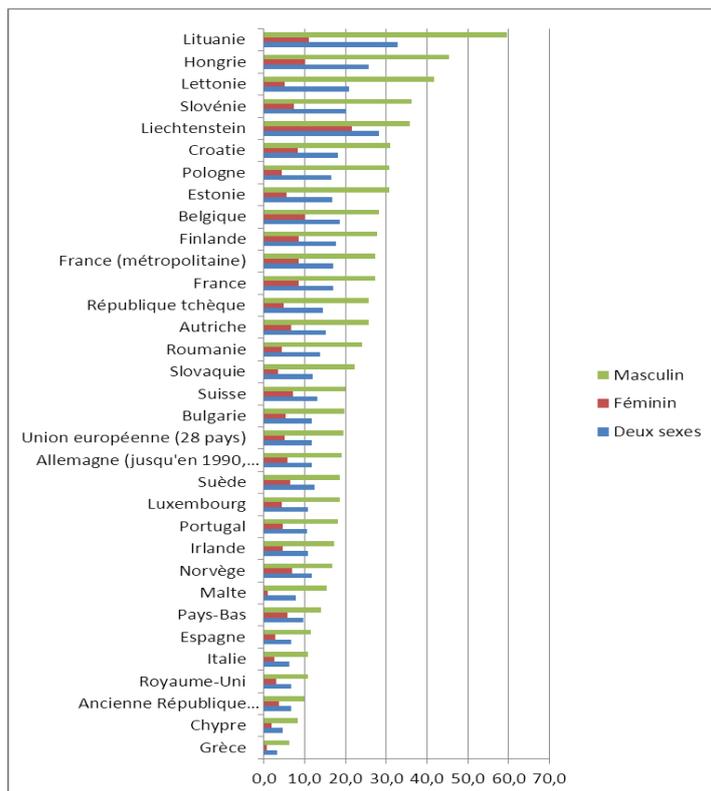
** Variation régionale = (Taux régional – Taux France métropolitaine) / Taux France métropolitaine - à partir des taux standardisés.

***Variation temporelle = (taux standardisé 2009-2011 – Taux standardisé 2000-2002) / (Taux standardisé 2000-2002).

⁴ Sous-déclaration importante liée à l'absence de transmission de l'institut médico-légal de Paris.

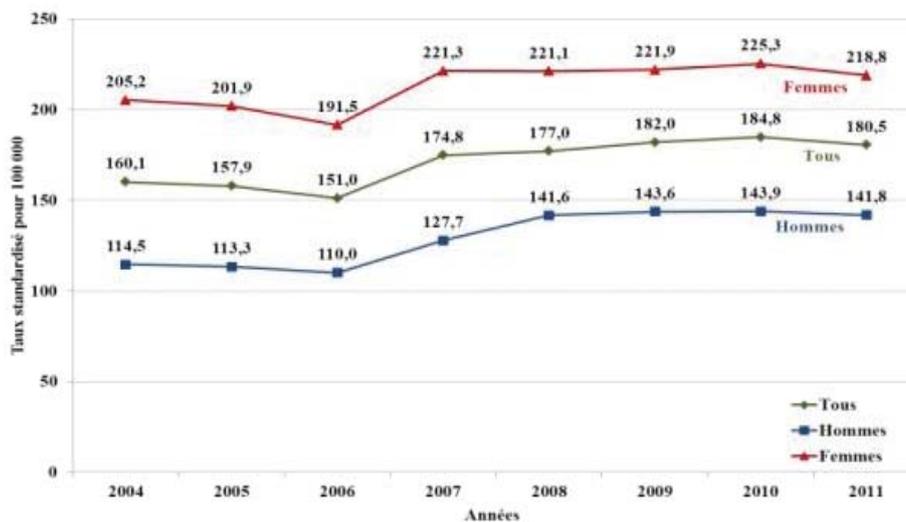
Source : INSERM CépiDc

Graphique 2 : Taux* de décès par suicide en 2010 dans l'Union européenne



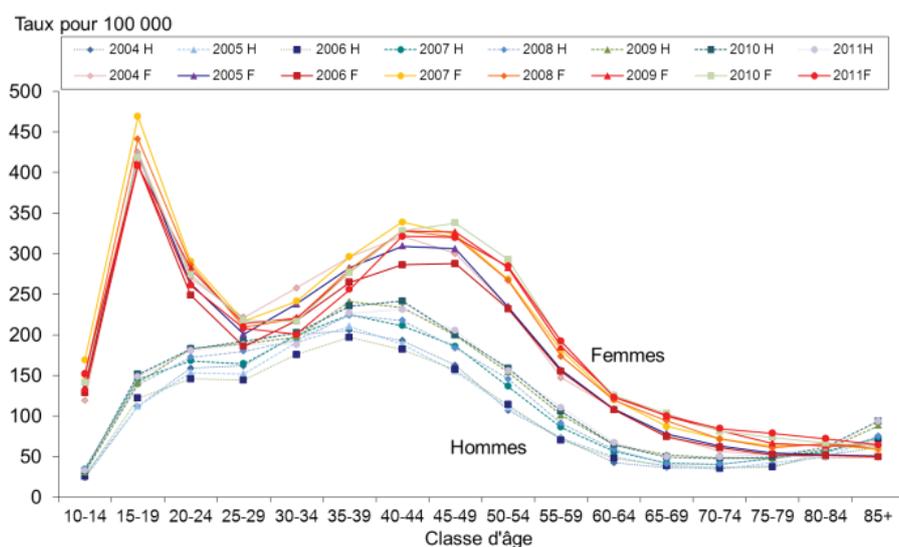
*Taux de décès pour 100 000 habitants standardisés par âge (population Eurostat UE+EFTA 2010)
Source : Eurostat

Graphique 3 : Taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide



* Taux pour 100 000, taux standardisés selon population Eurostat UE+EFTA 2010
Source : PMSI-MCO, ATIH. Analyses InVS

Graphique 4 : Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge



* Taux pour 100 000 habitants
Source : PMSI-MCO, ATIH. Analyses InVS

INDICATEUR : Décès par suicide

CHAMP : France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus

SOURCES : INSERM-CépiDc

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne 2011 (Eurostat, Union Européenne et EFTA). Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM9-E950-E959 jusqu'en 1999 et CIM10 X60-X84 et Y87.0 à partir de 2000

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : INSERM Cépi-Dc

INDICATEUR : Hospitalisation pour tentative de suicide

CHAMP : France métropolitaine, population âgée de 10 ans ou plus

SOURCES : PMSI-MCO ATIH, analyses InVS

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne 2010 (Eurostat, Union Européenne et EFTA). Pour les hospitalisations pour TS, les codes X60-X84 en diagnostics associés (les TS sont interdits en diagnostic principal dans le PMSI)

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : InVS

INDICATEUR : TS déclarées

CHAMP : France métropolitaine, population âgée de 15 – 75 ans

SOURCES : Baromètre santé 2010 (enquête par échantillon auprès de la population adulte)

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Questionnaire spécifique

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : INPES

SANTE MENTALE

Épisode dépressif caractérisé déclaré

- **Contexte**

Les troubles dépressifs représentent la troisième charge de morbidité, en années vécues avec une invalidité, selon l'OMS. Les études montrent que 80 % des personnes qui mettent fin à leurs jours présentent plusieurs symptômes de la dépression¹²⁰. Le diagnostic et la prise en charge précoce des troubles dépressifs permettent de diminuer les répercussions de ces pathologies sur la vie de l'individu et de ses proches. Toutefois, ils se heurtent principalement à deux limites :

- la difficulté, pour les médecins généralistes, à diagnostiquer ces pathologies à la symptomatologie complexe ; or, d'après toutes les enquêtes conduites en population générale, ceux-ci sont les professionnels les plus consultés par les personnes dépressives ;
- l'insuffisant recours aux soins des personnes concernées, qui ne consultent parfois que lorsque la détresse psychologique et les symptômes deviennent invalidants.

- **Indicateurs**

Proportion de personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé

L'épisode dépressif retenu ici est un trouble survenu dans les 12 derniers mois identifié par des entretiens diagnostiques structurés sur les critères du DSM¹²¹ IV (CIDI-SF¹²²) comme épisode dépressif léger, moyen ou sévère et ayant eu un retentissement sur le fonctionnement social de la personne.

La prévalence des épisodes dépressifs se révèle stable entre 2005 et 2010, 7,8 % chez les 15-75 ans et, parmi ceux-ci, la prévalence des épisodes sévères l'est également : 3,0 % dans le Baromètre santé 2005, 2,6 % dans l'enquête Anadep 2005 et 2,8 % dans le Baromètre santé 2010. En 2010, environ 10 % des femmes et 6 % des hommes âgés de 15 à 75 ans ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) dans l'année ayant précédé l'enquête. L'analyse par sexe et classe d'âge montre que la prévalence est relativement stable dans toutes les classes d'âges sauf chez les hommes de 35-54 ans où elle est passée de 5,4 % en 2005 à 7,3 % en 2010 ($p < 0,05$) (tableau 1). L'inactivité et le chômage restent les facteurs sociodémographiques associés à une prévalence plus importante de l'EDC (tableau 2), alors que le niveau de diplôme ou de revenu ne sont pas associés à la survenue d'un EDC. Parmi les autres facteurs, le fait de vivre seul, d'avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois ou des violences sexuelles au cours de la vie, sont fortement associés au risque d'EDC.

Proportion de personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé sans recours aux soins parmi les personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé

On considère qu'une personne présentant un épisode dépressif n'a pas recours aux soins si elle n'a pas utilisé les services d'un organisme, n'a pas rencontré de professionnel de santé pour des raisons de santé mentale et si elle n'a pas suivi de psychothérapie dans la période où elle a souffert d'épisode dépressif.

Parmi les personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 15 à 75 ans et ayant eu un EDC dans les 12 derniers mois, la part des personnes n'ayant pas déclaré de recours aux soins est de 39 % selon le Baromètre santé 2010 (tableau 3). Ce pourcentage apparaît en très nette baisse par rapport à 2005 (63 %). Il est probable que la campagne nationale sur la dépression lancée en 2007, et qui invitait précisément la population à se tourner vers un

¹²⁰ Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS ; 2002

¹²¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

¹²² Composite International Diagnostic Interview – Short-Form

professionnel en cas de survenue d'un épisode dépressif, ait contribué à cette meilleure proportion de recours au soin pour faire face à la souffrance psychique. Alors que seulement 20 % des personnes ayant eu un EDC dans les 12 derniers mois avaient consulté un médecin généraliste pour cette raison en 2005, ils étaient près de la moitié (47 %) en 2010.

Les hommes présentant un épisode dépressif ont moins souvent recours aux soins que les femmes. Par ailleurs, cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (15-19 ans) et les ouvriers. En revanche, les retraités recourent plus souvent aux soins que la moyenne.

Précisons qu'entre 2001 et 2003, la France se situait dans une position moyenne parmi six pays d'Europe occidentale (Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Espagne, Allemagne) pour ce qui est du non-recours aux soins des personnes ayant des troubles de l'humeur (dont la dépression fait partie).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : INPES**

SYNTHESE

En population générale, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé déclaré est stable entre 2005 et 2010, concernant environ 8 % des 15-75 ans au cours des 12 derniers mois (10 % des femmes et 6 % des hommes) selon le Baromètre santé 2010. En revanche, la part de personnes ayant des troubles dépressifs mais qui n'ont pas eu recours aux services d'un organisme, n'ont pas consulté de professionnel de santé ni suivi une psychothérapie, a franchement baissé puisqu'elle est passée de 63 % en 2005 à 39 % en 2010. Il est probable que la campagne nationale sur la dépression lancée en 2007 ait largement contribué à cette meilleure proportion de recours au soin pour faire face à la souffrance psychique. Les hommes recourent moins que les femmes ainsi que les plus jeunes (15 à 19 ans) et certaines catégories sociales (les ouvriers).

Tableau 1 : Prévalence au cours des 12 derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé en population générale en France à partir des Baromètres santé 2005 et 2010 (en %)

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Total 15-75 ans	7,8	7,8	5,1	5,6	10,4	10,0
15-19 ans	7,0	6,4	4,5	3,7	9,7	9,3
20-34 ans	9,1	10,1	6,4	7,0	11,9	13,2
35-54 ans	8,9	9,0	5,4	7,3	12,3	10,7
55-75 ans	5,3	4,7	3,6	2,6	6,8	6,6

Champ: France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans
Sources : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes

Tableau 2 : Prévalence au cours des 12 derniers mois de l'épisode dépressif caractérisé par statut d'activité et PCS (en %)

	2005	2010
Ensemble	7,8	7,8
Statut d'activité		
Travail	7,4	8,3
Études	8,5	7,7
Chômage	12,0	11,5
Retraite	4,8	4,1
Autres inactifs	11,9	10,3
PCS (chômeurs et retraités reclassés, étudiants et inactifs exclus)		
Cadres, professions intellectuelles supérieures	6,4	5,7
Professions intermédiaires	7,8	7,9
Employés	9,4	8,8
Ouvriers	5,6	8,4
Autres	4,5	4,5

Champ: France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans
Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes

Tableau 3 : Personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année, sans recours aux soins (en %)

	2005	2010
Ensemble	63	39
Sexe		
Hommes	67	49
Femmes	61	33
Age		
15-19 ans	76	51
20-34 ans	66	38
35-54 ans	57	40
55-75 ans	66	32
Statut d'activité		
Travail	60	39
Etudes	66	51
Chômage	71	40
Retraite	72	33
Autres inactifs	53	25
PCS (chômeurs et retraités reclassés, étudiants et inactifs exclus)		
Cadres, professions intellectuelles supérieures	52	37
Professions intermédiaires	58	34
Employés	66	34
Ouvriers	71	46
Autres	73	57

* à un professionnel de santé, à un organisme ou à une psychothérapie

Champ: France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année.
Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes

SOURCES : Baromètres santé 2005 et 2010 – Inpes.

CHAMP : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 75 ans, francophones, résidant en ménage ordinaire.

MÉTHODOLOGIE : Les enquêtes « Baromètres santé » sont des enquêtes quinquennales réalisées par téléphone. En 2005, l'échantillon des individus disposant d'une ligne de téléphone fixe a été complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable, portant la taille totale de l'échantillon à $n = 30\ 514$. En 2010, l'échantillon comprend 27 653 individus dont 2 944 joignables uniquement sur téléphone mobile. Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratif utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est à deux degrés: un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage ; on procède ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu auquel il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

Proportion de personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé. Numérateur : Nombre de personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé selon le CIDI-SF au cours des 12 mois. Dénominateur : Nombre de personnes enquêtées.

Proportion de personnes ayant des troubles dépressifs sans recours aux soins. Numérateur: personnes ayant été identifiées comme ayant eu un épisode dépressif caractérisé par le CIDI-SF au cours des douze mois précédant l'enquête et n'ayant pas eu de recours aux soins tels que définis : (i) Utilisation des services d'un organisme : hôpital, association, centre, ligne téléphonique, site internet ou autre ; (ii) Consultation d'un professionnel : psychiatre, psychologue, médecin généraliste ou spécialiste, thérapeute, infirmière, assistante sociale ou autre ; (iii) Recours à une psychothérapie. Dénominateur: ensemble des personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année (1 404 personnes en 2005 et 711 en 2010).

Les données ont été pondérées par la probabilité de tirage au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population française en termes de sexe croisé avec l'âge, de niveau de diplôme, de région d'habitation, de taille d'agglomération de résidence et d'équipement téléphonique, issue de l'enquête emploi 2008.

LIMITES ET BIAIS : Comme toute donnée déclarative, notamment sur un sujet sensible, l'expression de la souffrance psychique peut faire l'objet d'une sous-déclaration.. Le taux de refus est pour l'échantillon des détenteurs exclusifs de téléphone mobile, comme pour celui des détenteurs de ligne fixe, d'environ 40 %.

RÉFÉRENCES :

- Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010, Inpes, St Denis, 2013.
- Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours aux soins et sentiment d'information de la population. La Santé de l'homme, sept-oct 2012, n°421, p. 43-45.
- Chan-Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. Etat des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. Santé publique, suppl.6, 2011, p. 11-29.
- Chan-Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France. Enquête Anadep 2005. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé, 2009 : 203 p.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : INPES.

SANTE MENTALE

Les troubles de l'humeur pris en charge

Introduction

En parallèle des données issues des enquêtes déclaratives, des indicateurs sur les troubles de l'humeur pris en charge sont maintenant développés à partir des données des bases médico-administratives du Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIRAM) de l'Assurance maladie ou uniquement à partir des données de recours aux établissements de santé colligées dans les bases médico-administratives du programme de médicalisation des système d'information (PMSI).

Un premier indicateur général concerne l'ensemble des patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium.

Les troubles de l'humeur se répartissent en deux grandes catégories : les troubles bipolaires et les troubles dépressifs. On trouve donc ensuite deux indicateurs pour chacun de ces groupes de troubles décrivant leur prise en charge pour :

- les personnes résidentes en France métropolitaine prises en charge annuellement par les établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, quel que soit le mode de prise en charge.
- les personnes bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie bénéficiant d'une ALD ou hospitalisées dans les 2 dernières années dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique

Ensemble des troubles de l'humeur

• Contexte

Les troubles de l'humeur regroupent l'ensemble des troubles dont la caractéristique principale est une perturbation de l'humeur, c'est-à-dire les troubles bipolaires, les troubles dépressifs et les autres troubles de l'humeur¹²³. La prévalence de ces différents troubles varie selon le sexe et l'âge mais aussi, dans le cas des troubles dépressifs, en fonction de spécificités culturelles [DSM V].

Cette estimation de l'ensemble des patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium permet d'approcher l'importance de la population prise en charge pour un trouble de l'humeur. Toutefois, ces traitements ne sont pas réservés aux troubles de l'humeur, certains antidépresseurs ayant une AMM pour les troubles anxieux. Inversement, d'autres médicaments peuvent aussi être utilisés pour le traitement des troubles de l'humeur.

• Indicateur

Patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium

En 2012, près de 3,6 millions de personnes couvertes par le régime général d'assurance maladie ont été traitées avec des médicaments antidépresseurs ou du lithium, correspondant à un taux de prévalence de 600,9 pour 10 000 bénéficiaires (tableau 1).

La prévalence est 2 fois plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Elle a légèrement diminué entre 2010 et 2012 (-2,5 %) et la baisse a été plus importante pour les femmes que pour les hommes (respectivement -2,8 % et -1,6 %). Par contre, l'évolution du taux de prévalence en fonction de l'âge suit une évolution de même type pour les hommes et les femmes. Le taux de patients traités progresse avec l'âge avant 60 ans. Il baisse pour les

¹²³ Les troubles dépressifs pris en compte dans les indicateurs englobent les autres troubles mineurs (codes CIM F34 à F39)

hommes entre 60 et 69 ans et pour les femmes entre 60 et 64 ans, pour ré-augmenter ensuite atteignant son maximum chez les plus âgés et concernant notamment plus d'une femme sur cinq âgée de 85 ans ou plus (graphique 1a).

Près de 6 % des personnes traitées bénéficient de la CMUC. Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 1). Pour les bénéficiaires de la CMUC, le taux de prévalence est de 410 pour 10 000, inférieur à celui des autres bénéficiaires. Il est 1,7 fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes.(graphique 1a). Il a diminué de 5,7 % entre 2010 et 2012 (5,8 % pour les femmes et 5,1 % pour les hommes).

Les troubles bipolaires

• Contexte

Parmi les troubles de l'humeur, les troubles bipolaires constituent une part importante des prises en charge en milieu hospitalier spécialisé.

Cependant leur importance dans la population générale est mal connue : en France, aucune enquête en population générale n'a permis de mesurer la prévalence des troubles bipolaires. D'après des enquêtes internationales, la prévalence au cours des 12 derniers mois s'échelonne entre 0,8 % en Allemagne et 2,6 % aux USA.

Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, l'âge de début peut être précoce, fréquent en fin d'adolescence et chez le jeune adulte. Il se caractérise par un diagnostic difficile et tardif, on compte en moyenne 10 ans entre l'apparition des troubles et la prescription d'un traitement approprié, mais aussi par un taux élevé de rechutes. Le trouble bipolaire s'il n'est pas traité a une importante répercussion sur la qualité de vie avec un risque important de suicide lors des épisodes dépressifs.

• Indicateurs

Taux de personnes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire pour troubles bipolaires par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie.

En 2012, près de 92 000 patients ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique public ou privé et/ou suivis en ambulatoire dans le secteur public pour troubles bipolaires, ce qui correspond à un taux de prise en charge de 14,4 pour 10 000 habitants. Ce taux est 1,6 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 17,7 et 11 pour 10 000 (tableau 2).

Avant l'âge de 15 ans, la prise en charge pour troubles bipolaires dans un établissement psychiatrique est relativement rare, concernant un peu plus les garçons que les filles avec, respectivement, des taux de 0,4 et 0,3 pour 10 000 habitants pour les 10-14 ans (graphique 2a). A partir de 15 ans, les femmes sont entre 1,3 et 1,6 fois plus souvent prises en charge pour troubles bipolaires que les hommes dans un établissement psychiatrique. Le taux de prise en charge augmente de façon régulière à partir de 15-19 ans jusqu'à atteindre un taux maximal de 26,4 pour 10 000 habitants à 55-59 ans (20,1 chez les hommes et 32,3 chez les femmes).

Parmi les patients, 21 % sont exclusivement hospitalisés, 52 % sont exclusivement suivis en ambulatoire et 27 % sont hospitalisés et suivis en ambulatoire. Le diagnostic de trouble bipolaire est codé en diagnostic principal pour 92,5 % des patients.

L'analyse des taux standardisés de prise en charge des troubles bipolaires dans un établissement psychiatrique selon les régions en 2012 montre qu'à âge égal, les taux les plus élevés se retrouvent en Midi-Pyrénées et Aquitaine ; dans ces régions les taux de prise en charge des troubles bipolaires sont de 50 % plus élevés que le taux national. Les taux les

plus bas sont en Picardie et Nord-Pas-de-Calais où les taux étaient inférieurs de 30 % au taux national.

Taux de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie pris en charge pour troubles bipolaires

En 2012, 166 000 personnes couvertes par le régime général d'assurance maladie ont été prises en charge pour des troubles bipolaires (patients en ALD ou hospitalisés dans les 2 dernières années dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique) correspondant à un taux de prévalence de 28 pour 10 000 bénéficiaires (tableau 1). La prévalence est plus élevée pour les femmes que pour les hommes et ce quel que soit l'âge (graphique 1b). Pour les deux sexes, le taux de patients pris en charge augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les 55-59 ans. Il baisse ensuite avec toutefois un rebond pour les femmes âgées de 70 à 74 ans pour lesquelles le taux de prévalence est voisin de celui des femmes de 55-59 ans.

Parmi les personnes prises en charge, 7,6 % bénéficient de la CMUC et cette proportion est un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 1). Pour ces personnes le taux de prévalence est de 25,3 pour 10 000, légèrement inférieur à celui des bénéficiaires non CMUC. Au 31 décembre 2012, 75 % des femmes prises en charge et 73 % des hommes étaient en ALD pour ces troubles.

Les troubles dépressifs

• Contexte

Les troubles dépressifs représentent la troisième charge de morbidité, en années vécues avec une invalidité, selon l'OMS. De plus, les troubles dépressifs sont retrouvés dans environ la moitié des décès par suicide. Selon l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) réalisée en France métropolitaine entre 1999 et 2003, une personne sur dix avait souffert d'un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'interrogation. Pour 58 % d'entre-elles, la dépression était associée à un trouble anxieux. En outre, les personnes dépressives déclaraient deux fois plus souvent que la moyenne une consommation à risque d'alcool (9,7 % versus 4,4 %) ou de drogue (5,8 % versus 2,6 %). [Thomas Morin, ER n° 661, octobre 2008]. Selon le baromètre santé 2010, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés dans les douze derniers mois était de 7,8 % chez les 15-75 ans.

• Indicateurs

Taux de personnes hospitalisées ou prises en charge en ambulatoire pour troubles dépressifs par un établissement de santé ayant une activité en psychiatrie.

En 2012, près de 343 000 patients ont été hospitalisés dans un établissement psychiatrique public ou privé et/ou suivis en ambulatoire dans le secteur public pour troubles dépressifs, ce qui correspond à un taux de prise en charge de 53,9 pour 10 000 habitants. Ce taux est 1,7 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 67,6 et 39,4 pour 10 000 (tableau 2).

Avant l'âge de 15 ans, la prise en charge pour troubles dépressifs dans un établissement psychiatrique est relativement rare et concerne autant les garçons que les filles (graphique 2b). A partir de 15 ans et jusqu'à un âge avancé (80-84 ans), les femmes sont entre 1,6 et 2 fois plus souvent prises en charge pour troubles dépressifs que les hommes dans un établissement psychiatrique. Le taux de prise en charge augmente de façon régulière à partir de 15-19 ans jusqu'à atteindre un taux maximal de 94,2 pour 10 000 habitants à 50-54 ans (69,2 chez les hommes et 118,2 chez les femmes). Chez les femmes, le taux de prise en charge pour troubles dépressifs diminue ensuite avec l'âge pour atteindre un taux de 60,1 pour 10 000 chez les 90 ans ou plus alors que chez les hommes, après une diminution du

taux jusqu'à 70-74 ans (38,6 pour 10 000), ce taux remonte pour atteindre un niveau proche de celui des femmes à 90 ans ou plus (58,7 pour 10 000).

Parmi les patients, 19 % sont exclusivement hospitalisés, 63 % sont exclusivement suivis en ambulatoire et 18 % ont été hospitalisés et suivis en ambulatoire. Le diagnostic de dépression est codé en diagnostic principal pour 89 % des patients.

L'analyse des taux standardisés de prise en charge des troubles dépressifs dans un établissement psychiatrique selon les régions en 2012 montre qu'à âge égal, les taux les plus élevés sont en Limousin, Bretagne, Haute-Normandie et Franche-Comté et les taux les plus bas sont en Centre, Corse, Pays-de-la-Loire et Alsace.

Taux de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie pris en charge pour troubles dépressifs

En 2012, près de 465 000 personnes couvertes par le régime général d'assurance maladie ont été prises en charge pour des troubles dépressifs (patients en ALD ou hospitalisés dans les 2 dernières années dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique) correspondant à un taux de prévalence de 78,3 pour 10 000 bénéficiaires (tableau 1). La prévalence pour les femmes, plus élevée que pour les hommes quel que soit l'âge (graphique 1c), est, tous âges confondus, 1,8 fois supérieure. Dans les deux sexes, le taux de patients pris en charge augmente en fonction de l'âge pour atteindre son maximum chez les 55-59 ans. Chez les hommes, il baisse jusqu'à 74 ans pour remonter ensuite. Chez les femmes, après avoir crû jusqu'à 89 ans, il diminue chez les plus âgées.

Près de 10 % des personnes prises en charge bénéficient de la CMUC et cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 1). Pour ces personnes le taux de prévalence est de 92,4 pour 10 000, supérieur à celui des bénéficiaires non CMUC.

Au 31 décembre 2012, parmi les personnes prises en charge, 62 % des femmes et 51 % des hommes sont en ALD pour ces troubles.

En 2012, les disparités régionales de taux de patients pris en charge apparaissent très importantes (cartes). Le taux brut le plus élevé est 9,3 fois plus élevé que le plus faible. Les prévalences brutes les plus basses sont enregistrées dans les départements ultramarins et en Lorraine et les plus élevées en Auvergne, dans le Limousin et en Corse (carte 1a). La prise en compte des différences de structures d'âges réduit l'écart mais le taux ainsi standardisé le plus élevé est encore 6,7 fois plus important que le plus faible. En outre, le classement des régions apparaît peu modifié (carte 1b).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : DREES, bureau état de santé de la population**

SYNTHÈSE

En 2012, près de 3,6 millions de personnes couvertes par le régime général d'assurance maladie ont été traités avec des médicaments antidépresseurs ou du lithium. Le taux de prévalence augmente fortement avec l'âge concernant notamment plus d'une femme sur cinq âgée de 85 ans ou plus.

Les femmes sont plus souvent prises en charge que les hommes pour des troubles dépressifs ou bipolaires quel que soit l'âge. Ces troubles apparaissent plus fréquents chez les adultes, hommes ou femmes, âgés de 50 à 59 ans et, pour les troubles bipolaires, chez les femmes âgées de 70 à 74 ans.

Le taux de patients pris en charge pour des troubles dépressifs est nettement plus élevé en Bretagne et dans un grand quart sud-est de la France, à l'exception de la région Rhône-Alpes.

Tableau 1 : Taux de prévalence des troubles de l'humeur selon le sexe parmi les bénéficiaires du régime général d'assurance maladie¹ (pour 10 000)

	Patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium ²			Patients pris en charge pour troubles bipolaires ³			Patients pris en charge pour dépression et autres troubles de l'humeur ⁴		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Ensemble									
2010	386,7	815,6	616,4	///	///	///	///	///	///
2011	383,1	804,9	608,9	///	///	///	///	///	///
2012	380,4	792,4	600,9	20,7	34,4	28,0	54,4	99,1	78,3
Bénéficiaires de la CMUC									
2010	314,5	532,2	434,6	///	///	///	///	///	///
2011	301,5	513,1	417,9	///	///	///	///	///	///
2012	298,4	501,4	410,0	20,3	29,4	25,3	72,7	108,6	92,4
Effectifs 2012	1 047 011	2 510 863	3 557 874	57 061	108 950	166 011	149 604	313 927	463 531
Pourcentage de bénéficiaires de la CMUC en 2012	6,41	5,48	5,76	7,99	7,41	7,60	10,93	9,50	9,96
Pourcentage de patients en ALD 23 au 31 décembre 2012 ⁵				72,84	74,88	74,18	51,27	61,98	58,52

1 Sections locales mutualistes comprises.

2 Au moins 3 délivrances dans l'année, avec ou sans pathologies.

3 Codes CIM10 F30 et F31 : en ALD 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).

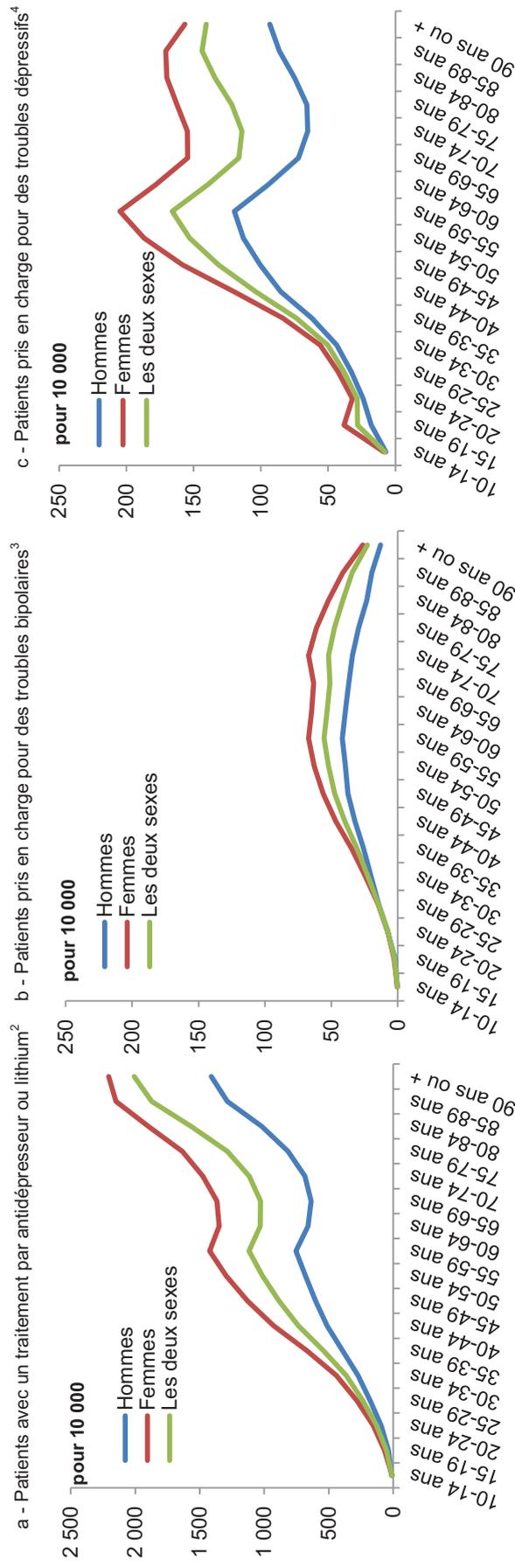
4 Codes CIM10 F32 à F39 : en ALD 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).

5 Codes CIM10 F30 et F31 pour les troubles maniaques et bipolaires et F32 à F39 pour la dépression et les autres troubles de l'humeur.

Champ : France (métropole et départements d'outre-mer y compris Mayotte et domicile non précisé).

Sources : SNIIRAM, CNAMTS.

Graphique 1: Taux de prévalence des troubles de l'humeur selon le sexe et l'âge en 2012 parmi les bénéficiaires du régime général d'assurance maladie¹ (pour 10 000)



1 Sections locales mutualistes comprises.

2 Au moins 3 délivrances dans l'année, avec ou sans pathologies.

3 Codes CIM10 F30 et F31 : en ALD 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).

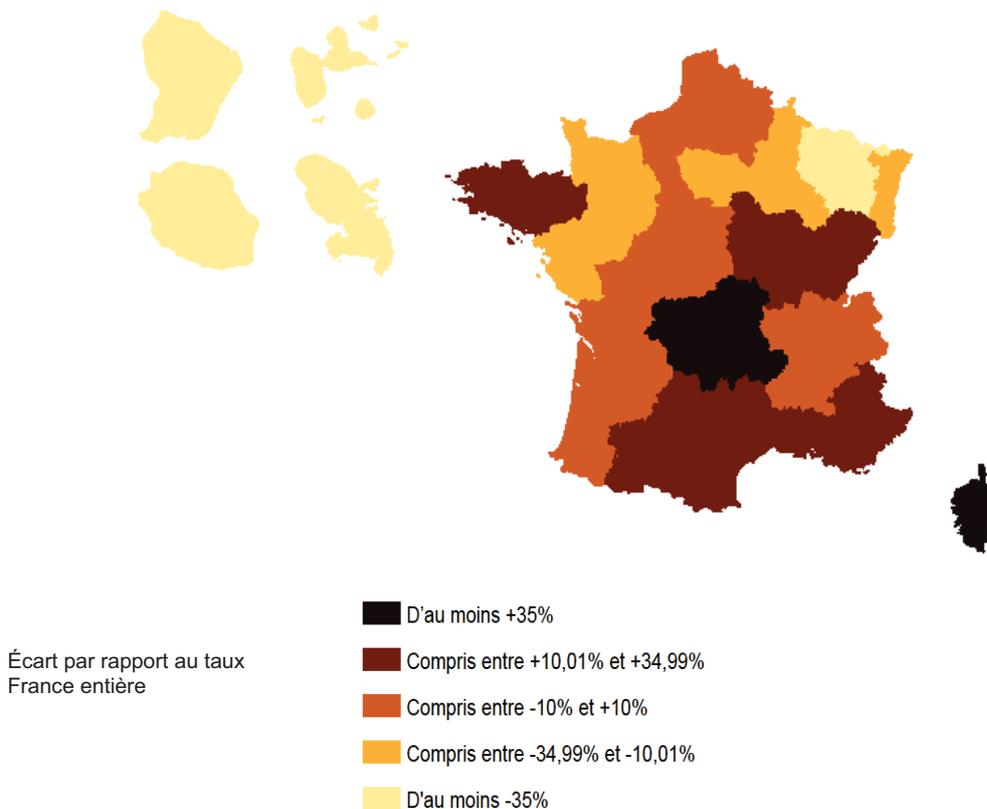
4 Codes CIM10 F32 à F39 : en ALD 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).

Champ : France (métropole et départements d'outre-mer y compris Mayotte et domicile non précisé) – Patients âgés de 10 ans ou plus.

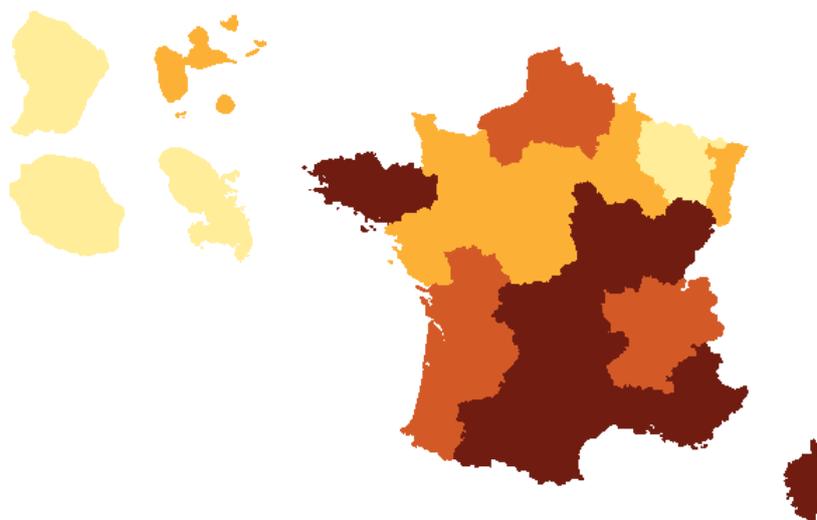
Sources : SNIIRAM, CNAIMTS.

Cartes 1 : Comparaisons régionales des taux de bénéficiaires du régime général d'assurance maladie¹ pris en charge pour troubles dépressifs en 2012 - Écarts par rapport à la valeur nationale (%)

Taux bruts



Taux standardisés²



Sections locales mutualistes comprises.

1 Codes CIM10 F32 à F39 : en ALD 23 au 31 décembre ou hospitalisés dans les 2 ans dans un établissement de santé en MCO (diagnostic principal ou relié) ou psychiatrique (diagnostic principal ou associé).

2 La population de référence utilisée est la population standard européenne 2010 proposée par EUROSTAT.

Champ : France (métropole et départements d'outre-mer non compris Mayotte et domicile non précisé).

Sources : SNIIRAM, CNAMTS.

Tableau 2 : Patients pris en charge¹ dans les établissements spécialisés en psychiatrie en 2012 selon le sexe

	Patients pris en charge pour troubles bipolaires ²				Patients pris en charge pour dépression et autres troubles de l'humeur ³			
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Rapport Femmes / Hommes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Rapport Femmes / Hommes
Nombre de patients	33 808	57 930	91 738	1,71	121 374	221 257	342 631	1,82
Taux brut de patients pris en charge (pour 10 000)	11,0	17,7	14,4	1,61	39,4	67,6	53,9	1,72
Taux standardisé ⁴ de patients pris en charge (%)	11,6	18,4	15,1	1,59	41,0	69,0	55,6	1,68

1 Patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public.

2 Codes CIM10 F30 et F31 en diagnostic principal ou associé.

3 Codes CIM10 F32 à F39 en en diagnostic principal ou associé.

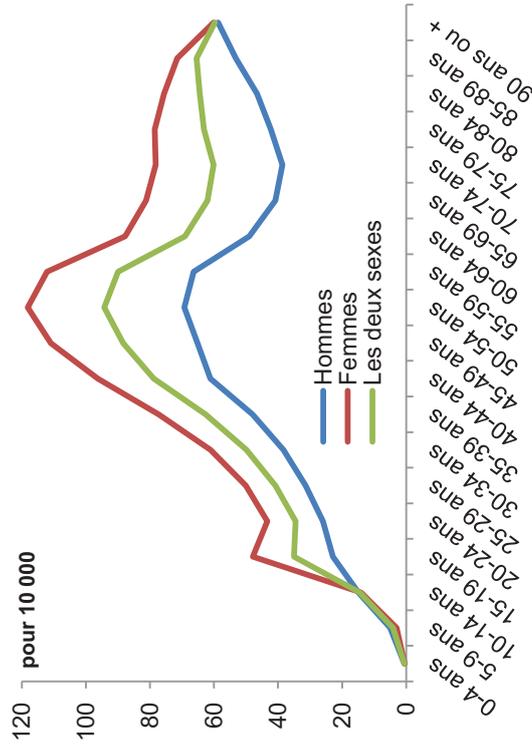
4 La population de référence utilisée est la population standard européenne 2010 proposée par EUROSTAT

Champ : France métropolitaine.

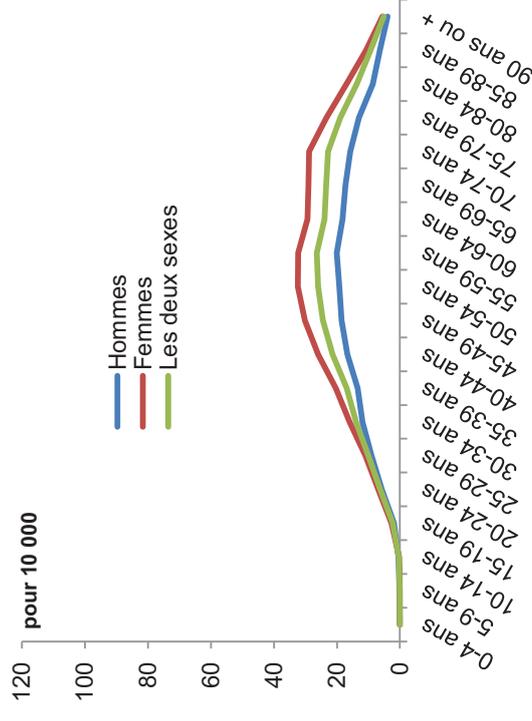
Sources : Base nationale RIM-P, ATIH, exploitation InVS et données de population, INSEE.

Graphique 2 : Taux de patients pris en charge¹ dans les établissements spécialisés en psychiatrie en 2012 (pour 10 000)

a - Troubles bipolaires²



b - Troubles dépressifs³



1 Patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public.

2 Codes CIM10 F30 et F31 en diagnostic principal ou associé.

3 Codes CIM10 F32 à F39 en en diagnostic principal ou associé.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Base nationale RIM-P, ATIH, exploitation InVS et données de population, INSEE

INDICATEURS :

- Patients avec un traitement par antidépresseur ou lithium
- Taux de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie pris en charge pour troubles bipolaires
- Taux de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie pris en charge pour troubles dépressifs

Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM)

CHAMP : France (métropole et départements d'outre-mer) – Bénéficiaires du régime général d'assurance maladie sections locales mutualistes (SLM) comprises.

SOURCE : Algorithmes mis au point par la CNAMTS pour constituer des « pathologies » repérées à partir de médicaments traceurs, du bénéfice d'une affection de longue durée (ALD) ou de séjours hospitaliers en soins de courte durée (PMSI-MCO) ou en psychiatrie (RIM-P).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Nombre de bénéficiaires repéré par l'algorithme correspondant rapporté à l'ensemble des bénéficiaires.

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Recours aux soins ou consommation de médicaments ayant donné lieu à remboursement ; les patients pris en charge uniquement en ville par des professionnels libéraux sans mise en ALD ne sont pas inclus dans la sélection dans la mesure où les diagnostics ne peuvent être repérés pour ce type de prise en charge ni les patients affiliés aux régimes autres que le régime général.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : CNAMTS

INDICATEURS :

- Taux de patients hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire pour troubles bipolaires
- Taux de patients hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire pour troubles dépressifs

CHAMP : France métropolitaine.

SOURCE : Diagnostics principal et associés issus du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Nombre de patients hospitalisés en établissement psychiatrique public ou privé et/ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public rapporté à la population France métropolitaine de l'année considérée, avec chainage des prises en charge pour un même patient.

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Le RIM-P est un système de recueil mis en place depuis 2008 avec une montée en charge progressive. L'exhaustivité des données transmises ainsi que qualité des codages restent encore à évaluer.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : INVS

SANTE MENTALE

Troubles psychotiques

- **Contexte**

La schizophrénie est identifiée par l'OMS comme l'une des affections les plus préoccupantes du vingt et unième siècle, du fait de la charge de morbidité, de mortalité, d'incapacité, des coûts économiques et des conduites d'exclusion que les troubles génèrent. Les troubles psychotiques s'avèrent difficiles à appréhender par les professionnels de santé et sont encore fortement stigmatisés en France ; ils peuvent altérer par moments la capacité des personnes à consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui leur sont proposés. Ces conditions génèrent un retard au diagnostic et de prise en charge, et des ruptures de soins préjudiciables. Le plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 met l'accent sur l'accès et la continuité des soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves. En France, le développement récent du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) et son intégration en 2011 dans le système d'information inter régime d'assurance maladie (SNIIRAM) permet d'amorcer une surveillance du taux d'habitants avec des troubles psychotiques suivis dans le système de soins.

En l'état actuel de développement de ces systèmes d'information en France, les deux indicateurs retenus pour les troubles psychotiques décrivent:

- les personnes résidentes en France métropolitaine prises en charge annuellement pour troubles psychotiques par les établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, quel que soit le mode de prise en charge (hospitalisations /ou suivi ambulatoire dans le secteur public.
- Les personnes couvertes par le régime général d'assurance maladie, bénéficiant d'une ALD ou hospitalisées dans les 2 dernières années pour troubles psychotiques dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique

Les troubles psychotiques considérés comprennent les schizophrénies, les troubles psychotiques aigus, le trouble schizotypique, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants, et autres psychoses non organiques non précisées, selon la CIM10 (10^e révision de la Classification internationale des maladies de l'OMS)

- **Indicateurs**

Taux de personnes prises en charge pour des troubles psychotiques par les établissements de santé ayant une activité psychiatrique

En France métropolitaine, les premières estimations nationales, issues du RIM-P, indiquent qu'en 2012 en France métropolitaine, environ 235 000 habitants, soit 3,7 pour 1000 habitants, ont été pris en charge pour des troubles psychotiques par les établissements de santé ayant une activité psychiatrique (EP). La prise en charge était principalement ambulatoire : 54 % des patients ont été pris en charge exclusivement en ambulatoire, 32 % en hospitalisation et en ambulatoire, 14 % exclusivement en hospitalisation. Pour 62 % d'entre eux, le diagnostic posé était une schizophrénie. Tous troubles psychotiques confondus, les hommes étaient 1,5 fois plus concernés que les femmes (taux standardisé sur l'âge de 4,6 pour 1000 chez les hommes et de 3,0 pour 1000 chez les femmes). Le rapport de taux hommes/femmes était de 2 pour la schizophrénie (taux standardisés de 3,1 pour 1000 chez les hommes ; 1,5 pour 1000 chez les femmes) (Tableau 1). La prépondérance masculine des troubles psychotiques s'avère maximale entre 25 et 30 ans (rapport de taux hommes/femmes = 2,8 pour tous troubles psychotiques et 3,7 pour la schizophrénie), l'écart des taux entre hommes et femmes s'amenuise progressivement avec l'âge pour s'inverser après 60 ans. Les taux selon l'âge suivent une courbe en cloche, et

montrent un décalage de plus de 10 ans entre hommes et femmes, les taux les plus élevés de prise en charge (tous troubles psychotiques comme pour schizophrénie) étant observés entre 30 et 45 ans chez les hommes et entre 40 et 55 ans chez les femmes (Figure 1).

Tendances régionales : En 2012, les taux standardisés d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les EP s'échelonnaient de 2,3 à 4,8 pour 1000 habitants selon la région. Les régions Alsace et Bretagne avaient les taux les plus élevés (carte 1).

Taux de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie pris en charge pour des troubles psychotiques

Sur les 59,2 millions de personnes en France qui ont bénéficié de prestations d'assurance maladie du Régime général (RG) en 2012 (environ 87 % de la population française), près de 355 000 étaient en ALD pour psychose ou avaient été hospitalisées dans les deux ans pour troubles psychotiques en MCO¹²⁴ ou EP, soit un taux de 6 pour 1000 bénéficiaires. Le taux standardisé sur l'âge était 1,4 fois plus important chez les hommes que chez les femmes, respectivement de 7,7 et 5,3 pour 1000 (tableau 2). L'évolution selon l'âge retrouve un décalage de 10 ans entre hommes et femmes dans le pic de prise en charge, les taux les plus élevés étant observés entre 35 et 50 ans chez les hommes et entre 45 et 60 ans chez les femmes. Après 60 ans, alors que les taux diminuent lentement chez les femmes (de 7 % en moyenne par tranche d'âge quinquennale), la diminution s'avère très affirmée chez les hommes (19 % en moyenne par tranche d'âge quinquennale) (Figure 2).

Chez les moins de 60 ans, les personnes bénéficiaires de la CMUC étaient relativement plus nombreuses à être prises en charge pour troubles psychotiques que les non bénéficiaires de la CMUC, respectivement 10,9 et 5,9 pour 1000 après standardisation sur l'âge (Tableau 2).

Tendances régionales : En 2012, les taux standardisés de personnes prises en charge par le RG pour troubles psychotiques s'échelonnaient de 5,0 à 8,1 pour 1000 selon la région. Les régions Alsace, Bretagne, PACA et Auvergne avaient les taux les plus élevés (carte 2).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies chroniques et des traumatismes**

SYNTHESE

En 2012, 6 personnes sur 1000 en France étaient en ALD pour psychose ou avaient été hospitalisées en MCO ou EP pour troubles psychotiques dans les 2 dernières années. Par ailleurs, 3,7 pour 1000 habitants de France métropolitaine ont été pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements psychiatriques. plus de la moitié exclusivement en ambulatoire,

Les deux indicateurs montrent que les prises en charge pour troubles psychotiques sont 1,5 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, bien qu'au-delà de 60 ans, les taux féminins deviennent supérieurs aux taux masculins. On observe un décalage d'une dizaine d'années dans les taux les plus élevés de prise en charge (hommes entre 30 et 50 ans et femmes entre 40 et 60 ans). La diminution des taux de prise en charge avec l'âge est très marquée chez les hommes. Les causes de cette diminution différentielle restent à explorer. Ce système d'information ne couvre pas la totalité des patients suivis dans le système de soins pour troubles psychotiques, en particulier les patients suivis en libéral sans prise en charge en ALD pour cette psychose (troubles les moins graves ou stabilisés, sans hospitalisation récente) ne sont pas pris en compte.

124 Médecine, chirurgie, obstétrique

Tableau 1 : Nombre, taux* brut et standardisé d'habitants pris en charge pour tous troubles psychotiques et pour schizophrénie par les établissements de santé avec activité psychiatrique, France métropolitaine 2012

	Tous troubles psychotiques			Schizophrénie		
	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé
Tous sexes	235 129	3,70	3,83	142 985	2,07	2,03
Hommes	139 216	4,52	4,61	94 519	3,07	3,12
Femmes	95 913	2,93	3,03	48 466	1,48	1,54

Source : RIM-P, ATIH. Analyses InVS. *Taux pour 1000 habitants. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE+EFTA 2010

Tableau 2 : Nombre, taux* brut et standardisé de personnes prises en charge pour troubles psychotiques par le régime général d'assurance maladie, selon le sexe et le niveau socio-économique. France 2012**

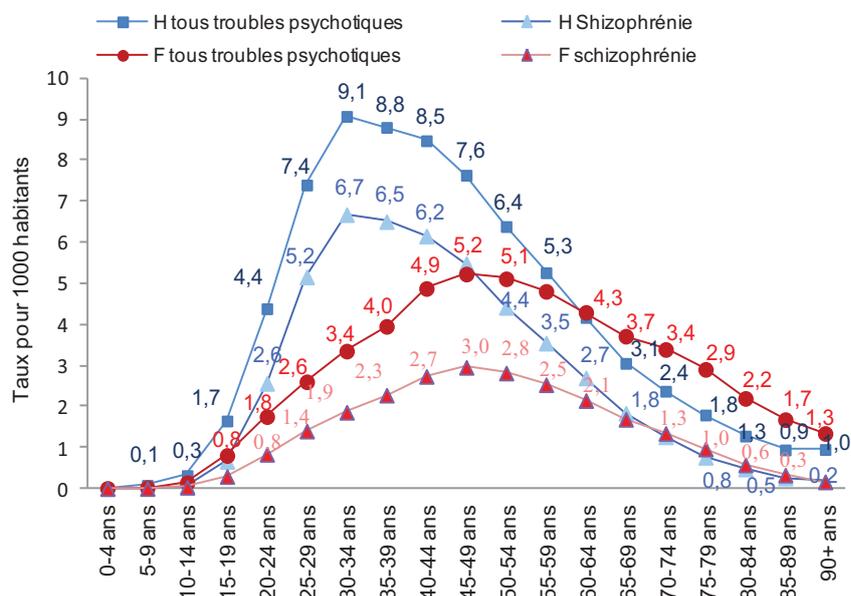
Niveau socio-économique	Hommes			Femmes			Deux sexes		
	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé	Nombre	Taux brut	Taux standardisé
Tous bénéficiaires	195 293	7,10	7,65	159 367	5,03	5,33	354 660	5,99	6,36
CMUC (< 60 ans)	23 890	11,19	15,73	15 535	5,94	7,73	39 425	8,30	10,95
Non CMUC (< 60 ans)	139 769	7,08	7,80	87 763	4,09	4,27	227 532	5,52	5,91

Source CNAMTS-SNIIRAM. Analyses CNAMTS

*Taux pour 1000 bénéficiaires. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE+EFTA 2010

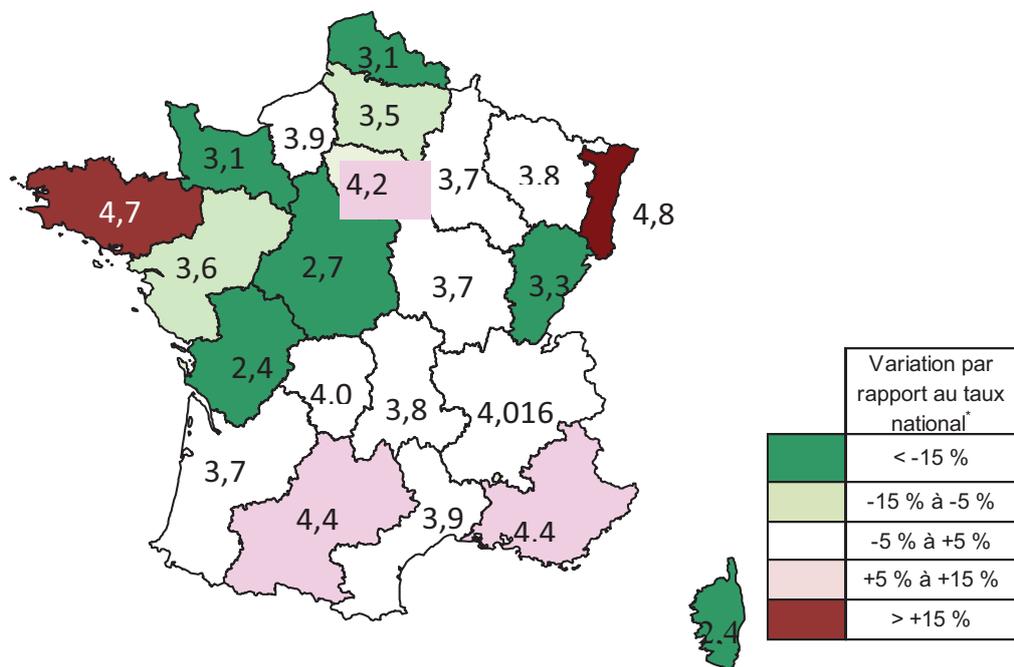
**Bénéficiaires en ALD pour troubles psychotiques ou hospitalisés dans les deux ans pour troubles psychotiques en MCO ou en établissement psychiatrique

Graphique 1 : Taux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements de santé avec activité psychiatrique selon l'âge et le sexe. France métropolitaine. 2012

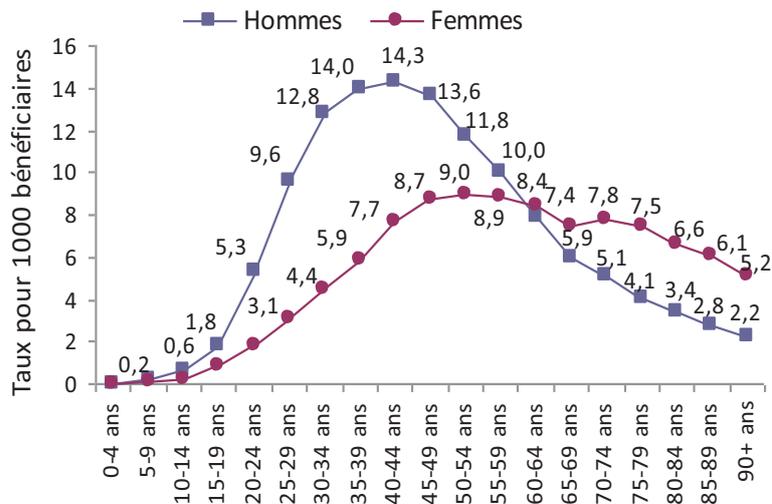


Source : RIM-P, ATIH. Analyses InVS.

Carte 1 : Taux* standardisés régionaux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements de santé avec activité psychiatrique. Année 2012

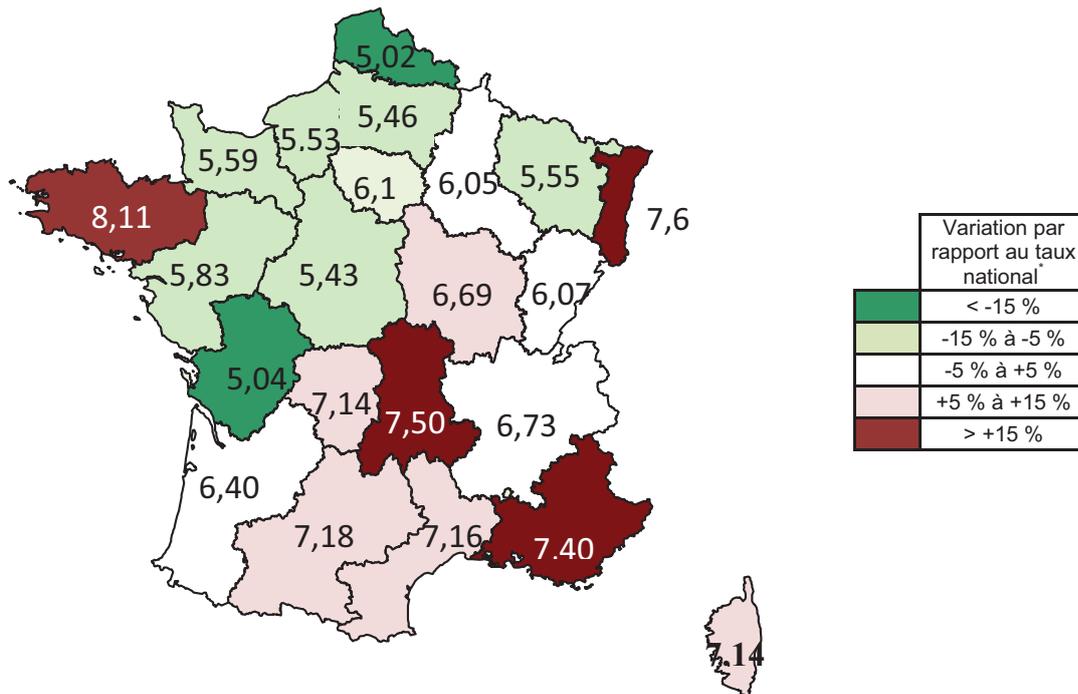


Graphique 2 : Taux de personnes prises en charge pour troubles psychotiques par le régime général d'assurance maladie selon l'âge et le sexe. France entière 2012**



Source CNAMTS-SNIIRAM. Analyses CNAMTS

Carte 2 : Taux* standardisés régionaux de personnes prises en charge pour troubles psychotiques par le régime général d'assurance maladie. France 2012**



*Taux national = 6,36 pour 1000 habitants

**Bénéficiaires en ALD pour troubles psychotiques ou hospitalisés dans les deux ans pour troubles psychotiques en MCO ou en établissement psychiatrique

Source CNAMTS-SNIIRAM. Analyses CNAMTS *Taux pour 1000 bénéficiaires. Standardisation sur l'âge selon population Eurostat UE+EFTA 2010

INDICATEUR : Taux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements de santé avec activité psychiatrique

CHAMP : France métropolitaine

SOURCE : Fichiers de résumés par séquence anonymes pour prises en charge à temps complet ou partiel et de résumés d'activité ambulatoire anonymes, issus du RIM-P (ATIH) ; statistiques démographiques INSEE

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Nombre de personnes résidentes en France métropolitaine hospitalisées à temps plein ou partiel en établissement psychiatrique public ou privé et/ou pris en charge en ambulatoire dans le secteur public rapporté à la population France métropolitaine de l'année considérée. Diagnostic principal et associés codés par les services d'information médicale des établissements selon la CIM 10: codes F20 à F29 pour tous troubles psychotiques et F20 pour schizophrénie.

LIMITES et BIAIS : Le RIM-P est un système de recueil étendu nationalement depuis 2008 avec une montée en charge progressive des codages dont la qualité reste encore à être évaluée. Les pratiques d'enregistrement des prises en charge ambulatoire sont encore inhomogènes d'un établissement à un autre: les patients consultant en CMP ou autres lieux de consultations externes de psychiatrie ne sont pas tous systématiquement enregistrés dans le système d'information et l'activité ambulatoire libérale n'est pas enregistrée. Inversement une surestimation des taux est attendue liée au fait que pour les patients suivis exclusivement en ambulatoire, l'identifiant anonyme est propre à l'établissement. Un patient qui serait pris en charge en ambulatoire dans plusieurs établissements est compté plusieurs fois s'il n'a pas été hospitalisé dans chacun de ces établissements.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie pris en charge pour des troubles psychotiques

CHAMP : France entière, bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie (avec sections locales mutualistes)

SOURCE : Données du régime général à partir du SNIIRAM

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Numérateur: bénéficiaires du RG avec prestation d'assurance maladie dans l'année qui sont en ALD psychose (codes CIM F20 à F29) et /ou qui ont été hospitalisés dans l'année N-1 ou N (hospitalisation en MCO ou en EP pour troubles psychotiques : Codes CIM F20 à F29 en diagnostic principal ou relié pour MCO ; en diagnostic principal ou associé pour RIM-P Dénominateur : population des bénéficiaires du RG (prestation dans l'année)

LIMITES et BIAIS :

- Taux de couverture de la population : limité au RG et SLM entraînant une perte d'information sur 13 % de la population française.

- Facteur de surestimation des taux de prévalence annuelle : Les ALD sont généralement attribuées pour une durée de 5 ans ; les hospitalisations de l'année n-1 sont considérées.

- Facteur de sous- estimation des taux : les patients suivis en ambulatoire, sans hospitalisation ou en libéral et dont le médecin traitant n'a pas demandé ou renouvelé l'ALD ne sont pas comptés. Le choix de demander une mise en ALD pour une pathologie psychiatrique peut être guidé par l'évolution sociale, du ressenti d'un risque de stigmatisation. Lorsque les prises en charge ne sont pas onéreuses ou que le patient est déjà en ALD pour une pathologie intégrant la possibilité d'être exonéré pour le même type de traitements, le nombre de patients en ALD sous estime la prévalence de la maladie. Cela peut être source de biais dans les comparaisons de prévalence selon le niveau socioéconomique. Par ailleurs, les femmes demandent plus facilement le renouvellement d'ALD que les hommes pour des traitements équivalents, ce qui pourrait expliquer pour les prises en charge qui deviendraient essentiellement ambulatoires avec l'âge, un maintien plus important des taux chez les femmes

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : CNAMTS

RESPIRATOIRE

Bronchopneumopathie Chronique Obstructive¹²⁵

- **Contexte**

Les données épidémiologiques sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont peu nombreuses. L'estimation de la prévalence de la BPCO est difficile. En effet ce sont des critères spirométriques qui permettent de porter le diagnostic et de déterminer le stade de sévérité de la BPCO, et la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires est difficile dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. D'autre part, la prévalence de cette pathologie lorsqu'elle est mesurée via autodéclaration (qu'elle ait été ou non confirmée par un médecin) est sous-estimée en raison de l'importance du sous-diagnostic. Les exacerbations¹²⁶ de BPCO sont un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution de la maladie. Les plus sévères nécessitent une hospitalisation. Une partie de ces hospitalisations pourraient être évitées grâce à une prise en charge optimale dès les signes d'aggravation. Il est donc pertinent de chercher à évaluer le poids global de ces hospitalisations et d'en suivre les tendances au cours du temps. Les indicateurs retenus ici concernent les hospitalisations pour exacerbation de BPCO et la mortalité liée à la BPCO.

- **Indicateurs**

Taux d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO

En France, en 2012, le nombre annuel d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO se situait entre 95 000 et 145 000 par an selon l'indicateur utilisé. Les taux bruts d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO (indicateur strict) étaient de 29/10 000 adultes âgés de 25 ans ou plus chez les hommes et 14/10 000 chez les femmes (tableau 1). Entre 2000 et 2012, les taux standardisés d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO ont augmenté chez les hommes (+ 2 % par an en moyenne) comme chez les femmes (+ 6 % par an) (figure 1). Bien que l'augmentation des taux d'hospitalisation soit plus rapide chez les femmes, l'écart entre hommes et femmes reste important.

Tendances régionales : en 2010-2012, les taux d'hospitalisations pour BPCO les plus élevés étaient observés en Lorraine, en Picardie, dans le Nord Pas de Calais et à la Réunion (figure 2).

Comparaisons internationales : les taux d'hospitalisation en rapport avec la BPCO observés en France sont parmi les plus bas d'Europe. Toutefois, les pratiques de codages sont très hétérogènes, les comparaisons internationales sont donc difficiles.

Taux de mortalité liée à la BPCO

En France, en 2010, environ 18 000 décès étaient liés à la BPCO (BPCO en cause initiale ou en causes associées), dont 43 % en cause initiale. En 2010, les taux bruts de mortalité liée à la BPCO étaient de 98/100 000 adultes de 45 ans ou plus chez les hommes et 38/100 000 chez les femmes (tableau 2). Depuis 2000, les taux de mortalité liés à la BPCO sont en diminution chez les hommes (environ -1 % par an en moyenne) mais en légère augmentation chez les femmes (+0,6 %) (figure 3).

Tendances régionales : en 2008-2010, les taux de mortalité liée à la BPCO les plus élevés étaient observés en Lorraine, à la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Alsace, et en Champagne-Ardenne (figure 4).

¹²⁵ La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes.

¹²⁶ Aggravation prolongée de l'état d'un patient atteint de BPCO, à partir de l'état stable et au-delà des variations quotidiennes normales, d'apparition brutale et nécessitant une modification du traitement habituel

Comparaisons internationales : les taux de mortalité par BPCO observés en France sont parmi les plus bas d'Europe. Parmi les explications possibles on peut évoquer une exposition moindre aux facteurs de risques (tabac, défavorisation sociale) mais également un sous-diagnostic plus important. Les tendances temporelles observées dans les autres pays de l'Union Européenne et aux Etats-Unis sont similaires à celles observées en France, avec une diminution globale des taux de mortalité par BPCO et une réduction du sexe ratio.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

Les hospitalisations pour exacerbation de BPCO ont augmenté entre 2000 et 2012, cette augmentation est plus importante chez les femmes (+6 % par an) que chez les hommes (+ 2%). La mortalité liée à la BPCO a diminué d'environ 1 % par an chez les hommes entre 2000 et 2010 mais elle a augmenté chez les femmes (+0,6 %).

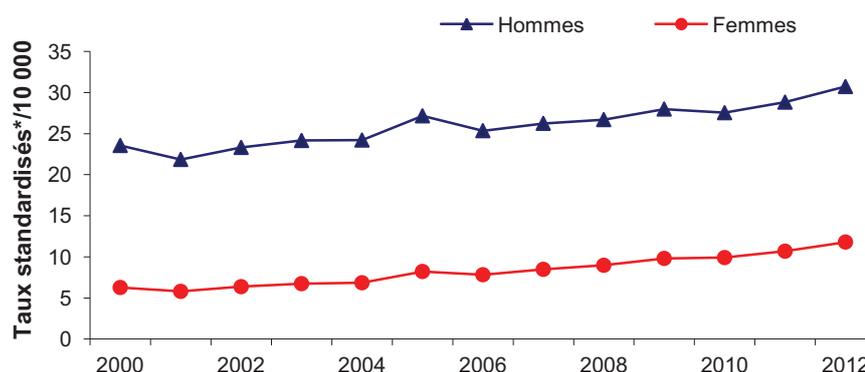
Ainsi, l'écart de morbi-mortalité liée à la BPCO entre hommes et femme tend à se réduire. Pour les hospitalisations comme pour la mortalité, il existe d'importantes disparités régionales, les taux les plus élevés sont observés dans le Nord et l'Est de la France ainsi qu'à l'île de la Réunion.

Tableau 1 : Taux d'hospitalisations pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive : taux bruts par classe d'âge et par sexe, France entière (hors Mayotte), 2012

	Hommes	Femmes
Classe d'âge		
25-44 ans	1/10 000	1/10 000
45-64 ans	16/10 000	8/10 000
65-84 ans	86/10 000	31/10 000
85 ans ou plus	197/10 000	71/10 000
Total	29/10 000	14/10 000

Source : PMSI-ATIH

Graphique 1 : Hospitalisations pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive, France métropolitaine, 2000-2012



* Taux standardisés sur l'âge, population européenne 2010 (Eurostat)

Source : PMSI-ATIH

Carte 1 : Variations régionales des taux d'hospitalisation pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive, taux moyens 2010-12

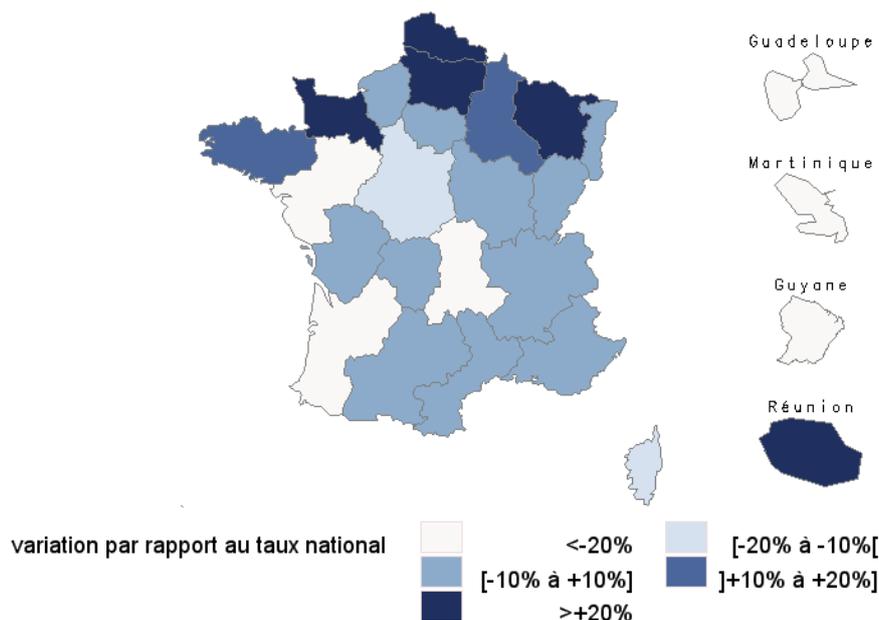
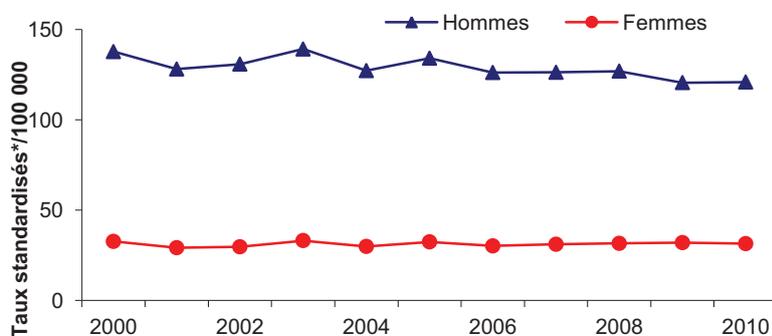


Tableau 2 : Taux de mortalité par BPCO (cause initiale) et liée à la BPCO (causes multiples), taux bruts par classe d'âge et par sexe, France entière (hors Mayotte), 2010

	Taux/100 000	
	Cause initiale	Causes multiples
Hommes		
45-64 ans	6,7	19,6
65-84 ans	72,5	175,4
85 ans ou plus	355,5	793,6
Total	40,6	97,9
Femmes		
45-64 ans	1,9	4,8
65-84 ans	20,4	45,0
85 ans ou plus	123,8	252,0
Total	17,6	37,5

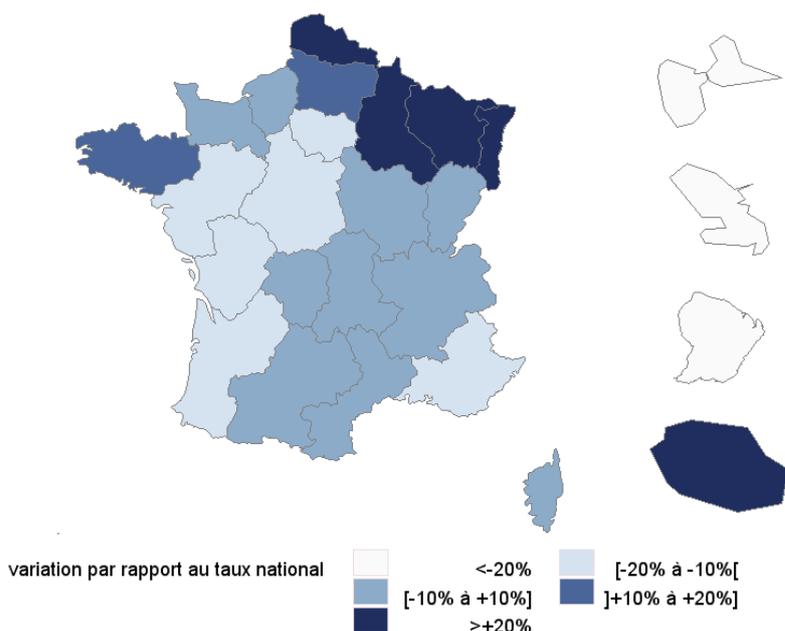
Source : CépiDC-INSEEM

Graphique 2 : Mortalité liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), causes multiples, France métropolitaine, 2000-2010



* Standardisation population européenne 2010
Source : CépiDc-INSEEM

Carte 2 : Variations régionales des taux de mortalité liée à la BPCO, causes multiples, taux moyens 2008-2010



INDICATEUR : Hospitalisations pour BPCO

CHAMP : France entière hors Mayotte, adultes âgés de 25 ans ou plus

SOURCE : Fichiers de résumés de sortie anonymes issus du PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (INSEE).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Séjours avec -(a) diagnostic principal (DP) de maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires (J44.0) ou avec épisode aigu non précisé (J44.1) ou -(b) DP d'insuffisance respiratoire aiguë (J96.0) avec un diagnostic associé significatif (DAS) de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43) ou -(c) DP d'infection respiratoire basse (J10-J18, J20-J22) avec un DAS de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43) ou -(d) DP de maladie pulmonaire obstructive chronique (J44) ou d'emphysème (J43) avec un diagnostic associé d'infection respiratoire basse (J10-J18, J20-J22) ou d'insuffisance respiratoire aiguë (J96.0). Les séjours de moins de 2 jours dont l'issue n'est pas le décès sont exclus afin d'éviter de prendre en compte les hospitalisations programmées. Taux standardisés sur l'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, 2010).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Certaines hospitalisations pour exacerbations de BPCO peuvent ne pas être reconnues ou codées comme telles. De plus, compte tenu des comorbidités fréquentes, la BPCO peut ne pas apparaître en diagnostic principal sur le résumé de sortie anonyme. Un deuxième indicateur construit au moyen d'un algorithme moins spécifique permet de prendre en compte d'éventuels transferts de codage et de vérifier la robustesse des tendances au cours du temps (données non présentées, disponibles sur le site web de l'InVS).

RÉFÉRENCES : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Mortalité par BPCO

CHAMP : France entière hors Mayotte, adultes âgés de 45 ans ou plus

SOURCE : Causes médicales de décès (INSERM-CépiDC) ; statistiques démographiques (INSEE).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Certificats de décès ayant un code BPCO en cause initiale de décès (mortalité par BPCO) ou en cause initiale ou associée (causes multiples, mortalité liée à la BPCO). Codes CIM10 J40-J44. Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, 2010).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : La broncho-pneumopathie chronique obstructive est globalement sous-déclarée sur les certificats de décès. En effet, il s'agit d'une maladie sous-diagnostiquée, y compris aux stades sévères, et quand elle est diagnostiquée, elle peut ne pas être rapportée sur le certificat de décès quand il existe d'autres causes concurrentes de décès.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

RESPIRATOIRE

Asthme

- **Contexte**

L'asthme est une maladie inflammatoire des voies aériennes qui se traduit par des épisodes de dyspnée, de respiration sifflante ou de toux. Cette maladie résulte d'interactions entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux et son étiologie reste non clairement élucidée à ce jour. Les facteurs déclenchants des exacerbations de la maladie sont nombreux. Il s'agit notamment des expositions à des allergènes (acariens, pollens, allergènes professionnels...) ou à des irritants respiratoires (tabagisme actif ou passif, pollution de l'air intérieur ou extérieur) et des infections respiratoires.

La prévalence de l'asthme est d'environ 10 % chez l'enfant et 6 % chez l'adulte. La prise en charge de la maladie repose sur un traitement médicamenteux (incluant, si nécessaire, un traitement de fond quotidien), l'éviction des facteurs déclenchants et l'éducation thérapeutique du patient. Grâce à une prise en charge adaptée, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations d'asthme.

- **Indicateurs**

Nombre et taux annuels d'hospitalisation en MCO pour asthme

Un peu plus de 60 000 hospitalisations pour asthme sont survenues en France en 2012. Près des deux tiers des séjours (64 %) concernaient des enfants de moins de 15 ans (Tableau).

Les taux annuels d'hospitalisation pour asthme en France métropolitaine ont diminué au début des années 2000 mais au cours des cinq dernières années, ils ont augmenté pour les deux sexes (Graphique 1). Par classe d'âge, on note une augmentation chez les enfants et les nourrissons, alors que les taux sont restés stables chez les jeunes adultes (15-49 ans) et ont diminué chez les 50 ans ou plus (Tableau).

Les régions les plus touchées sont les DOM (à l'exception de la Guyane) ainsi que l'Île-de-France (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Tous âges confondus, le taux d'hospitalisation pour asthme est légèrement inférieur au taux moyen observé dans les pays de l'OCDE (respectivement, taux standardisé de 4,8 et 3,7/10 000 en 2011) (Health at a glance. OCDE 2013).

Nombre de décès chez les personnes de moins de 45 ans et taux standardisé de mortalité par asthme

En 2010, 963 décès par asthme sont survenus en France, dont 65 chez des enfants ou des adultes de moins de 45 ans. Le taux brut de mortalité par asthme était de 1,5/100 000 tous âges confondus et de 0,18 /100 000 personnes âgées de moins de 45 ans. Après avoir baissé au début des années 2000, le taux de mortalité est resté stable chez les moins de 45 ans au cours des 5 dernières années (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

En termes de mortalité par asthme, tous âges confondus, la France se situait en 2010 dans une situation moyenne par rapport aux autres pays européens (Eurostat).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

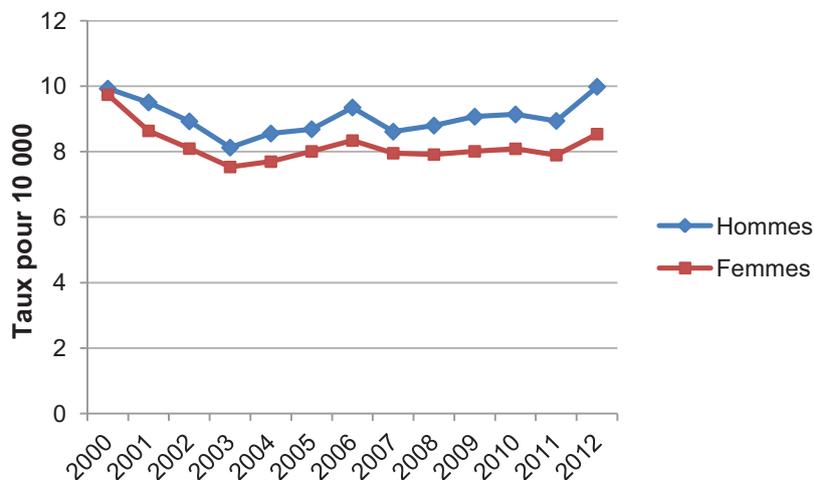
Au cours des cinq dernières années, les taux d'hospitalisation pour asthme ont augmenté. Cette augmentation est la conséquence d'une augmentation chez les enfants. Tous âges confondus, les régions d'outre-mer et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées. Le taux de mortalité par asthme chez les personnes âgées de moins de 45 ans est resté stable.

Tableau 1 : Nombre et taux bruts d'hospitalisation pour asthme, par classe d'âge et sexe, France entière, 2012

Classe d'âge	Hommes		Femmes	
	N	Taux (/10 000)	N	Taux (/10 000)
0-1 an	8 270	104,8	4 069	54,0
2-4 ans	9 329	78,0	5 261	46,0
5-9 ans	5 339	26,8	3 056	16,1
10-14 ans	2 534	12,7	1 548	8,1
15-19 ans	880	4,5	1 130	6,1
20-34 ans	1 696	2,9	2 931	5,0
35-49 ans	1 707	2,7	3 004	4,6
50-65 ans	1 589	2,7	3 151	5,0
≥65 ans	1 673	3,6	4 779	7,4
Total	33 017	10,7	28 929	8,8

Sources : PMSI (ATIH) ; taux standardisés (population France 2006)

Graphique 1 : Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme, tous âges, France métropolitaine, 2000-2012



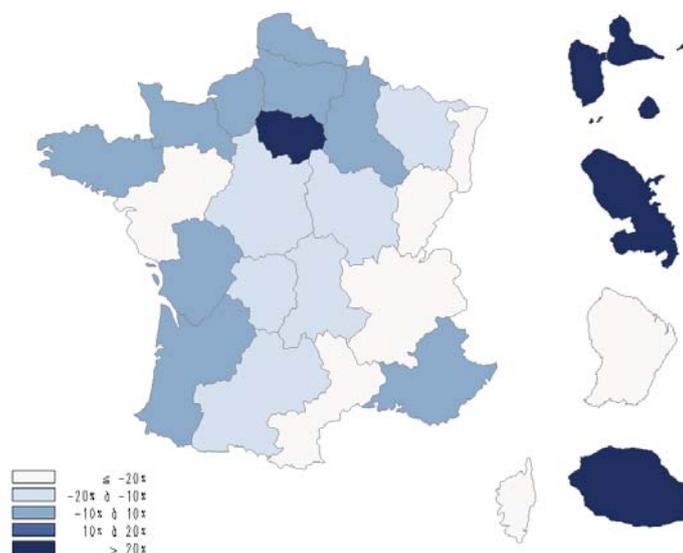
Sources : PMSI (ATIH) ; taux standardisés sur l'âge (population France 2006)

Tableau 2 : Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme (pour 10 000) par classe d'âge, France métropolitaine, 2008-2012

Classe d'âge	2008	2009	2010	2011	2012
0-1 an	64,0	64,2	72,6	75,2	77,7
2-14 ans	21,3	21,4	22,2	22,0	25,3
15-49 ans	3,8	4,0	3,7	3,4	3,8
50 ans ou plus	4,9	5,0	4,7	4,4	4,6

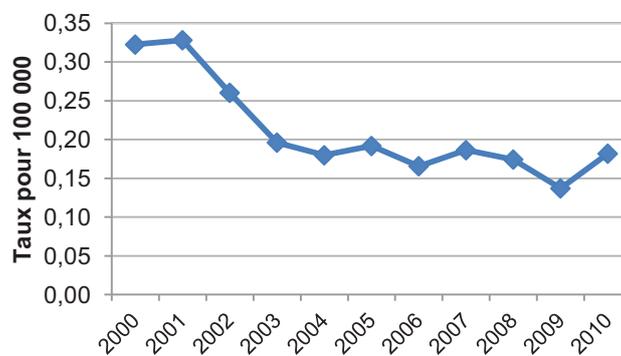
Source : PMSI (ATIH) ; taux standardisés sur l'âge (population France 2006)

Carte 1 : Variations régionales du taux d'hospitalisation pour asthme, écart du taux moyen régional standardisé par rapport au taux moyen national, France entière, tous âges, 2010-2012



Sources : PMSI (ATIH) ; taux standardisés sur l'âge (population France 2006)

Graphique 2 : Taux annuels standardisés de mortalité par asthme chez les moins de 45 ans, France métropolitaine, 2000-2010



Sources : Causes médicales de décès (Inserm, CépiDc) ; taux standardisés sur l'âge (population Europe 2010)

INDICATEUR : HOSPITALISATIONS POUR ASTHME

CHAMP : France entière, hors Mayotte (France métropolitaine seule pour les tendances temporelles)

SOURCES : PMSI (ATIH) ; statistiques démographiques (Insee)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Séjours pour asthme (J45 ou J46 en diagnostic principal) ; taux standardisés sur l'âge, en utilisant comme population de référence la population française au recensement de 2006 (Insee), la population européenne ne permettant pas de distinguer les nourrissons de moins de 2 ans.

LIMITES ET BIAIS : Les données du PMSI ne permettent pas de distinguer les hospitalisations pour exacerbation d'asthme des hospitalisations pour bilan.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Mortalité par asthme

CHAMP : France entière, hors Mayotte (France métropolitaine seule pour les tendances temporelles), enfants et adultes de moins de 45 ans.

SOURCES : Causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) ; statistiques démographiques (Insee)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Décès par asthme (J45 ou J46 en diagnostic principal) ; taux standardisés sur l'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, 2010)

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

RHUMATOLOGIE

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité¹²⁷

- **Contexte**

Les limitations fonctionnelles ont un retentissement incontestable sur la qualité de vie des personnes atteintes de déficiences, que celles-ci soient liées au vieillissement, à des maladies chroniques ou à des lésions d'origine périnatale ou traumatique. Les limitations fonctionnelles sont l'ensemble des difficultés fonctionnelles à se déplacer, monter un escalier, voir, entendre..., Certaines peuvent être compensées, plus ou moins complètement, par des aides techniques qui visent à en réduire le retentissement sur la vie quotidienne. Les restrictions d'activité représentent les difficultés effectivement rencontrées, compte tenu des aides disponibles et des aménagements de l'environnement, pour la réalisation des activités, notamment des activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, se déplacer à l'extérieur...).

L'enquête Handicap-Santé 2008 en ménages ordinaires est la source la plus récente permettant d'estimer de manière la plus complète possible la prévalence des limitations fonctionnelles dans toutes leurs dimensions, physique, sensorielle et cognitive, et leur retentissement, dans la population âgée de 18 ans ou plus vivant à domicile. L'enquête ESPS 2012 en ménages ordinaires permet une mise à jour des données sur les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles ainsi que sur les difficultés pour les soins personnels et les restrictions dans les activités de la vie quotidienne.

- **Indicateurs**

Prévalence des limitations fonctionnelles physiques, sensorielles et cognitives

Dans l'enquête Handicap-Santé 2008, 15 % des hommes et 22 % des femmes de 18 ans ou plus et vivant à leur domicile déclarent au moins une limitation fonctionnelle sévère (voir définitions dans l'encadré), soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes (tableau 1). Les limitations physiques sont les plus fréquemment déclarées (6,2 millions d'hommes et de femmes), devant les limitations sensorielles (3,4 millions) et cognitives (2,4 millions).

Ces limitations fonctionnelles concernent moins de 5 % de la population avant 40 ans et augmentent avec l'âge (graphique 1). L'accroissement des limitations sensorielles à la quarantaine est lié principalement à la survenue des problèmes de vue (presbytie), auxquels s'ajoutent, pour les hommes plus que pour les femmes, des problèmes d'audition. A partir de 70 ans, les limitations fonctionnelles sont plus fréquentes et multidimensionnelles. A titre d'exemple, à 85 ans, 70 % des hommes et 80 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, dont la moitié cumule deux voire trois formes de limitations.

A tout âge, les femmes déclarent davantage de limitations fonctionnelles que les hommes, notamment physiques. En effet, elles sont plus sujettes aux problèmes ostéo-articulaires, sources d'incapacités physiques. De manière générale, elles sont aussi plus enclines à repérer et à déclarer leurs problèmes de santé.

Les difficultés pour les soins personnels et les activités de la vie quotidienne (graphique 2 et encadré définitions)

Les limitations fonctionnelles, qu'elles soient sévères ou non, peuvent entraîner des difficultés dans la réalisation d'un certain nombre d'actes de la vie quotidienne. L'enquête ESPS 2012 permet d'obtenir des données récentes sur deux types d'activité courantes : les soins personnels (se coucher et se lever du lit, se laver, manger,...) et les tâches domestiques (faire les courses, le ménage, les tâches administratives,...). 7 % des

¹²⁷ Voir également fiches « atteintes de la vision chez l'adulte » et « atteintes de l'audition chez l'adulte »

personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour la réalisation des soins personnels et 22 % pour les activités domestiques.

Les restrictions d'activité augmentent avec l'âge. Chez les 65 ans et plus, 17 % ont des difficultés pour les soins personnels et 44 % pour les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 30 % et 65 % des personnes. Quel que soit l'âge, la fréquence des difficultés pour les soins personnels est très proche chez les hommes et les femmes. En revanche, les restrictions d'activité domestique sont un peu plus fréquentes chez les femmes après 70 ans.

Ces difficultés peuvent nécessiter l'intervention d'aide extérieure fournie par les proches ou par des professionnels. Globalement, pour 100 personnes ayant une ou plusieurs difficultés pour les soins personnels, 45 bénéficient d'une aide pour la réalisation de ces actes. Les femmes (49 %) sont plus nombreuses que les hommes (39 %) à bénéficier d'aide pour les soins personnels. Concernant les tâches domestiques, 48 % des personnes ayant des difficultés déclarent être aidés, les femmes (55 %) davantage que les hommes (47,5 %).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : IRDES**

SYNTHESE

15 % des hommes et 22 % des femmes de 18 ans et plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles sévères 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. Ces gênes peuvent engendrer des difficultés dans la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques. Ainsi, 8 % des personnes de 18 ans et plus ont des difficultés pour les soins personnels et 27 % des difficultés à accomplir les tâches domestiques.

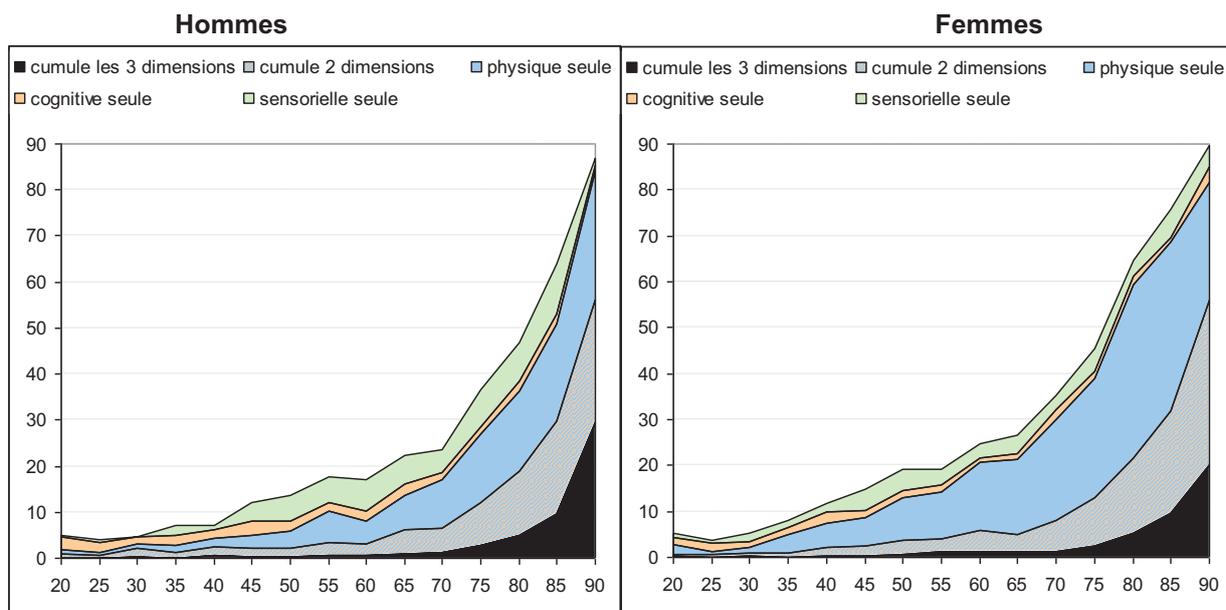
Tableau 1 : Prévalences des limitations fonctionnelles

	Part de la population déclarant : (en %)			Nombre de personnes déclarant : (en millions)		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Au moins une limitation fonctionnelle	15,0	21,5	18,4	3,5	5,5	9,0
Au moins une limitation physique	8,6	16,6	12,8	2,0	4,2	6,2
Au moins une limitation sensorielle	6,9	7,1	7,0	1,6	1,8	3,4
Au moins une limitation cognitive	4,8	5,0	4,9	1,1	1,3	2,4

Sources : Enquête handicap-santé 2008, volet ménage. Insee

Champ : France métropolitaine et DOM, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires

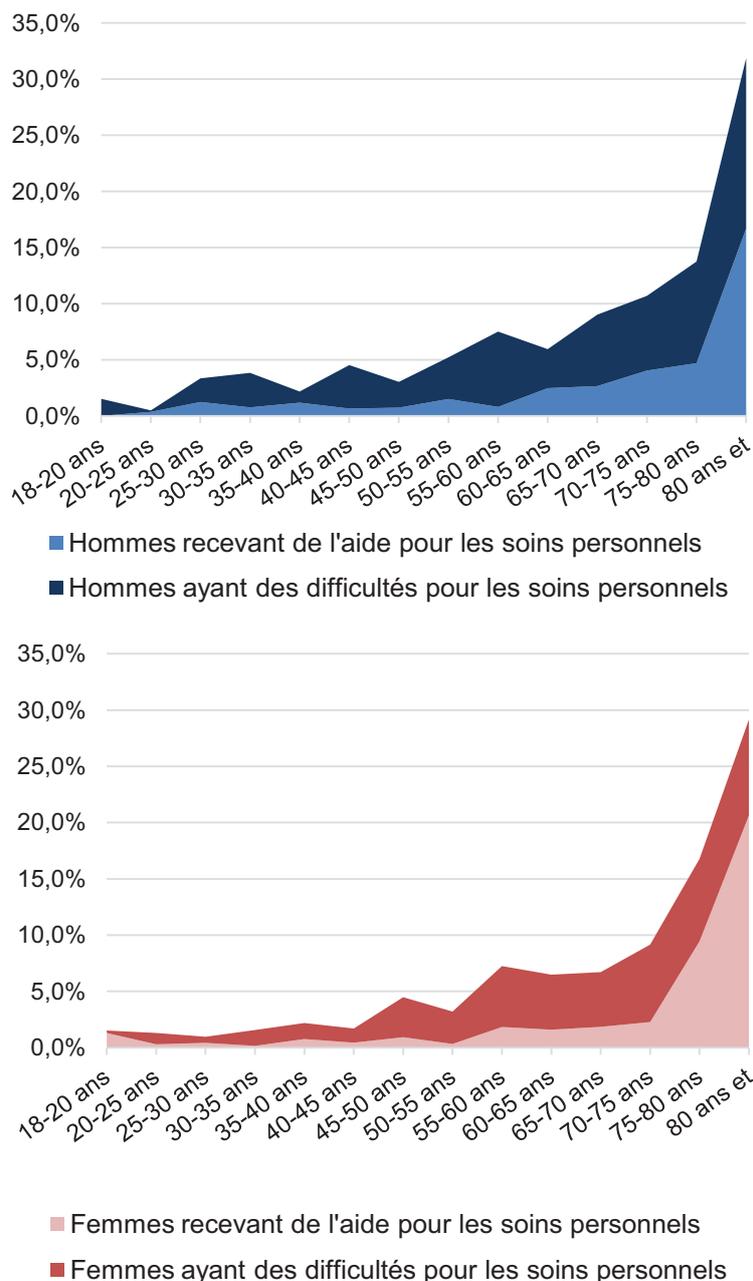
Graphique 1 : Prévalence des limitations fonctionnelles selon l'âge.



Sources : Enquête handicap-santé 2008, volet ménage. Insee

Champ : France métropolitaine et DOM, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires

Graphique 2 : Prévalence des difficultés pour les soins personnels et de l'aide reçue pour les soins personnels selon l'âge chez les hommes et les femmes



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires
Sources : Enquête ESPS 2012, IRDES

- **Définitions**

Les limitations fonctionnelles sévères : « avoir beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser les actions suivantes (sans aide technique, sauf mention expresse du contraire)

Fonction altérée

- Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec éventuelle correction)
- Voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue (avec éventuelle correction)
- Entendre dans une conversation avec plusieurs personnes (avec éventuel appareillage)

Sensorielle

- Marcher 500 mètres sur un terrain plat
- Monter ou descendre un étage d'escaliers
- Se baisser ou s'agenouiller
- Porter un sac à provisions de 5 kg sur 10 mètres
- Lever le bras pour attraper un objet en hauteur
- Prendre un objet dans chaque main
- Utiliser ses doigts pour manipuler un robinet, des ciseaux...

Physique

- Apprendre de nouveaux savoirs
- Résoudre des problèmes de la vie quotidienne
- Se concentrer plus de 10 minutes
- Comprendre ou se faire comprendre des autres
- Savoir à quel moment de la journée on est
- Se mettre en danger par son comportement

Cognitive

Les difficultés pour les soins personnels : avoir « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser seul une des activités suivantes

- Se nourrir
- Se coucher ou se lever du lit/s'asseoir ou se lever d'un siège
- S'habiller ou se déshabiller
- Se servir des toilettes
- Se laver (bain ou douche)
- Préparer à manger
- Utiliser le téléphone
- Prendre des médicaments seul
- Faire des tâches ménagères légères
- Faire des tâches ménagères lourdes
- S'occuper des comptes et des démarches administratives

CHAMP ET SOURCES : Enquête handicap Santé 2008, volet ménages, INSEE : France Métropolitaine et DOM. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant à leur domicile.

Enquête Santé et Protection Sociale 2012, IRDES : France métropolitaine. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant en ménage dont un des membres est bénéficiaire d'un des trois régimes principaux d'Assurance Maladie (Cnamts, MSA et RSI) Mode de construction des indicateurs : voir encadré pour les définitions des «limitations fonctionnelles» selon leur dimension, sensorielle, physique ou cognitive et des «difficultés pour les soins personnels » et les « tâches domestiques »

LIMITES ET BIAIS : Ceux des enquêtes déclaratives

RÉFÉRENCES :

- Allonier C., Guillaume S., Sermet C., 2007, « De quoi souffre-t-on? État des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003 », Question d'économie de la santé, IRDES, n° 123.
- Bouvier G., 2009, « L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans », France Portrait social, INSEE, novembre, pp. 125-142.
- Cambois E., Robine J.-M., 2003, « Vieillesse et restrictions d'activités : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », Études et Résultats, DREES, n° 261.
- Dos Santos S. et Makdessi Y., 2010, « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », Études et Résultats, DREES, n° 718, février.
- DREES, 2009, La santé des femmes, La Documentation Française, Paris, 285 p.
- Montaut A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes », Études et Résultats, DREES, n° 717, février. Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau, Enquête sur la santé et la protection sociale 2012, les rapports de l'IRDES, n°556, mai 2014

NEUROLOGIE

Maladie de Parkinson

- **Contexte**

Compte tenu du vieillissement de la population française, le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. La maladie de Parkinson est, après la maladie d'Alzheimer, la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente. Bien que des estimations de la fréquence de la maladie de Parkinson aient été réalisées en France à partir des demandes d'ALD (Affection Longue Durée), celles-ci ne donnent pas une image exhaustive car une proportion non négligeable de patients n'est pas en ALD. Il n'existe donc pas à ce jour une estimation fiable du nombre de patients atteints de maladie de Parkinson en France. Notre objectif a été d'estimer le nombre de patients traités en France en 2010 pour maladie de Parkinson, y compris le nombre de nouveaux patients. Nous avons réalisé ces estimations à partir des bases de remboursement de médicaments de l'Assurance maladie accessibles à travers le DCIR (Données de consommation inter-régimes), en appliquant un modèle qui permet d'estimer le nombre de patients parkinsoniens à partir de leur profil de consommation de médicaments.

- **Indicateurs**

Prévalence de la maladie de Parkinson en France en 2010

Nous estimons que 149 672 (74 856 hommes, 74 816 femmes) personnes étaient traitées au 31 décembre 2010 pour une maladie de Parkinson en France, ce qui correspond à une prévalence de 2,30 pour 1 000 (hommes : 2,38/1 000 ; femmes : 2,23/1 000).

La prévalence était supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à tous les âges (figure) ; après standardisation directe sur l'âge, la prévalence est environ 1,5 fois plus élevée chez les hommes (2,86 pour 1 000) que chez les femmes (1,93 pour 1 000).

La prévalence de la maladie de Parkinson augmente fortement avec l'âge (figure). Parmi l'ensemble des patients parkinsoniens, 22 378 (15,0 %) patients (hommes : 12 778 [17,1 %] ; femmes : 9 600 [12,8 %]) étaient âgés de moins de 65 ans.

Le ralentissement de l'augmentation observé après 80 ans reflète vraisemblablement une sous-identification des patients parkinsoniens après cet âge (cf. encadré méthodologique).

Les courbes de prévalence par âge et sexe sont similaires à celles observées dans d'autres pays Européens.

Incidence de la maladie de Parkinson en France en 2010

Nous estimons que 25 438 (12 960 hommes, 12 478 femmes) personnes ont été nouvellement traitées en 2010 pour une maladie de Parkinson en France, ce qui correspond à une incidence de 0,39 pour 1 000 (hommes : 0,41/1 000 ; femmes : 0,37/1 000).

L'incidence était supérieure chez les hommes par rapport aux femmes à tous les âges (figure) ; après standardisation directe sur l'âge, l'incidence est environ 1,5 fois plus élevée chez les hommes (0,49 pour 1 000) que chez les femmes (0,33 pour 1 000).

L'incidence de la maladie de Parkinson augmente fortement avec l'âge (figure). Parmi l'ensemble des patients parkinsoniens, 4 988 (19,6 %) patients (hommes : 2 696 [20,8 %] ; femmes : 2 292 [18,4 %]) étaient âgés de moins de 65 ans au moment du début du traitement.

Le ralentissement de l'augmentation observé après 80 ans reflète vraisemblablement une sous-identification des patients parkinsoniens après cet âge (cf. encadré méthodologique).

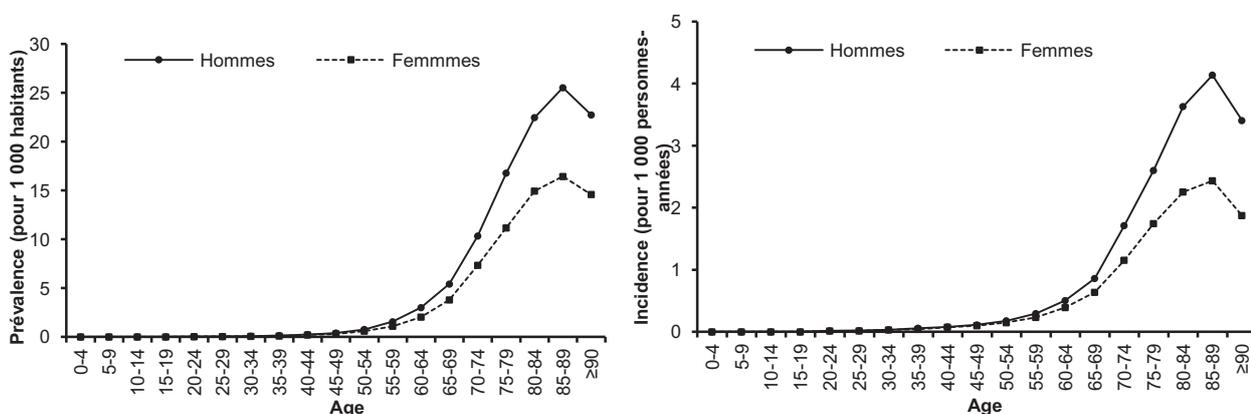
Les courbes d'incidence par âge et sexe sont similaires à celles observées dans d'autres pays Européens.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS**

SYNTHESE

En France, à la fin de 2010, environ 150 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson, soit une prévalence de 2,30/1 000 habitants. Le nombre de patients ayant débuté un traitement pour maladie de Parkinson au cours de 2010 était d'environ 25 000, soit une incidence de 0,39/1 000 personnes-années. Les hommes sont touchés par la maladie environ 1,5 fois plus souvent que les femmes. Ces deux indicateurs augmentent progressivement avec l'âge jusqu'à 80 ans, mais il est probable que les patients âgés de plus de 80 ans aient été sous-identifiés. Bien qu'elle soit rare avant 65 ans, près de 20 % des patients sont touchés par la maladie avant cet âge.

Graphique 1 : Prévalence et incidence de la maladie de Parkinson en France en 2010 par sexe et classe d'âge : estimations à partir des données de remboursement de médicaments de l'Assurance Maladie



CHAMP : France et Dom

SOURCE : Le nombre de patients traités pour maladie de parkinson a été estimé en 2010 pour la population française par sexe et classe d'âge de 5 ans à l'aide d'un modèle prédictif appliqué aux bases de remboursement de médicaments de l'assurance maladie accessibles à travers le DCIR (données de consommation inter-régimes).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR (numérateur, dénominateur) :

- Prévalence: Le numérateur est le nombre de patients traités en France au 31 décembre 2010 pour une maladie de parkinson et le dénominateur est le nombre de français vivants à cette date (données insee).

- Incidence : Le numérateur est le nombre de patients nouvellement traités en France au cours de l'année 2010 pour une maladie de parkinson et le dénominateur est le nombre de personnes-années estimées à partir de la population française pour l'année 2010 (données INSEE). Pour les deux indicateurs, le nombre de patients traités pour maladie de parkinson tient compte de la spécificité (86,4 %) et de la sensibilité (92,5 %) du modèle.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS:

- Ces estimations ne tiennent pas compte, d'une part, des patients non diagnostiqués et non traités et, d'autre part, des personnes qui ne peuvent pas être identifiées dans les bases de remboursement de médicaments ; il s'agit essentiellement des personnes institutionnalisées dans des maisons de retraite avec des pharmacies à usage interne. Ces deux limites, conduisent à une sous-estimation de la prévalence et de l'incidence aux âges les plus avancés. Si on fait l'hypothèse que la prévalence et l'incidence continuent à augmenter avec l'âge après 80 ans comme avant cet âge, on estime qu'environ 14 417 patients, dont 5 794 nouveaux patients âgés de 80 ans et plus, n'ont pas été identifiés dans les bases de l'assurance maladie, ce qui conduit à une prévalence de 2,53 pour 1 000 habitants et une incidence de 0,48 pour 1 000 personnes-années.

- Le DCIR couvre actuellement environ 97 % de la population française ce qui conduit à ne pas identifier un petit nombre de cas et à une sous-estimation négligeable des indicateurs.

- Le modèle prédictif que nous avons utilisé ne tient pas compte de l'âge ni du sexe des consommateurs de médicaments antiparkinsoniens et fait l'hypothèse que les performances du modèle sont similaires en fonction de ces deux caractéristiques.

RÉFÉRENCES :

- Moisan F., Elbaz A., 2011, « Maladie de Parkinson parmi les affiliés à la Mutualité Sociale Agricole dans cinq départements: Modèles prédictifs à partir des bases de remboursement de médicaments. Institut de Veille Sanitaire », Rapport Institut de Veille Sanitaire.

- Moisan F., Gourlet V., Mazurie J.-L., Dupupet J.-L., Houssinot J., Goldberg M., Imbernon E., Tzourio C., Elbaz A., 2011, « Prediction model of Parkinson's disease based on antiparkinsonian drug claims », Am J Epidemiol, 174(3):354-363

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

ATTEINTES SENSORIELLES

Atteintes de la vision chez l'adulte¹²⁸

- **Contexte**

Les troubles de la vision sont des atteintes sensorielles fréquentes : trois adultes sur quatre déclarent en avoir. Si les troubles de la vision sont souvent corrigés par le port de lunettes ou de lentilles de contact, ils peuvent, lorsqu'ils ne sont pas ou mal corrigés, limiter les personnes dans leurs activités sociales et professionnelles, voire conduire à un isolement.

- **Indicateurs**

Proportion de personnes déclarant avoir des troubles de la vision, sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

En 2008, 74 % des adultes déclarent avoir des troubles de la vision. Les femmes sont plus concernées que les hommes, puisque 79 % d'entre elles déclarent avoir des troubles, contre 67 % des hommes. La prévalence des troubles de la vision augmente avec l'âge : ils sont quasi-systématiques au-delà de 60 ans. En effet, un peu moins de la moitié des 18-29 ans déclarent avoir des troubles de la vision, contre 71 % des 40-49 ans et 96 % des personnes de 50 ans ou plus. Parmi les personnes qui déclarent avoir des troubles de la vision, 92 % portent des lunettes ou des lentilles de contact. Cependant, le fait d'avoir une correction pour son trouble ne garantit pas que celui-ci soit totalement corrigé, la correction pouvant être inadaptée, ou le trouble pouvant ne pas être totalement corrigeable.

Proportion de personnes déclarant avoir des difficultés pour la vision de près, y compris avec lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

En 2008, 93 % des adultes de 18 ans ou plus déclarent voir sans difficultés les caractères d'imprimerie d'un journal (avec lunettes ou lentilles si portées habituellement). Au contraire, 5 % déclarent avoir « quelques difficultés » pour voir les caractères d'imprimerie, 1 % déclarent avoir « beaucoup de difficultés » et 1 % déclarent ne pas du tout y parvenir. Les difficultés pour la vision de près augmentent avec l'âge. Entre 18 et 29 ans 1,5 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour voir les caractères d'imprimerie et 0,2 % déclarent ne pas du tout y parvenir. Au-delà de 75 ans, 16,4 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour voir de près et 4,1 % déclarent ne pas y parvenir.

Les difficultés pour la vision de près sont également liées à des facteurs socio-économiques. En particulier, des différences s'observent en fonction du niveau de vie. À âge donné, les personnes au niveau de vie le plus bas sont plus nombreuses à déclarer avoir des troubles de la vision non corrigés ou mal corrigés. Parmi les plus de 60 ans appartenant au 1er quartile de niveau de vie, 21 % déclarent des troubles de la vision non ou mal corrigés, contre 8 % parmi ceux du 4ème quartile de niveau de vie, au même âge.

Parmi les personnes déclarant avoir des difficultés non corrigées pour voir de près, 66 % portent des lunettes. Ainsi, dans deux tiers des cas, il s'agit de troubles de la vision mal corrigés plutôt que de troubles non corrigés.

Proportion de personnes déclarant avoir des difficultés pour la vision de loin, y compris avec lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique¹²⁹

À la question « Pouvez vous voir clairement le visage de quelqu'un à 4 mètres (avec lunettes ou lentilles de contact si portées habituellement) ? », 96 % des personnes répondent y parvenir « sans difficultés », 2,5 % déclarent avoir « quelques difficultés », 0,5 % déclarent avoir « beaucoup de difficultés », et 1 % déclarent « ne pas du tout y parvenir ».

¹²⁸ Voir également fiche « limitations fonctionnelles et restrictions d'activité »

¹²⁹ Incluant les personnes atteintes de cécité et déficiences visuelles graves

Les troubles non corrigés (ou mal corrigés) pour voir de loin sont ainsi moins fréquents que les difficultés pour voir de près, sauf pour les plus jeunes. Entre 45 et 59 ans, 3 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour la vision de loin et 1 % déclarent ne pas voir de loin. Au-delà de 75 ans, 11 % des personnes déclarent avoir des difficultés pour voir de loin et 4 % déclarent ne pas y parvenir.

Comme pour la vision de près, il existe des inégalités sociales pour la vision de loin. À âge donné, les personnes au niveau de vie le plus bas déclarent plus souvent avoir des troubles résiduels pour la vision de loin. En particulier, parmi les 60 ans ou plus, 13 % des personnes du premier quartile de niveau de vie déclarent avoir des troubles résiduels pour la vision de loin, contre 5 % pour les personnes du même âge mais appartenant au 4ème quartile de niveau de vie. Parmi les personnes déclarant avoir des troubles résiduels pour la vision de loin, 82 % portent des lunettes.

Prévalence de la cécité et autres déficiences visuelles graves

En 2008, d'après les enquêtes Handicap-Santé réalisées en ménages ordinaires et en institutions, le taux de personnes se déclarant aveugle est de 1/1 000. En incluant les troubles importants de la vision (impossibilité ou très grande difficulté à voir de près et de loin), le pourcentage de personnes ayant des déficiences visuelles graves est alors de 2 % (il est de 1,8 % pour les seules personnes vivant en ménage ordinaire). Les déficiences visuelles graves sont rares chez les plus jeunes (0,3 % des 18-29), mais deviennent plus fréquentes au-delà (1,8 % des 45-59 ans puis 2,3 % des 60-75 ans) et concernent 8,2 % des 75 ans ou plus.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : DREES**

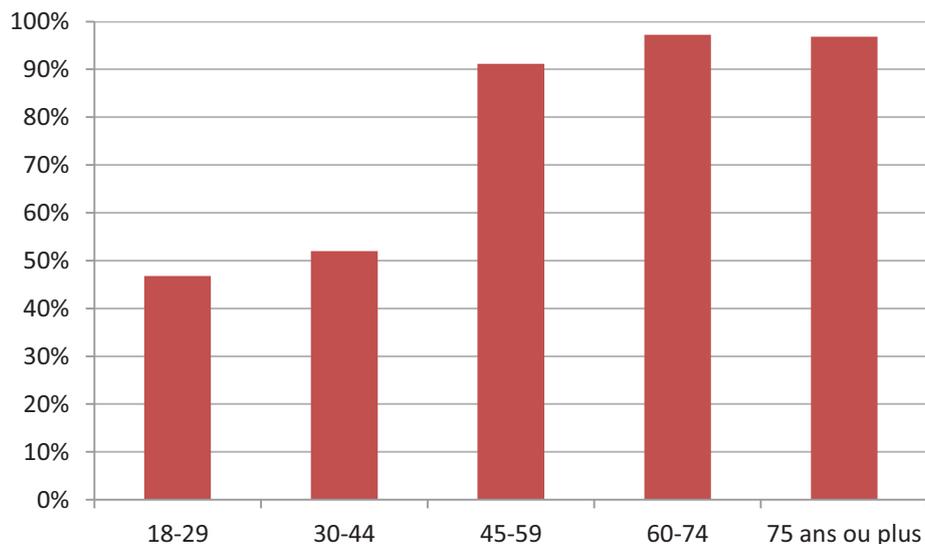
SYNTHÈSE

En 2008, trois adultes sur quatre déclarent avoir un trouble de la vision soit près de huit femmes sur dix, contre un peu moins de sept hommes sur dix. 92 % ont un appareil correctif (lunettes ou lentilles de contact), ce dernier ne corrigeant pas nécessairement la totalité du trouble de la vision.

Avec lunettes ou lentilles de contact, 93 % des personnes déclarent n'avoir aucune difficulté pour la vision de près et 96 % déclarent n'avoir aucune difficulté pour la vision de loin. Le pourcentage de personnes ayant un trouble non corrigé augmente avec l'âge. Au-delà de 75 ans, 20 % des personnes déclarent avoir des difficultés (ou une incapacité) pour la vision de près, y compris avec lunettes et lentilles de contact, et 15 % déclarent avoir des difficultés (ou une incapacité) pour la vision de loin. Les personnes au niveau de vie le plus faible ont plus souvent des troubles de la vision non corrigés.

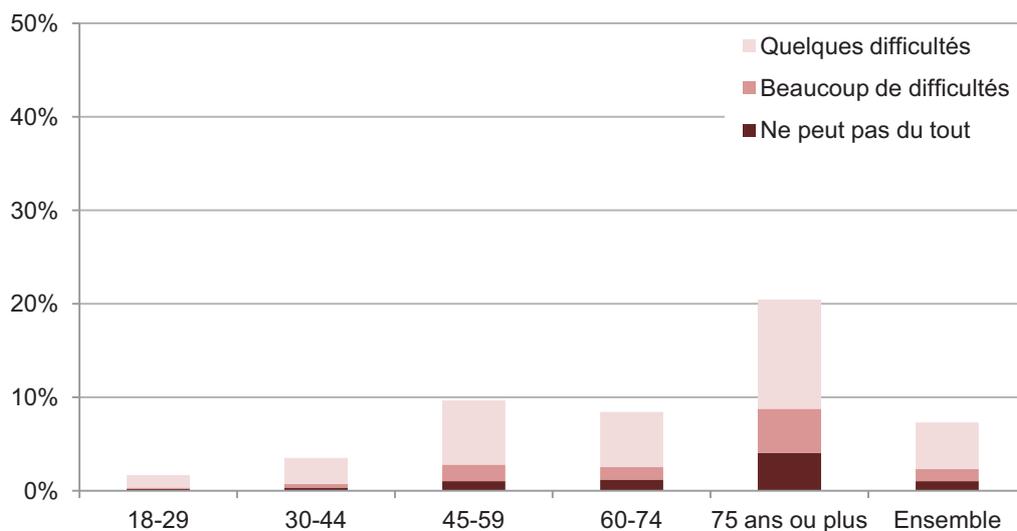
En 2008, 2 % des adultes vivant en France ont une déficience visuelle grave. Il s'agit de personnes aveugles ou de personnes ne pouvant pas voir de près ou de loin, ou ayant beaucoup de difficultés à le faire.

Graphique 1 : Proportion de personnes déclarant avoir un trouble de la vision, hors lunettes ou lentilles de contact



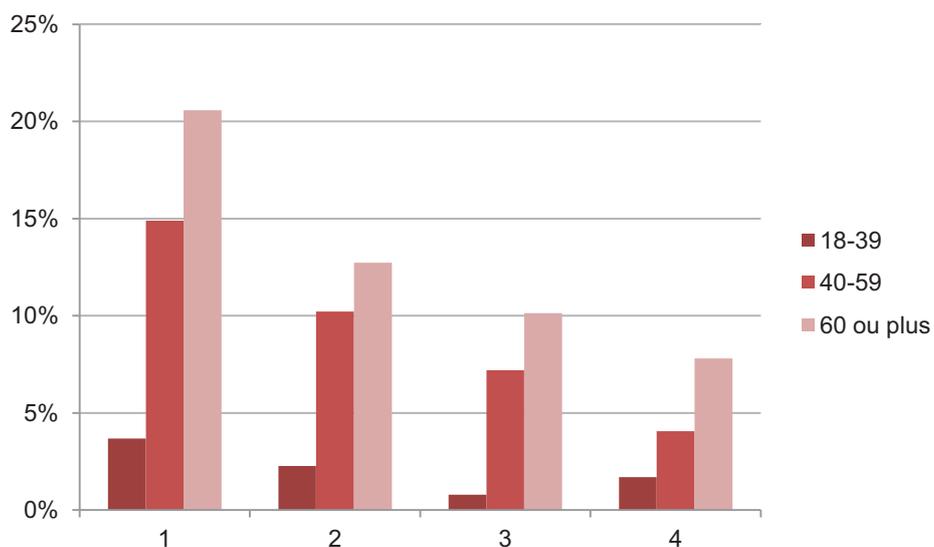
Champ : France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 2 : Proportion de personnes déclarant avoir une gêne pour la vision de près, avec lunettes ou lentilles de contact



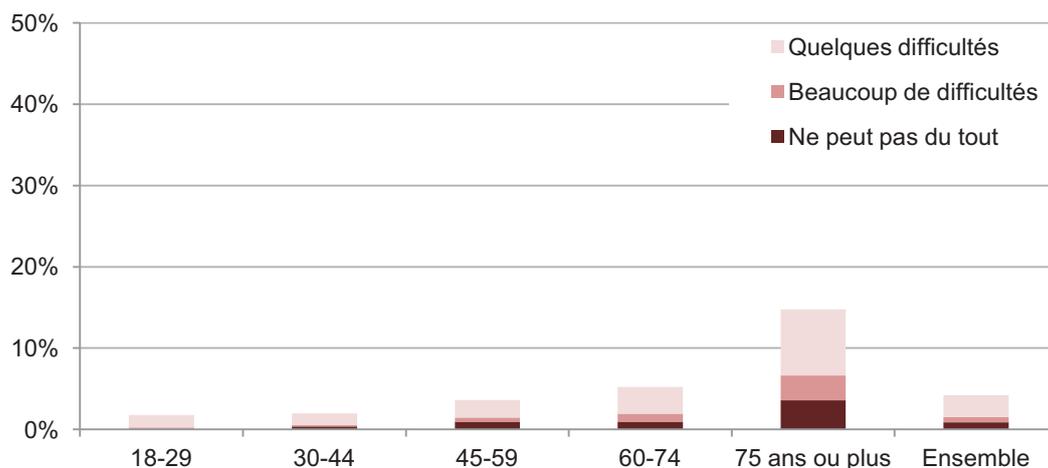
Champ : France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 3 : Proportion de personnes déclarant avoir une gêne résiduelle pour la vision de près selon l'âge et le niveau de vie



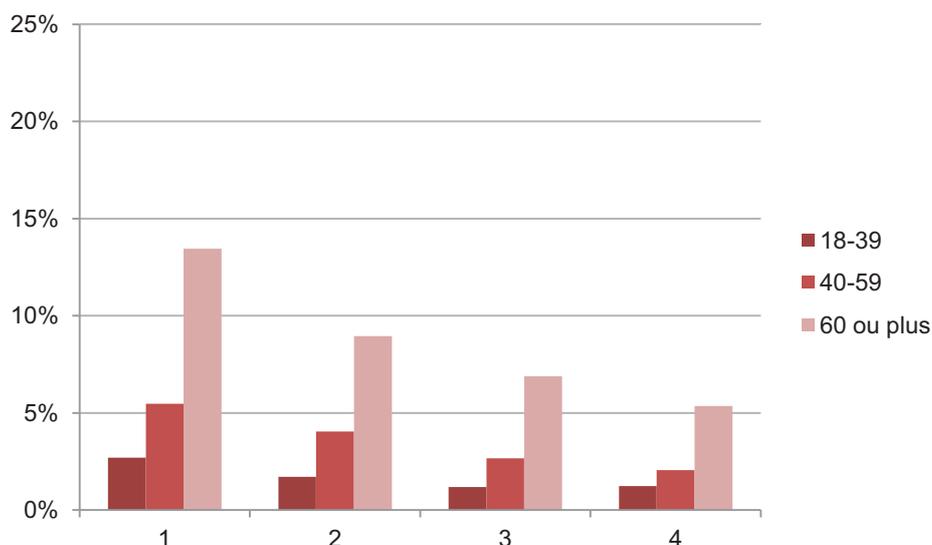
Champ : France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 4 : Proportion de personnes déclarant avoir une gêne pour la vision de loin, avec lunettes ou lentilles de contact



Champ : France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

Graphique 5 : Proportion des personnes déclarant avoir une gêne résiduelle pour la vision de loin selon l'âge et le niveau de vie



Champ : France, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête Handicap-Santé Ménages 2008.

CHAMP : France, Personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires. Pour l'indicateur sur les déficiences visuelles graves sont incluses en plus les personnes vivant en institution.

SOURCES : Insee, Enquête Handicap-Santé Ménages 2008 et Enquête Handicap-Santé Institution 2009 (pour l'indicateur sur les déficiences visuelles graves).

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS : L'enquête Handicap-Santé Ménages permet de repérer à partir de plusieurs questions les personnes ayant des troubles de la vision. Sont considérées comme ayant des troubles de la vision les personnes qui :

- déclarent spontanément avoir un trouble de la vision ;
- ne déclarent pas de trouble de la vision mais déclarent avoir des difficultés pour voir de près ou de loin ;
- ne déclarent pas avoir de troubles mais portent des lunettes ou des lentilles de contact.

Ce premier indicateur mesure les troubles de la vision hors appareil correctif (lunettes, lentilles de contact). Cet indicateur est complété par deux autres indicateurs qui s'intéressent à la vue de près et de loin avec appareil correctif. Les gênes déclarées sont alors des gênes résiduelles. La vue de près est mesurée par la capacité à voir des caractères d'imprimerie d'un journal et la vue de loin est mesurée par la capacité à voir un visage à quatre mètres.

Le dernier indicateur concerne la « cécité et autres déficiences visuelles graves » : sont incluses les personnes se déclarant aveugles, ou déclarant ne pas pouvoir lire les caractères d'imprimerie d'un journal ou ne pas voir un visage à 4 mètres ou ayant de grandes difficultés à voir de près et à voir de loin.

LIMITES ET BIAIS : Il s'agit de données déclaratives sans examen de santé. Les prévalences dépendent directement des indicateurs retenus, par exemple, le choix de la distance de 4 mètres pour la vision de loin.

RÉFÉRENCE : Troubles de la vision. Études et résultats n 881, juin 2014

ATTEINTES SENSORIELLES

Atteintes de l'audition chez l'adulte¹³⁰

- **Contexte**

Les atteintes de l'audition et en particulier la presbyacousie, altération des facultés d'audition liée à l'âge reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les  tats 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 (musique enregistrée  coute  au casque par exemple).

- **Indicateurs**

Prévalence des difficultés d'audition avec ou sans appareillage

9,2 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés d'audition sévères pour entendre ce qui se dit dans une conversation dans un environnement calme ou bruyant. Ces gènes s'accroissent avec l'âge, atteignant 37,5 % des 80 ans et plus (graphique 2). Les hommes déclarent des difficultés d'audition plus souvent que les femmes : 10,5 % des hommes de plus de 18 ans contre 8 % des femmes.

Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent des troubles de l'audition

En 2012, un peu moins d'une personne sur deux déclarant des troubles de l'audition sévères possède un appareil auditif (48,3 %). Ce taux est de 54,7 % chez les 65-79 ans et atteint 59,9 % chez les 80 ans et plus. Toutefois, seuls 57,8 % des appareillages sont efficaces et le pourcentage d'appareillages efficaces décroît avec l'âge, de 89 % chez les moins de 30 ans à 51,4 % chez les 80 ans et plus. On ne peut dire si l'absence de correction efficace est due à un besoin insatisfait ou à des troubles auditifs de niveau trop important pour qu'ils soient compensés entièrement.

Si la prévalence des difficultés d'audition est plus forte chez les hommes, ils ont de surcroît moins fréquemment recours à des aides auditives que les femmes (45,7 % chez les hommes contre 51 % chez les femmes). De même, l'efficacité de ces aides semble plus importante chez les femmes (47,7 % chez les hommes et 52,3 % chez les femmes). Ainsi, les femmes ont non seulement moins de troubles auditifs que les hommes mais, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de g nes résiduelles (g nes mal corrigées ou non corrigées).

130 Voir également fiche « limitations fonctionnelles et restrictions d'activité »

Tableau 1 : Difficultés d'audition chez les personnes de 18 ans et plus (en %)

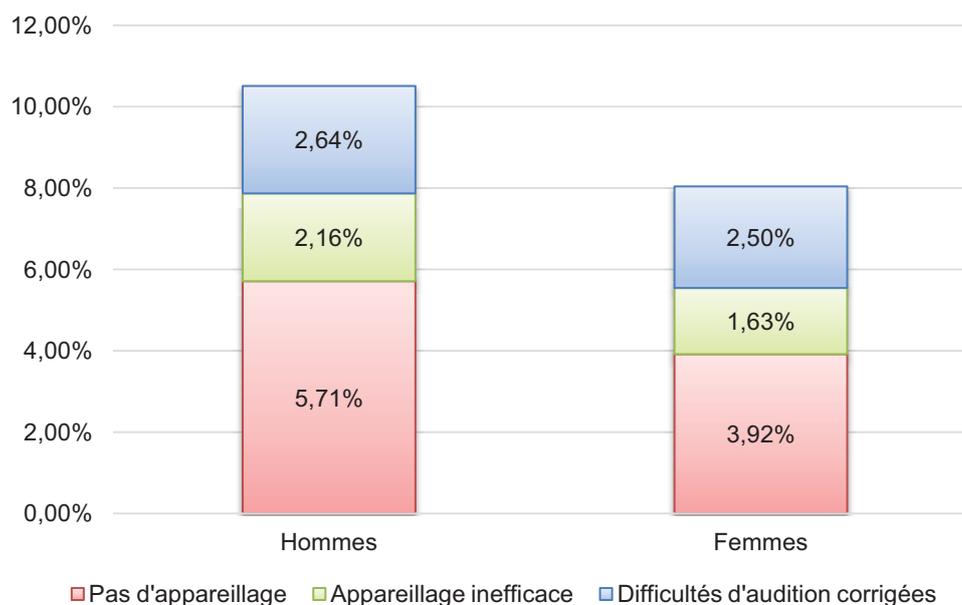
Âge	Prévalence des difficultés d'audition	% de difficultés d'audition appareillées	% d'appareillages efficaces	Prévalence des difficultés d'audition résiduelles après appareillage
18-29 ans	1,4	31,4	89,0	1,0
30-44 ans	2,7	23,5	69,0	2,3
45-64 ans	6,4	30,7	66,8	5,1
65-79 ans	15,4	54,7	60,8	10,2
80 ans et plus	37,5	59,9	51,4	26,0
Ensemble 18 ans et plus	9,2	48,3	57,8	6,6

Guide de lecture : 37,5 % des personnes âgées de 80 ans et plus ont des difficultés d'audition, parmi celles-ci 59,9 % disposent d'un appareil auditif qui est efficace dans 51,4% des cas. Au total, 26 % des personnes de 80 ans et plus présentent encore des difficultés d'audition après appareillage le cas échéant.

Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages

Sources : Enquête ESPS 2012, IRDES

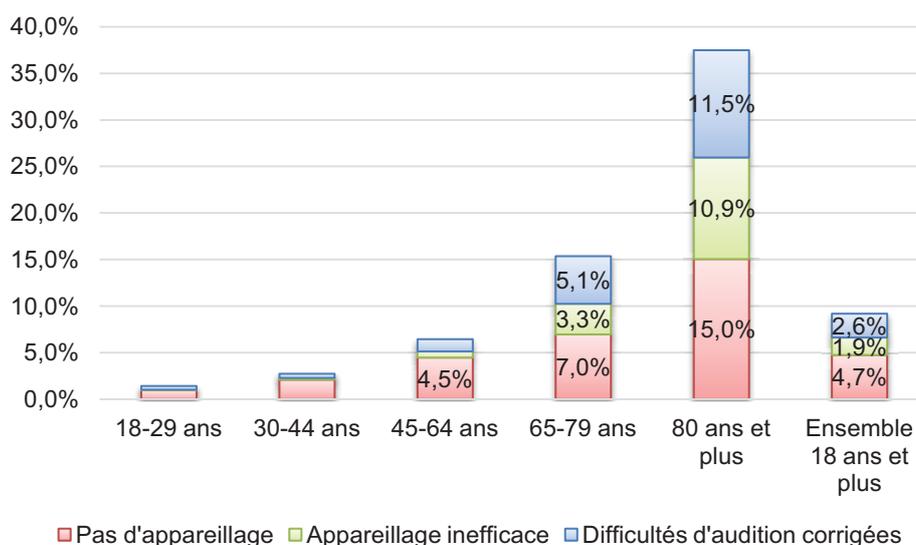
Graphique 1 : Prévalence des difficultés d'audition selon le sexe



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages

Sources : Enquête ESPS 2012, IRDES

Graphique 2 : Prévalence des difficultés d'audition selon l'âge



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages
Sources : Enquête ESPS 2012, IRDES

• Organisme responsable de la production de la fiche : IRDES

CHAMP : France métropolitaine. Personnes âgées de 18 ans et plus vivant en ménage dont un des membres est bénéficiaire d'un des trois régimes principaux d'Assurance Maladie (Cnamts, MSA et RSI) et ayant renvoyé l'auto questionnaire sur la santé

SOURCE : Enquête Santé et Protection Sociale 2012, IRDES

CONSTRUCTION DES INDICATEURS: L'enquête Santé Protection Sociale de 2012 permet de repérer dans la population de 18 ans et plus vivant à domicile les personnes qui expriment des difficultés à entendre par 3 questions : le port d'un appareil auditif, les difficultés à entendre dans un environnement silencieux, les difficultés à entendre dans un environnement bruyant. Les difficultés sont évaluées avec appareil auditif, pour les personnes qui en possèdent un. La combinaison des réponses à ces questions permet d'identifier les personnes selon l'existence ou non d'un trouble de l'audition, l'existence d'un appareillage de ce trouble et les gênes résiduelles après appareillage.

Indicateur « difficultés d'audition » : toutes les personnes ayant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas entendre du tout avant correction par appareillage

Indicateur « difficultés d'audition appareillées » : parmi les personnes ayant des problèmes d'audition, celles qui sont appareillées ou non

Indicateur « appareillage efficace » : parmi les personnes ayant des problèmes d'audition celles qui sont corrigées ou non. Sont considérées comme corrigées les personnes qui déclarent ne pas avoir de difficulté ou seulement quelques difficultés avec leur appareil auditif

Difficultés d'audition résiduelle après appareillage : prévalence des personnes non appareillées ou appareillées, ayant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas entendre du tout après appareillage si elles en possèdent un

LIMITES ET BIAIS : S'agissant d'une enquête déclarative, les troubles de l'audition déclarés sont ceux ressentis par les individus. Certains de ces troubles ne seraient pas objectivés par un audiogramme.

VIH – HEPATITES - IST

Infections VIH-sida

- **Contexte**

Environ 150 000 (entre 135 000 et 165 000) personnes vivaient avec le VIH en France en 2010, dont près de 120 000 étaient prises en charge par le régime général de l'Assurance maladie pour leur infection.

Différents indicateurs permettent de décrire la situation actuelle en France à partir des données de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH, mise en place en mars 2003, et de données sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ces indicateurs montrent de fortes disparités d'exposition parmi les sous populations d'individus. Parallèlement au nombre de personnes découvrant chaque année leur séropositivité VIH (nombre dépendant des comportements de dépistage), il est désormais possible d'estimer le nombre de personnes qui se sont contaminées une année donnée, qu'elles aient été diagnostiquées ou non. Cet indicateur d'incidence apporte une meilleure appréciation de la transmission actuelle du VIH et contribue à mieux cibler les efforts de prévention.

- **Indicateurs**

Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez l'adulte

Environ 6 400 personnes¹³¹ ont découvert leur séropositivité VIH en 2012.

La proportion d'hommes parmi les personnes découvrant leur séropositivité continuait d'augmenter en 2012, atteignant 69 % alors qu'elle était de 57 % en 2003.

Les personnes de 25 à 49 ans représentaient 70 % des découvertes de séropositivité en 2012, 18 % étaient âgées de 50 ans et plus et 12 % avaient moins de 25 ans. Entre 2003 et 2012, la proportion de jeunes de moins de 25 ans n'avait pas évolué de façon significative, alors que celle des 25-49 ans avait diminué (de 77 % à 70 %) et celle de 50 ans et plus avait augmenté (de 13 % à 18 %).

Plus de la moitié (54 %) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012 étaient nées en France et 31 % en Afrique subsaharienne. La proportion de personnes nées en France avait régulièrement augmenté entre 2003 et 2012 (de 41 % à 54%). A l'inverse la part des personnes nées en Afrique subsaharienne avait diminué depuis 2003 (de 44 % à 31 %).

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2012, 56 % avaient été contaminées par rapports hétérosexuels (38 % d'hétérosexuels nés à l'étranger et 18 % nés en France), 42 % par rapports sexuels entre hommes et 1 % par usage de drogues injectables (figure 1). Au cours des dix dernières années, la diminution du nombre de découvertes chez des hétérosexuels contraste avec l'augmentation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le nombre d'usagers de drogues reste stable depuis 2008.

Rapporté à la population française, le nombre de découvertes de séropositivité en 2012 était de 97 cas par million d'habitants. Les taux de découvertes étaient supérieurs à la moyenne nationale en Guyane (835), Guadeloupe (510), Ile-de-France (227), Martinique (169) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (110).

Parmi les pays de l'Union européenne, le taux de découvertes de séropositivité en France est proche de celui observé au Royaume-Uni (103), pays comparable en termes de caractéristiques de l'épidémie. Les taux les plus élevés sont observés en Estonie (235) et Lettonie (166), les plus faibles en Slovaquie (9) et Croatie (17).

¹³¹ Intervalle de confiance à 95 % : 5 974-6 770

Taux d'incidence du VIH

L'incidence du VIH a été estimée à 18 nouvelles contaminations pour 100 000 personnes en 2009-2010. Elle était plus élevée en Guyane : (147 contaminations pour 100 000 personnes), en Guadeloupe (56) et en Ile-de-France (39).

Les HSH représentaient la population la plus touchée, avec un taux d'incidence estimé à environ 1 000 contaminations par an pour 100 000 HSH (1 %). Ce taux d'incidence est 200 fois supérieur à celui estimé dans la population hétérosexuelle française, 18 fois supérieur à celui des usagers de drogues injectables, et 9 fois supérieur à celui des personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère. Parmi ce dernier groupe, les femmes et les hommes de nationalités d'un pays d'Afrique subsaharienne présentent des taux d'incidence respectivement 79 et 29 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle française.

Proportion de personnes découvrant leur séropositivité au stade sida

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2012, 27 % étaient tardives (<200 CD4/mm³ ou stade sida¹³²) et 39 % précoces (>=500 CD4 ou primo-infection), proportions stables depuis plusieurs années. Les diagnostics tardifs concernaient principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger (Figure 2). Les diagnostics précoces étaient plus fréquents chez les moins de 25 ans et les HSH. Les diagnostics précoces ont augmenté en 2012 par rapport à 2011 uniquement chez les HSH.

Nombre de personnes prises en charge pour leur infection VIH

En 2011, 120 800 personnes étaient prises en charge par le régime général de l'Assurance maladie pour leur infection VIH (bénéficiaires de l'ALD, ou hospitalisées au moins une fois sur les 5 dernières années ou recevant des médicaments spécifiques), dont deux tiers d'hommes (79 400) et un tiers de femmes (41 400). Les taux standardisés de personnes prises en charge sont les plus élevés en Guyane (13,0 pour mille), en Guadeloupe (4,8) et en Ile-de-France (1,7).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies infectieuses**

SYNTHESE

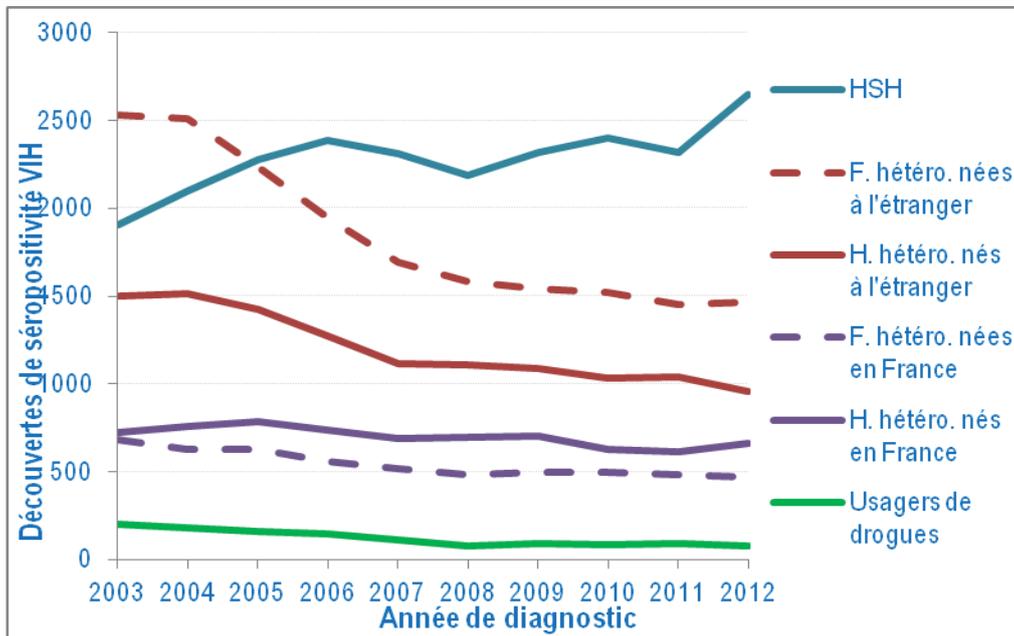
Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2012, dont 42 % d'HSH, 38 % d'hétérosexuels nés à l'étranger, 18% d'hétérosexuels nés en France et 1 % d'usagers de drogues. Le nombre de découvertes chez les HSH a augmenté depuis 2008, alors qu'il diminue chez les hétérosexuels nés à l'étranger et qu'il est stable chez les usagers de drogues.

Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2012, 27 % sont tardives et 39 % précoces. Les diagnostics tardifs concernent principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels. Les diagnostics précoces sont plus fréquents chez les HSH.

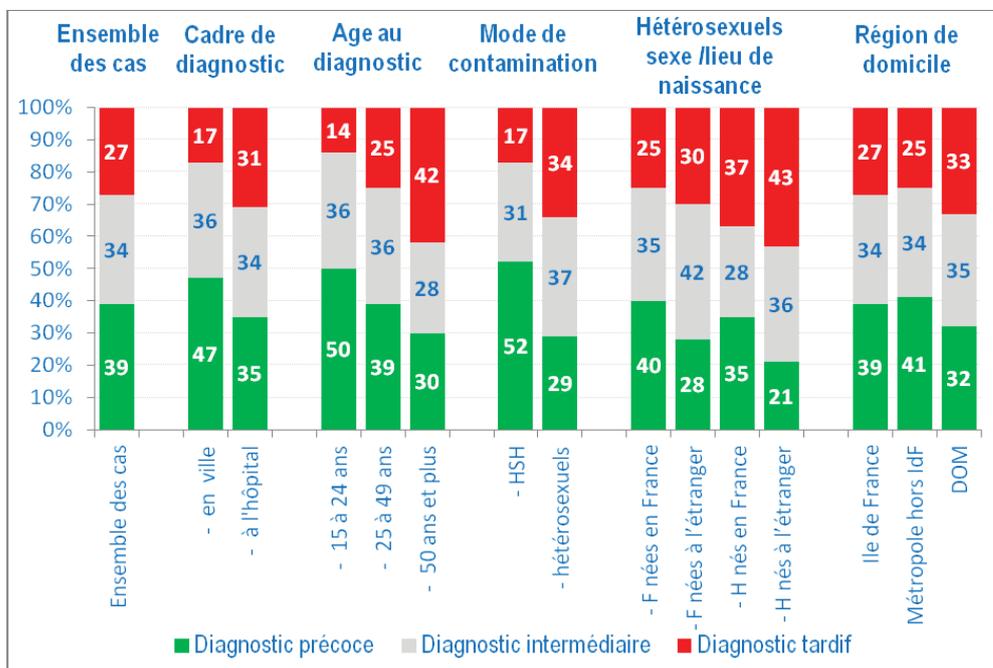
Les disparités régionales observées depuis 2003 persistent en 2012 : le nombre de découvertes de séropositivité ou de patients pris en charge pour leur infection rapporté à la population est plus élevé dans les départements français d'Amérique et en Île-de-France.

¹³² Le VIH s'attaque directement au système immunitaire (en pénétrant dans les lymphocytes CD4), c'est-à-dire au système de défense de l'organisme, d'où une susceptibilité accrue à un certain nombre d'infections opportunistes, qui définissent le stade sida.

Graphique 1 : Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination, sexe, pays de naissance et année de diagnostic, 2003-2012 (France, données au 31/12/2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



Graphique 2 : Caractère précoce ou tardif des découvertes de séropositivité VIH en 2012 (France, données au 31/12/2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



Diagnostic précoce : primo-infection ou CD4 \geq 500/mm³ en l'absence de pathologie sida
 Diagnostic tardif : stade sida ou CD4 < 200/mm³ en dehors d'une primo-infection

INDICATEURS : Découvertes de séropositivité/ Taux d'incidence

CHAMP : France entière (métropole + DOM)

SOURCES : Déclaration obligatoire du VIH, InVS

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : A partir du nombre de cas déclarés, l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité prend en compte les délais de déclaration et l'exhaustivité de la DO du VIH. De plus, les données sont corrigées pour les valeurs manquantes. La correction pour les délais de déclaration est basée sur la distribution des délais des années antérieures et repose sur l'hypothèse de leur stabilité au cours du temps. L'exhaustivité (72 % en 2012) est calculée en comparant le nombre de notifications reçues, doublons compris, avec le nombre de sérologies positives. La méthode d'estimation de l'incidence repose sur un modèle mathématique élaboré par les centres de contrôle et de prévention des maladies aux États-Unis (CDC), qui a été adapté au contexte français par l'InVS avec la collaboration scientifique et financière de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Ce modèle utilise les résultats du test d'infection récente, combiné aux caractéristiques des patients recueillies par les cliniciens à l'occasion de la découverte de séropositivité, notamment leurs antécédents de dépistage. Il permet d'estimer le nombre de nouvelles contaminations par an au niveau de la population générale et pour différents groupes de population. Les taux d'incidence sont obtenus en rapportant les nombres de contaminations annuels aux effectifs des groupes de population étudiés. Les standardisations sont réalisées sur l'estimation de la population par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

LIMITES D'INTERPRETATION : Le nombre de découvertes de séropositivité VIH dépend d'une part du nombre de nouvelles contaminations, mais également du recours au dépistage (ainsi que des flux migratoires pour les personnes nées à l'étranger). C'est pourquoi, il est parfois difficile d'interpréter une tendance dans un sous-groupe exposé, qui peut être liée à une modification de l'incidence et/ou à une modification de la réalisation de tests de dépistage du VIH, d'où l'intérêt des calculs de modélisation pour estimer le nombre de nouvelles contaminations.

BIAIS CONNUS : Si l'estimation du nombre de découvertes de séropositivité est robuste au niveau national, les estimations produites au niveau régional peuvent parfois être entachées d'une plus grande incertitude, notamment lorsque les délais de déclaration varient beaucoup au cours du temps.

RÉFÉRENCES :

- Cazein F., Lot F., Pillonel J, et al. « Découvertes de séropositivité VIH et de sida – France, 2003-2012 ». Bull Epidemiol Hebd 2014 ;9-10:154-62

- Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, et al. Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. Bull Epidemiol Hebd 2010;45-6:473-6

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES L'INDICATEURS : InVS

INDICATEUR : Prises en charge

CHAMP : Régime Général + Sections Locales Mutualistes

SOURCES : Cartographie des patients et des dépenses
(http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Algorithme de définition de la pathologie : Bénéficiaires (du régime général et des sections locales mutualistes) en ALD au 31/12 de l'année n, avec codes CIM-10 de maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des 5 dernières années (DP ou DR), et/ou hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec un VIH/SIDA comme complication ou morbidité associée (DA), et/ou personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques au traitement du VIH/SIDA dans l'année n.

LIMITES D'INTERPRETATION : Le nombre de patients pris en charge peut être sous-estimé, dans la mesure où certains patients peuvent ne pas demander à bénéficier d'une ALD au titre de leur infection VIH et ne pas avoir été hospitalisés dans les 5 dernières années. Par ailleurs, une prise en charge ne préjuge pas d'un suivi médical optimal.

BIAIS CONNUS

RÉFÉRENCES : Cazein F., Lot F., Pillonel J, et al. « Découvertes de séropositivité VIH et de sida – France, 2003-2012 ». Bull Epidemiol Hebd 2014

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : CNAMTS

VIH – HEPATITES - IST

Hépatites B et C

- **Contexte**

Les infections par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) atteignent le foie et sont un enjeu important de santé publique du fait de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie). La France est un pays de faible endémicité pour les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC), avec une prévalence de l'infection chronique estimée à 0,65 % pour le VHB et 0,53 % pour le VHC en population générale métropolitaine adulte en 2004 (Meffre, 2007) Avec respectivement 55 % et 43 % des personnes infectées chroniques par le VHB et le VHC ignorant leur statut (Meffre, 2007), le renforcement du dépistage des hépatites B et C a constitué une priorité des différents plans nationaux de lutte contre les hépatites B et C mis en place depuis 1999. Dans ce contexte, l'Institut de veille sanitaire a mis en place, dès 2000, une surveillance de l'activité de dépistage des hépatites B et C via différents systèmes, dont l'enquête LaboHEP, enquête nationale triennale auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale (Brouard, 2013). Cette enquête a permis d'estimer le nombre de tests anticorps anti-VHC et AgHBs réalisés dans les laboratoires français à 3,4 millions chacun. Son renouvellement tous les 3 ans permettra de suivre l'évolution de l'activité de dépistage et du taux de positivité.

- **Indicateur**

Taux de tests anti-VHC et AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants

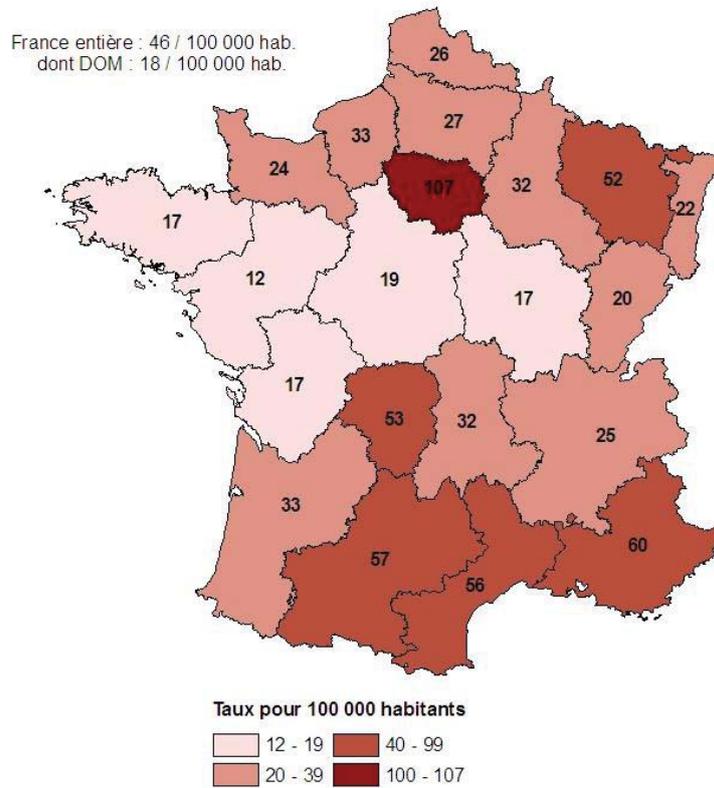
En 2010, le taux de tests confirmés positifs était estimé à 46 pour 100 000 habitants pour les anticorps anti-VHC et à 34 pour 100 000 habitants pour l'antigène HBs (AgHBs). Il variait selon les régions. L'Île-de-France se démarquait par un taux nettement supérieur aux autres régions, tant pour les anticorps anti-VHC (107 / 100 000 habitants) que pour l'AgHBs (99 / 100 000 habitants) (Figures 1 et 2). La région PACA était la région pour laquelle ces taux étaient les plus élevés après l'Île-de-France (respectivement 60 / 100 000 et 38 / 100 000 habitants pour les anticorps anti-VHC et l'AgHBs). A l'inverse, les régions Bretagne, Pays-de-le-Loire, Poitou-Charentes, Centre et Bourgogne présentent les taux les plus faibles (inférieurs à 20 / 100 000 habitants) à la fois pour les anticorps anti-VHC et l'AgHBs.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies infectieuses**

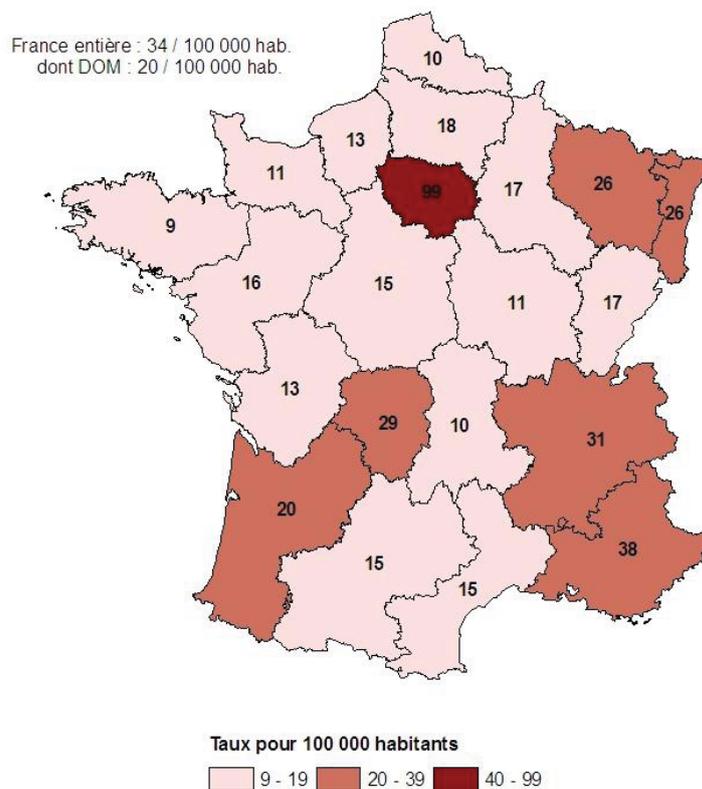
SYNTHESE

Le taux de tests confirmés positifs pour les anticorps anti-VHC et l'AgHBs varie selon les régions. Ces disparités sont à mettre en lien avec les différences interrégionales mises en évidence par l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C de 2004 (Meffre, 2007) et des niveaux d'activité de dépistage variables selon les régions. L'évolution de cet indicateur pourra être suivie grâce au renouvellement triennal de l'enquête LaboHEP.

Carte 1 : Taux de tests anticorps anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants, enquête LaboHep, 2010



Carte 2 : Taux de tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants, enquête LaboHep, 2010



INDICATEUR : Taux de tests anti-VHC et AgHBs confirmés positifs

CHAMP : France entière (métropole + DOM).

SOURCE : Enquête LaboHEP, enquête nationale auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, InVS.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le taux de tests anticorps anti-VHC / AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants correspond au nombre de prélèvements confirmés positifs pour les anticorps anti-VHC / AgHBs pour la première fois dans le laboratoire rapporté à la population (estimations Insee).

LIMITES D'INTERPRETATION : L'interprétation des taux régionaux doit prendre en compte à la fois les différences interrégionales de prévalence et l'activité de dépistage. Les résultats concernant les DOM sont à interpréter avec précaution du fait de la faible participation des laboratoires des DOM.

BIAIS CONNUS : Ces résultats reposent sur une enquête transversale par échantillonnage des laboratoires.

RÉFÉRENCES :

Brouard C, Leon L, Pioche C, Bousquet V, Semaille C, Larsen C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2010, enquête LaboHep 2010. Bull Epidemiol Hebd 2013;(19):205-9.

Meffre C, Delarocque-Astagneau E, Le Strat Y, Dubois F, Steinmetz J, Lemasson JM, *et al.* Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2007.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS.

VIH – HEPATITES - IST

Infections sexuellement transmissibles

- **Contexte**

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence, des risques de séquelles (infertilité par exemple) et de transmission accrue du VIH. L'épidémiologie des IST a beaucoup évolué en France durant ces deux dernières décennies avec la recrudescence des gonococcies et des infections à *chlamydia*, la résurgence de la syphilis précoce et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale. La surveillance épidémiologique des IST repose sur plusieurs réseaux volontaires de cliniciens (RéSIIST pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie) et de laboratoires (Rénago pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques ; Rénachla pour la surveillance des infections à *chlamydia*). Ces réseaux, mis en place par l'Institut de veille sanitaire, permettent de produire des indicateurs montrant l'évolution de ces IST. La représentativité nationale de ces réseaux n'est pas connue. Si le réseau RéSIIST inclut depuis quelques années des données, encore limitées, des départements d'Outre-mer, les réseaux de laboratoires restent jusqu'à présent cantonnés à la métropole. D'autres sources de données sont exploitées, notamment la vente de benzathine benzylpénicilline, traitement de référence de la syphilis.

- **Indicateurs**

Nombre moyen d'infections à chlamydia diagnostiquées par laboratoire au sein du réseau Rénachla

Le nombre moyen d'infections uro-génitales à Chlamydia diagnostiquées par laboratoire augmente chaque année depuis le début de la décennie 2000, y compris dans les laboratoires à participation constante les trois dernières années de surveillance (Figure 1). Cette augmentation est constatée chez l'homme comme chez la femme : en 2012, ce nombre moyen était de 78,4 chez l'homme et 168,7 chez la femme, contre respectivement 58,7 et 137,9 en 2011. L'augmentation du nombre d'infections concerne l'ensemble des inter-régions géographiques. Cette augmentation est plus marquée chez les sujets asymptomatiques que chez les sujets symptomatiques pour les deux sexes en raison de l'augmentation des pratiques de dépistage.

Le taux de positivité (nombre de cas positifs/nombre de tests effectués) a augmenté depuis plus de 10 ans, passant d'environ 3 % en 2000 à 7 % en 2012 chez les hommes et les femmes, en raison d'un dépistage plus ciblé des personnes à risque, en particulier les jeunes dans les consultations de dépistage anonymes et gratuites.

Nombre de cas annuel de gonococcie diagnostiqués

Le nombre d'infections à gonocoque augmente chaque année depuis le début de la décennie 2000, y compris dans les sites à participation constante les trois dernières années. Cette augmentation est retrouvée à la fois par le réseau Rénago (l'indicateur de surveillance est le nombre moyen annuel de gonococcies isolées par laboratoire, Figure 2) et par le réseau RéSIIST (Figure 3).

Cette augmentation est observée chez l'homme et la femme, en Île-de-France et dans les autres régions métropolitaines. Cette augmentation concerne surtout les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), qui représentent plus de la moitié des cas rapportés par le réseau RéSIIST, et les femmes. On observe une augmentation des infections gonococciques symptomatiques et asymptomatiques.

L'augmentation des gonococcies rapportées par les deux réseaux s'explique par plusieurs phénomènes intriqués : un accroissement réel des infections, une augmentation progressive du nombre de sites participants aux réseaux, la montée en charge progressive des

diagnostics par PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné Chlamydia-gonocoque, ce qui augmente le nombre de diagnostics positifs par la détection des portages asymptomatiques notamment chez la femme. Le mouvement croissant de regroupement des laboratoires complexifie l'interprétation de l'augmentation des gonococcies au sein du réseau Rénago.

Nombre de cas annuel de syphilis récente

Entre 2000 et 2012, 6 319 cas de syphilis récente (datant de moins d'un an) ont été rapportés par le réseau RésIST, dont 857 cas en 2012 et 782 en 2011. Au cours des quatre dernières années de surveillance (2009-2012), le nombre de cas a augmenté chez les hommes, y compris lorsqu'on considère l'évolution dans les seuls sites à participation constante, mais est resté stable chez les femmes (elles ne représentent que 4 % des cas rapportés en 2012) (Figure 4). L'augmentation du nombre de cas est constatée à la fois en Île-de-France et dans les autres régions métropolitaines. Cette augmentation n'est observée que chez les HSH, qui représentent plus de 80 % des cas rapportés.

La proportion de co-infections de syphilis récente et d'infection à VIH est assez stable depuis 2003 : elles concernaient 34 % des cas rapportés en 2012, essentiellement des HSH.

Nombre de boîtes d'Extencilline (2,4 MUI) vendues

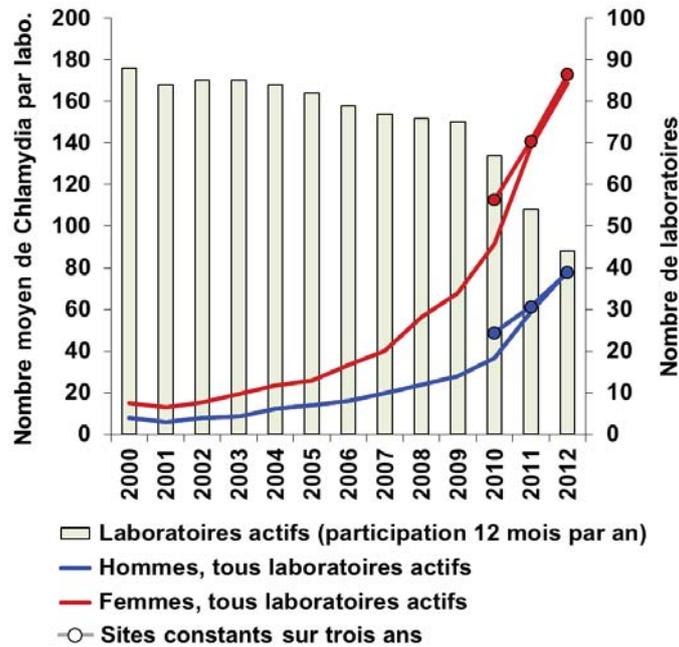
Les courbes de vente de benzathine benzylpénicilline (Extencilline®), indicateur indirect, montrent une légère augmentation ces quatre dernières années de surveillance en Ile-de-France et une relative stabilité dans les autres régions métropolitaines (Figure 5).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies infectieuses**

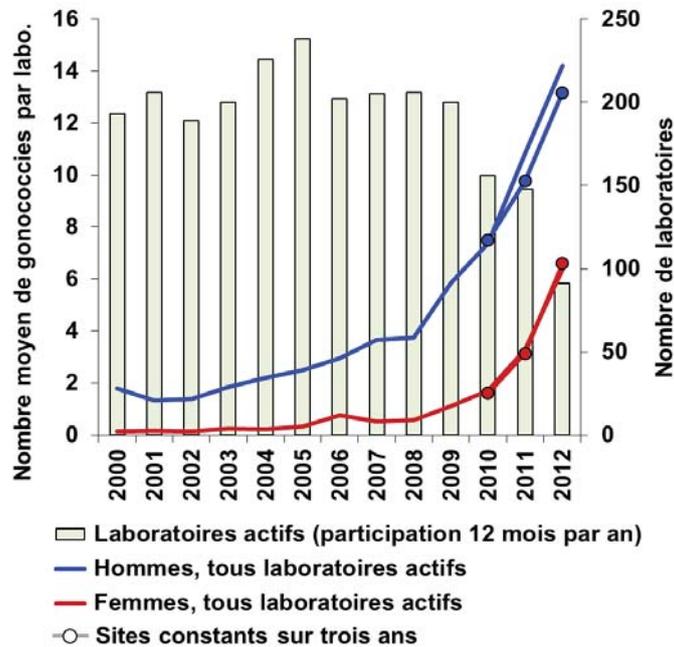
SYNTHESE

Les indicateurs retenus pour les IST permettent de dégager des tendances dans le temps. Ces données indiquent une augmentation des gonococcies et des infections à *Chlamydia* chez les hommes et les femmes, et une augmentation des syphilis récentes chez les homosexuels masculins. Si une réelle recrudescence des infections existe, d'autres phénomènes intriqués doivent être pris en compte : une partie de l'augmentation des gonococcies et des infections à *Chlamydia* est liée respectivement à la montée en charge des diagnostics par PCR et à l'augmentation des pratiques de dépistage.

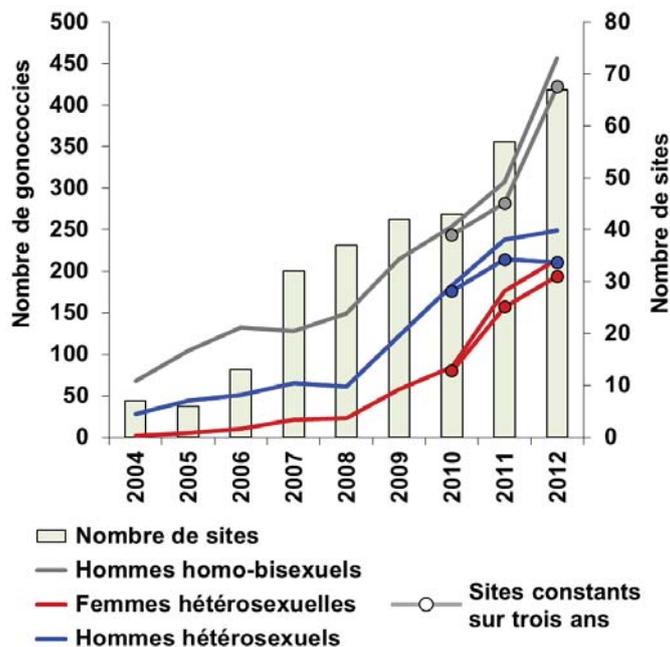
Graphique 1 : Évolution du nombre moyen d'infections uro-génitales à Chlamydia diagnostiquées par laboratoire actif selon le sexe et du nombre de laboratoires actifs participants, réseau Rénachla, France, 2000-2012. Données InVS



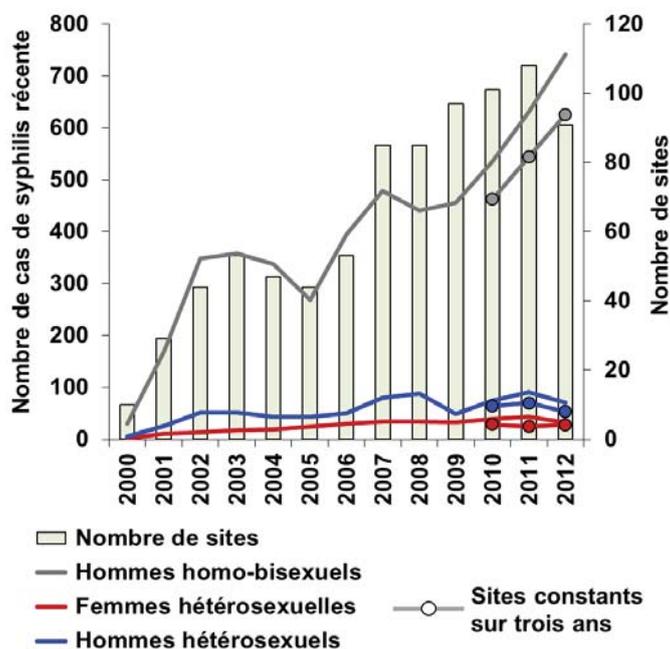
Graphique 2 : Évolution du nombre moyen de gonococcies diagnostiquées par laboratoire actif selon le sexe et du nombre de laboratoires actifs participants, réseau Rénago, France, 2000-2012. Données InVS



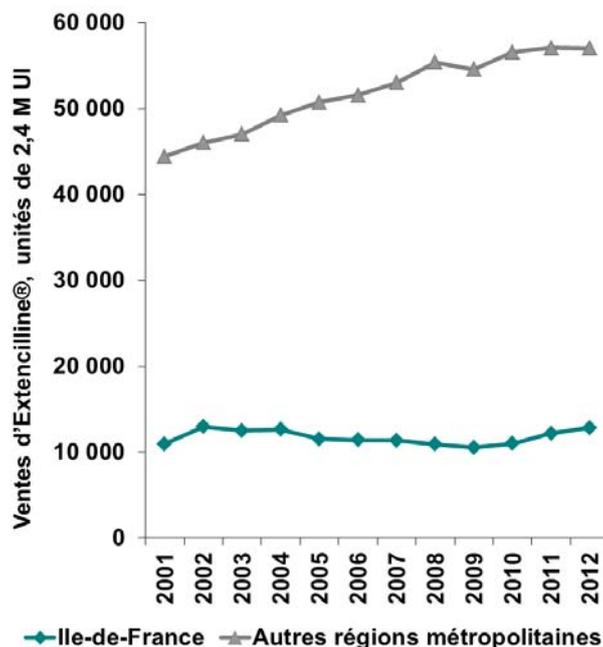
Graphique 3 : Évolution du nombre de gonococcies diagnostiquées selon le sexe et l'orientation sexuelle et de nombre de sites participants, réseau RésIST, France, 2004-2012. Données InVS



Graphique 4 : Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon le sexe et l'orientation sexuelle et du nombre de sites participants, réseau RésIST, France, 2000-2012. Données InVS



Graphique 5 : Évolution des ventes d'Extencilline® 2,4 M UI selon la région, France métropolitaine, 2001-2012. Source : Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS)



INDICATEURS : nombre moyen d'infections à Chlamydia, de gonococcies et de cas de syphilis récente diagnostiqués par les réseaux de surveillance

CHAMP : France entière.

SOURCES : Réseaux de surveillance sentinelles continus reposant sur la participation volontaire de laboratoires pour les infections à gonocoques (Renago, 1986) et à Chlamydiae trachomatis (Renachla, 1990). Le réseau de surveillance clinique des IST, syphilis et gonococcies (RésIST, 2000) reposant sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), des consultations hospitalières, et des cabinets libéraux.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

- Renago (le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire participant au moins six mois par an) ;
- Renachla (le taux de positivité est le nombre de cas diagnostiqués rapporté au nombre de personnes testées pour Chlamydiae trachomatis).
- RésIST : Le réseau de surveillance clinique des IST permet de suivre l'évolution du nombre de cas.

LIMITES ET BIAIS :

- Défaut de couverture de RésIST et absence de dénominateur pour construire un indicateur fiable de suivi des tendances.
- La non-participation des médecins généralistes et des gynécologues dans la surveillance des IST est à l'origine d'une insuffisance de données dans la population de personnes hétérosexuelles. Ces dernières sont mieux représentées à travers les réseaux de laboratoires Renago et Renachla pour les gonococcies et les chlamydioses.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

VIH-HEPATITES

Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques

- **Contexte**

L'usage de drogues constitue un facteur de risque de transmission du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du Virus de l'hépatite C (VHC), en raison du partage du matériel d'injection. La politique de réduction des risques mise en place en France au milieu des années 1980 a montré son efficacité sur la transmission du VIH. La moitié des usagers de drogues étaient contaminés par le VIH au milieu des années 80, alors qu'ils sont 1 sur 10 en 2011. L'impact de cette politique est toutefois plus nuancé sur la transmission du VHC (Jauffret Roustide et al. 2009) car la prévalence du VHC reste à un niveau très élevé, près de la moitié des usagers étant contaminés actuellement. Plusieurs enquêtes sont utilisées dans cette fiche : les éditions 2004 et 2011 de l'enquête Coquelicot réalisée par l'InVS et l'Inserm, les enquêtes Recap et Ena-Caarud 2012 réalisées par l'OFDT. L'enquête Coquelicot s'appuie sur des données de séroprévalence alors que les enquêtes Ena-Caarud et Recap récoltent des données déclaratives, ce qui rend complexe la comparaison entre ces différentes enquêtes.

- **Indicateurs**

Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues ayant recours aux différentes structures de prise en charge

D'après l'enquête Coquelicot 2011 (tableau 1), la prévalence biologique du VHC est de 43,7 % chez l'ensemble des usagers de drogues ayant accepté le prélèvement biologique. Bordeaux et Lille sont les villes où la prévalence est la plus faible (24,3 % et 27,7 %) et Marseille (55,8 %) et la Seine-Saint-Denis (51,7 %), les espaces les plus touchés. Ces différences sont en partie liées à la structure par âge et au mode de consommation (injection ou non) propre à chaque ville ou département. Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes. En revanche, la prévalence du VHC augmente sensiblement avec l'âge : 8,7 % des moins de 30 ans ont été testés positifs contre 61,1 % chez les plus de 40 ans. Les personnes qui ont injecté au moins une fois dans la vie ont une prévalence du VHC de 63,8 %, contre 4,9 % chez ceux qui n'ont jamais injecté.

D'après l'enquête Coquelicot 2004, la prévalence globale du VHC était de 59,8 %. Les différences régionales n'étaient alors pas significatives. Comme en 2011, la prévalence du VHC variait avec l'âge et selon le mode de consommation (utilisation de la voie intraveineuse).

D'après l'enquête ENACAARUD 2012 (tableau 2), la prévalence déclarative du VHC est de 24,3 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues). La prévalence la plus faible concerne la région Nord-Ouest (regroupant le Nord Pas de Calais, la Picardie, la Haute Normandie et la Basse Normandie) et les DOM (Guadeloupe, Guyane et Réunion) (16,2 % et 10,4 %) tandis que la région PACA est la plus touchée car un tiers des usagers sont séropositifs pour le VHC. Ces différences sont liées en partie au mode de consommation propre à chaque région, à l'âge et au genre. Chez les hommes, la prévalence du VHC est supérieure de 5 points à celle des femmes. Les usagers déclarant être injecteurs ont une prévalence 10 fois supérieure à ceux qui déclarent ne pas injecter (33,3 % contre 3,3 %).

D'après l'enquête RECAP 2012 (Tableau 3), la prévalence déclarative du VHC est de 23 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les CSAPA (Centres de Soins

d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire). On constate que chez les hommes, la prévalence du VHC est supérieure de 2 points à celle des femmes. La prévalence du VHC augmente sensiblement avec l'âge. Le type de logement des personnes interrogées a une influence sur le taux de prévalence. Ainsi les usagers vivant dans un logement durable sont 21,2 % à se déclarer séropositifs pour le VHC, ceux vivant dans un logement provisoire, 26,9 % et enfin les usagers sans domicile sont les plus touchés, avec une prévalence déclarée s'élevant à 35,1 %.

Prévalence du VIH parmi les usagers de drogues ayant recours aux différentes structures de prise en charge

D'après l'enquête Coquelicot 2011 (tableau 4), la prévalence biologique du VIH chez les usagers de drogues est de 9,8 % globalement. La prévalence du VIH ne varie pas selon le genre, mais elle varie selon l'âge : elle est plus élevée chez les plus de 40 ans (15,8 %) alors qu'elle est presque nulle chez les moins de 30 ans. Elle atteint 17% à Marseille et en Seine-Saint-Denis et concerne moins de 5 % des usagers de drogues (UD) à Bordeaux (3,9 %), Strasbourg (3,5 %) et en Seine-et-Marne (1,6 %) ; elle est nulle à Lille. Comme pour le VHC, ces différences s'expliquent en partie par la structure par âge des villes. En effet, les UD sont plus âgés à Marseille alors qu'à Lille et Bordeaux les moins de 30 ans sont davantage représentés.

La prévalence du VIH varie en fonction du niveau de précarité auquel sont soumis les usagers. Ainsi, les personnes ayant dormi dans la rue ou dans un squat au moment de l'enquête ont une prévalence plus faible, de 4,3 %, contre 10,9 % pour les personnes disposant d'un hébergement dans un appartement ou à l'hôtel. Cette prévalence plus élevée chez les personnes bénéficiant d'un hébergement peut s'expliquer par le fait que les personnes séropositives pour le VIH sont plus âgées, ont un parcours d'usage de drogues plus long, et ont donc plus facilement accès aux logements thérapeutiques (leur statut sérologique leur donne, en outre, droit à une meilleure prise en charge sociale incluant des hébergements thérapeutiques réservés aux personnes séropositives pour le VIH). Enfin, la prévalence du VIH est plus élevée chez les UD ayant injecté dans la vie.

Dans l'enquête Coquelicot 2004, la prévalence biologique du VIH était de 10,8 % globalement. Elle concernait près d'un tiers des UD recrutés à Marseille alors qu'elle était de seulement 1 % à Lille, 3,4 % à Bordeaux et 4,3 % à Strasbourg. A l'instar de 2011, la prévalence du VIH était plus faible chez les personnes vivant dans des logements précaires.

D'après l'enquête ENACAARUD 2012 (tableau 5), la prévalence déclarative du VIH est de 5,2 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les CAARUD. La prévalence la plus faible est observée en région Nord-Ouest (regroupant le Nord pas de Calais, la Picardie, la Haute Normandie et la Basse Normandie) et dans l'Est (Champagne Ardenne, Alsace, Lorraine, Franche Comté) (1,5 % et 0,6 %) tandis qu'elle concerne 15,6 % des usagers dans les DOM. Tout comme pour le VHC, ces différences sont liées en partie au mode de consommation propre à chaque région. Comme pour l'enquête Coquelicot, la prévalence déclarée du VIH ne varie pas selon le genre mais, en revanche, avec l'âge : elle atteint 1,5 % pour les moins de 35 ans et 8,3 % chez les plus de 35 ans. Les personnes déclarant être injecteurs ont une prévalence du VIH plus importante que celles qui déclarent ne pas injecter (6,2 % contre 2,7 %).

D'après l'enquête RECAP 2012 (tableau 6), la prévalence déclarative du VIH est de 5,2 % chez l'ensemble des usagers de drogues fréquentant les CSAPA. Comme dans l'enquête ENACAARUD, il n'existe pas de différence de prévalence du VIH en fonction du genre, et la prévalence du VIH augmente sensiblement avec l'âge : 1,3 % des moins de 25 ans sont séropositifs pour le VIH, 2,8 % des 25-34 ans et 7,5 % des plus de 35 ans.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS et INSERM**

SYNTHESE

L'épidémie d'hépatite C constitue un problème majeur de santé publique chez les usagers de drogues car près de la moitié d'entre eux sont contaminés, d'après les données de séroprévalence de l'enquête Coquelicot 2011. La prévalence du VHC a toutefois diminué entre 2004 et 2011, passant de 59 % à 44 %. Cette tendance à la baisse est confirmée par les enquêtes Enacaarud et Recap. La prévalence du VIH concerne 1 usager sur 10 et reste stable entre 2004 et 2011, après avoir considérablement baissé. Les usagers injecteurs sont les plus touchés par le VIH et le VHC car le partage de seringue constitue le mode majeur de transmission du VIH, et le partage de la seringue et du petit matériel sont particulièrement impliqués dans la transmission de l'hépatite C.

Tableau 1 : Prévalence biologique du VHC chez les usagers de drogues ayant accepté le prélèvement biologique

	Coquelicot édition 2011		Coquelicot édition 2004	
	%	p value	%	p value
Ensemble	43,7		59,8	
Villes		<i>P < 0.001</i>		ns
<i>Bordeaux</i>	24,3		47,2	
<i>Lille</i>	27,7		43,7	
<i>Marseille</i>	55,8		66,0	
<i>Paris</i>	44,3		62,0	
<i>Strasbourg</i>	47,0		54,4	
<i>Seine-Saint-Denis</i>	51,7		-	
<i>Seine-et-Marne</i>	32,2		-	
Sexe		ns		ns
<i>Homme</i>	43,6		61,4	
<i>Femme</i>	44,1		55,8	
Age		<i>P < 0.001</i>		<i>P < 0.001</i>
<i>< 30</i>	8,7		27,8	
<i>30-34</i>	21,8		66,2	
<i>35-39</i>	44,0		64,5	
<i>40 et plus</i>	61,1		70,6	
Avoir dormi dans un squat ou dans la rue le soir même		ns		ns
<i>Non</i>	44,8		58,7	
<i>Oui</i>	39,1		65,4	
Injection vie		<i>P < 0.001</i>		<i>P < 0.001</i>
<i>Non</i>	4,9		27,9	
<i>Oui</i>	63,8		73,8	

Source : enquête Coquelicot, InVS-Inserm

Tableau 2 : Prévalence déclarée du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les CAARUD

	ENACAARUD édition 2012	
	%	p value
Ensemble	24,3	
Régions		p<0,05
IdF	27,9	
Nord Ouest Nord pas de Calais, Picardie, Haute Normandie, Basse Normandie	16,2	
Ouest Bretagne, Pays de la Loire, Poitou Charentes,	18,1	
Sud Ouest Aquitaine, Midi Pyrénées, Languedoc Roussillon	31,1	
Massif centre Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne	16,5	
Est Champagne Ardenne, Alsace, Lorraine, Franche Comté	22,9	
Rhône Alpes	17,2	
Paca Corse PACA, Corse	33,2	
Dom Guadeloupe, Guyane, Réunion	10,4	
Sexe		p<0,05
Hommes	25,2	
Femmes	20,8	
Age		p<0,0001
Moins de 25 ans	4,9	
25-34 ans	12,1	
35 ans et plus	35,3	
Injecteur		p<0,0001
Non	3,3	
Oui	33,3	

Source : enquête ENACAARUD, OFDT

Tableau 3 : Prévalence déclarée du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les CSAPA

	RECAP édition 2012	
	%	p value
Ensemble	23	
Sexe		p<0,0001
Hommes	23,6	
Femmes	21,2	
Age		p=0
Moins de 25 ans	3,5	
25-34 ans	10,1	
35 ans et plus	34,6	
Logement		p<0,0001
Logement durable	21,2	
Logement provisoire	26,9	
SDF	35,1	

Source : enquête CSAPA, OFDT

Tableau 4 : Prévalence biologique du VIH chez les usagers de drogues ayant accepté le prélèvement biologique

	Coquelicot édition 2011		Coquelicot édition 2004	
	%	p value	%	p value
Ensemble	9,8		10,8	
Villes		p=0.003		p<0.001
Bordeaux	3,9		3,4	
Lille	0,0		1,0	
Marseille	17,1		31,5	
Paris	9,9		10,9	
Strasbourg	3,5		4,3	
Seine-Saint-Denis	17,6		-	
Seine-et-Marne	1,6		-	ns
Sexe		ns		
Homme	8,7		8,9	
Femme	14,1		15,7	
Age		p<0.001		ns
< 30	0,6		0,3	
30-34	2,4		8,2	
35-39	7,1		16,8	
40 et plus	15,8		16,6	
Avoir dormi dans un squat ou dans la rue le soir de l'enquête		p<0.05		p<0.05
Non	10,9		12,6	
Oui	4,3		1,7	
Injection vie		p<0.001		ns
Non	2,9		10,0	
Oui	13,3		11,3	

Source : enquête Coquelicot, InVS-Inserm

Tableau 5 : Prévalence déclarée du VIH chez les usagers de drogues fréquentant les CAARUD

	ENACAARUD édition 2012	
	%	p value
Ensemble	5,2	
Régions		p<0,05
IdF	7,19	
Nord Ouest Nord pas de Calais, Picardie, Haute Normandie, Basse Normandie	1,56	
Ouest Bretagne, Pays de la Loire, Poitou Charentes	3,83	
Sud Ouest Aquitaine, Midi Pyrénées, Languedoc Roussillon	6,04	
Massif centre Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne	4,58	
Est Champagne Ardenne, Alsace, Lorraine, Franche Comté	0,65	
Rhône Alpes	1,68	
Paca Corse PACA, Corse	9,69	
Dom Guadeloupe, Guyane, Réunion	15,66	
Sexe		ns
Hommes	4,78	
Femmes	6,75	
Age		p<0,0001
Moins de 25 ans	1,53	
25-34 ans	1,32	
35 ans et plus	8,31	
Injecteur		p<0,001
Non	2,7	
Oui	6,2	

Source : enquête ENACAARUD, OFDT

Tableau 6 : Prévalence déclarée du VIH chez les usagers de drogues fréquentant les CSAPA

	RECAP édition 2012	
	%	p value
Ensemble	5,2	
Sexe		ns
Hommes	5,2	
Femmes	5,2	
Age		p<0,0001
Moins de 25 ans	1,3	
25-34 ans	2,8	
35 ans et plus	7,5	
Logement		ns
Logement durable	5,1	
Logement provisoire	5,3	
SDF	5,1	

Source : enquête CSAPA, OFDT

INDICATEUR : Prévalence biologique du VIH et du VHC chez les usagers de drogue

CHAMP : Usagers de drogues âgés de moins de 18 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (haut seuil/bas seuil) et chez des médecins généralistes. Le critère d'inclusion dans l'enquête était d'avoir injecté ou sniffé au moins une fois dans la vie. Le taux de participation est de 75%. Étude multicentrique (Bordeaux, Lille, Marseille, Paris et Strasbourg). Les données de séroprévalence étaient obtenues grâce à un auto-prélèvement de sang au doigt réalisé par l'UD, les gouttes de sang étant déposées sur un buvard.

SOURCE : Enquête Coquelicot, InVS et Inserm, réalisée en 2004 et 2011. Échantillon aléatoire d'usagers de drogues recrutés dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et de réduction des risques.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

Prévalence du VIH : Le numérateur est le nombre de personnes présentant des anticorps VIH positifs d'après les analyses biologiques (sang sur buvard), et le dénominateur correspond au nombre de personnes ayant réalisé l'auto-prélèvement de sang au bout du doigt, et pour lesquelles le résultat est interprétable.

Prévalence du VHC : Le numérateur est le nombre de personnes présentant des anticorps VHC positifs d'après les analyses biologiques (sang sur buvard), et le dénominateur correspond au nombre de personnes ayant réalisé l'auto-prélèvement de sang au bout du doigt, et pour lesquelles le résultat est interprétable.

BIAIS CONNUS : Enquête limitée aux usagers fréquentant les dispositifs de réduction des risques et de prise en charge.

RÉFÉRENCES :

- Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Brunet S, Benoit T, Chauvin T, Lebreton M, Barin F, Semaille C. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 39-40, 26 novembre 2013 : 504-509.

- Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, Razafandratsima N, Emmanuelli J, Guibert G, Barin F, Desenclos JC. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infectious Diseases* 2009; 9: 113-124

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS ET INSERM

INDICATEUR : Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les UD fréquentant les CAARUD

CHAMP : Enquête exhaustive dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) de métropole et des départements d'outre-mer. Elle est menée une semaine donnée au mois de novembre et interroge chaque personne qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête. Encadrée par un intervenant du centre, elle est réalisée par questionnaire en face-à-face. Les questions portent sur les consommations, les comportements de consommation, les dépistages (VIH, VHB, VHC) et la situation sociale).

SOURCE : Enquête ENa-CAARUD-OFDT Enquête nationale auprès des CAARUD

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :

Prévalence déclarée au VIH : part d'usagers se déclarant séropositifs au VIH parmi ceux qui connaissent leur sérologie

Prévalence déclarée au VHC : part d'usagers se déclarant séropositifs au VHC parmi ceux qui connaissent leur sérologie

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Les données déclaratives sous estiment la prévalence du VIH et du VHC par rapport aux données biologiques. En effet, une part des usagers méconnaissent leur statut sérologique notamment vis à vis de l'hépatite C. Plus du quart des usagers pensent à tort être séronégatifs pour le VHC selon l'enquête Coquelicot 2004 (InVS).

RÉFÉRENCES :

- SAÏD S., CADET-TAÏROU A. et MARTINEZ M., *Résultats ENa-CAARUD 2012. Profils et pratiques des usagers*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

- CADET-TAÏROU, A. (2012). Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers. OFDT, Saint-Denis.

- Cadet-Taïrou, A., Coquelin, A. and Toufik, A. (2010). CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008. *Tendances* (74) 1-4.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : OFDT

INDICATEUR : Prévalence déclarée du VIH et du VHC chez les UD fréquentant les CAARUD

CHAMP : Recueil en continu de données sur les personnes accueillies dans les CSAPA. Ce dispositif a été mis en place en 2005. Les informations recueillies sont relatives au profil socio-démographique des patients, à leurs consommations, à leur prise en charge et à leur santé notamment leur statut sérologique déclaré vis-à-vis du VIH et VHC. En 2012, 126 000 patients ont été vus dans 180 CSAPA ambulatoires distincts (soit un taux de couverture de 84 %), 15 centres thérapeutiques résidentiels (soit un taux de couverture de 38 %) et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire (soit un taux de couverture de 63 %)

SOURCE : Enquête Recap-OFDT (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) auprès des usagers en CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Les prévalences ont été calculées sur les patients appartenant au groupe « opiacés, cocaïne et substances autres que cannabis et alcool ».

La prévalence déclarée au VIH : part d'usagers se déclarant séropositifs au VIH parmi ceux qui connaissent leur sérologie

La prévalence déclarée au VHC : part d'usagers se déclarant séropositifs au VHC parmi ceux qui connaissent leur sérologie

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Les données déclaratives sous estiment la prévalence du VIH et du VHC par rapport aux données biologiques. En effet, une part des usagers méconnaissent son statut sérologique notamment vis à vis de l'hépatite C. Plus du quart des usagers pensent à tort être séronégatifs pour le VHC selon l'enquête Coquelicot 2004 (InVS). Le statut sérologique est inconnu ou non renseigné pour 55 % des patients en 2012.

RÉFÉRENCES : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnats/recap.html>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : OFDT

AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Tuberculose

- **Contexte**

La tuberculose maladie est due à un bacille (mycobactérie du complexe *tuberculosis*) qui atteint le plus souvent les poumons et qui est transmissible par voie aérienne. L'identification rapide des cas de tuberculose maladie¹³³ et leur prise en charge appropriée restent les éléments les plus importants de la lutte antituberculeuse. Ils permettent de limiter la transmission de l'infection dans la communauté tout en prévenant le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux. Les autres éléments de la lutte antituberculeuse en France comprennent d'une part le traitement des infections tuberculeuses identifiées chez tous les enfants, et chez les adultes les plus à risque de développer la maladie et d'autre part la vaccination par le BCG¹³⁴ des enfants les plus à risque de développer une tuberculose¹³⁵. La surveillance de la tuberculose s'appuie principalement sur la déclaration obligatoire mise en place en 1964. La surveillance de la résistance aux antituberculeux est coordonnée par le Centre National de Référence des Mycobactéries et de la Résistance des Mycobactéries aux Antituberculeux (CNR-MyRMA) et s'appuie sur deux réseaux distincts complémentaires avec d'une part le réseau des laboratoires des CHU (Azay-Mycobactéries), réseau « sentinelle » existant depuis 1995 et d'autre part le réseau national de tous les laboratoires de biologie médicale pratiquant la mycobactériologie mis en place en 1992.

- **Indicateurs**

Nombre de cas de tuberculose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire et taux de déclaration

En 2012, le nombre de cas de tuberculose déclarés était de 4 975, soit un taux de déclaration de 7,6 cas pour 100 000 habitants (figure 1). Le nombre de cas reste stable comparé à 2011 (4 991 cas, soit -0,3 %).

Dans les 29 pays de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a recensé 68 423 cas en 2012, soit 13,5/100 000.

Avec 1 747 cas déclarés en 2012, l'Île-de-France comptait 35 % des cas de tuberculose maladie déclarés en France. Comme en 2011, l'Île-de-France, Mayotte et la Guyane étaient les trois régions de plus fort taux de déclaration (respectivement 14,7/100 000, 16,9/10⁵ et 24,2/10⁵). Dans toutes les autres régions (figure 2), le taux de déclaration était inférieur à 10/10⁵. Les hommes représentaient 59 % des cas de tuberculose déclarés. L'âge médian des patients était de 42 ans (écart interquartile [EI] 28-63 ans). Les patients de moins de 5 ans représentaient 2,9 % des cas déclarés.

Le taux de déclaration de tuberculose par âge quinquennal et sexe dépassait 10 pour 100 000 chez les femmes de 25–29 ans et de 80 ans et plus ainsi que chez les hommes de 25 à 44 ans et de 70 ans et plus. Il était plus élevé chez les personnes nées à l'étranger (35,3/10⁵) qui représentaient 56 % des cas déclarés en 2012, en particulier chez celles nées dans des régions à forte incidence de tuberculose (103,4/10⁵ parmi les personnes nées en Afrique sub saharienne). Les cas de tuberculose déclarés en 2012 chez des personnes sans domicile fixe représentaient 4,6 % des cas avec un taux de tuberculose estimé à 173,7/10⁵.

133 Après avoir été exposées au bacille de la tuberculose, un certain nombre de personnes vont être infectées et seules une partie d'entre elles vont secondairement développer la maladie. Il y a donc une distinction entre infection tuberculeuse et maladie tuberculeuse. La personne avec une infection tuberculeuse ne présente pas de signes cliniques et n'est pas contagieuse.

134 Cf fiche santé de l'enfant : couvertures vaccinales

135 <http://www.sante.gouv.fr/vaccination-par-le-bcg.html>

Nombre de cas de tuberculose multirésistante (MDR) (total et décomposé en nouveaux cas et cas déjà traités)

Le nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR), résistants à l'isoniazide et à la rifampicine, diagnostiqués en France par 230 des 260 laboratoires de mycobactériologie participant au réseau du CNR ayant envoyé leurs données au 16 avril 2014 était de 94 en 2012, ce qui représente une proportion de 2,3 % des 4 038 cas à culture positive (complexe *M. tuberculosis*) colligés par le réseau. Parmi ces 94 cas MDR, aucune information n'a pu être recueillie sur un cas diagnostiqué dans les DOM. Parmi les 93 cas de métropole, 91 concernaient des patients identifiés pour la 1^{ère} fois en 2012. L'analyse des caractéristiques des 91 cas incidents de tuberculose MDR en 2012 en métropole montre que 73 % sont des hommes, l'âge moyen est de 32 ans, 10 (11 %) sont nés en France et 81 (89 %) à l'étranger, 5 % sont séropositifs pour le VIH, et 51 % n'ont jamais reçu de traitement antituberculeux.

Durant les 19 années de la surveillance menée par le CNR-MyRMA, le pourcentage de cas MDR parmi l'ensemble des cas de tuberculose à culture positive diagnostiqués en France est passé de 0,4-0,7 % entre 1993 et 1998 à 0,9 % en 1999-2001, 1,1-1,4 % entre 2002 et 2010, 1,7 % en 2011 et 2,3 % en 2012 (figure 3). Le pourcentage de cas MDR en 2012 est le plus élevé parmi ceux observés depuis le début de la surveillance en 1992. L'Ile-de-France cumule 52,5 % du total des cas MDR enregistrés de 2006 à 2012. L'évolution du nombre de cas incidents de tuberculose MDR selon l'antécédent ou non de traitement antituberculeux est donnée dans la figure 3. Alors que le nombre de cas jamais traités était généralement supérieur au nombre de cas déjà traités, il y a depuis 2010, une tendance à l'inversion de ce phénomène.

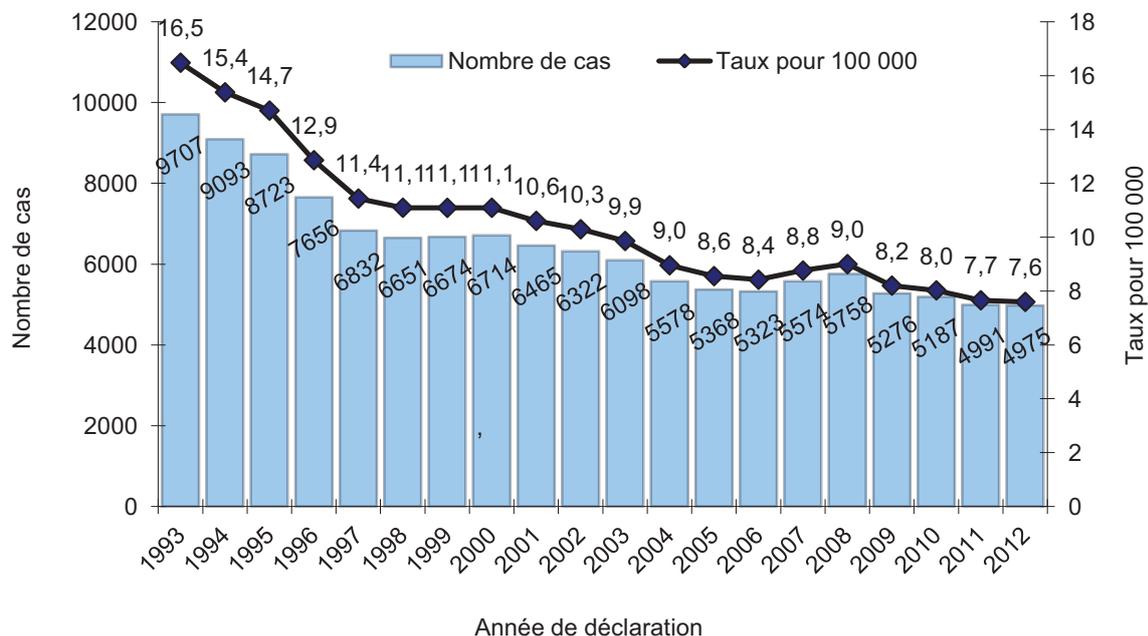
Dans les 29 pays de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen, l'ECDC a recensé 1 421 nouveaux cas MDR parmi les 31 004 testés en 2012, soit 5 %. En 2012, la proportion de cas MDR était inférieure à 3 % dans la plupart des pays de l'Ouest de l'Europe (sauf en Espagne 4,2 % et en Autriche 6,9 %) mais était de 13,8 % à 25,5 % dans les pays Baltes.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies infectieuses**

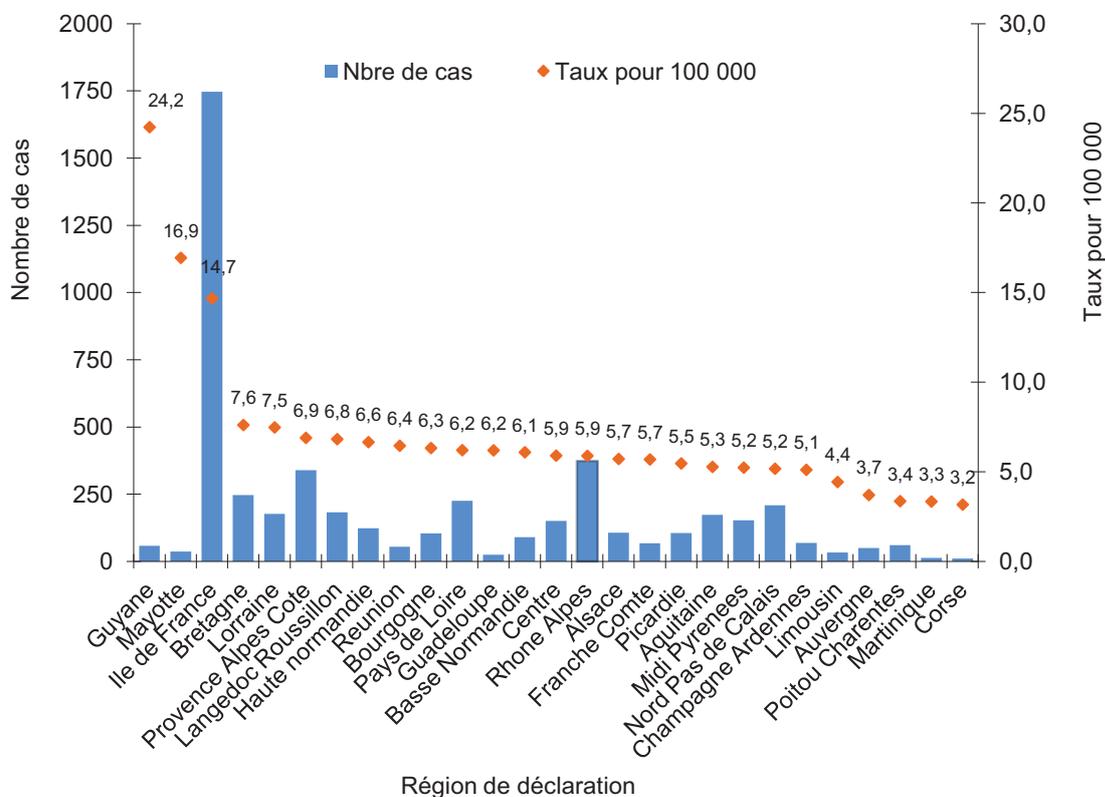
SYNTHESE

Avec moins de 10 nouveaux cas de tuberculose maladie déclarés pour 100 000 habitants depuis 2004, la France est considérée au plan international comme un pays à faible incidence de tuberculose. Cette situation masque cependant des différences importantes entre zones géographiques et groupes de population. Le nombre de cas de tuberculose multirésistante qui était stable depuis le début des années 2000, a augmenté en 2011 et 2012. Cette augmentation est principalement due à l'arrivée de malades en provenance d'Europe de l'Est.

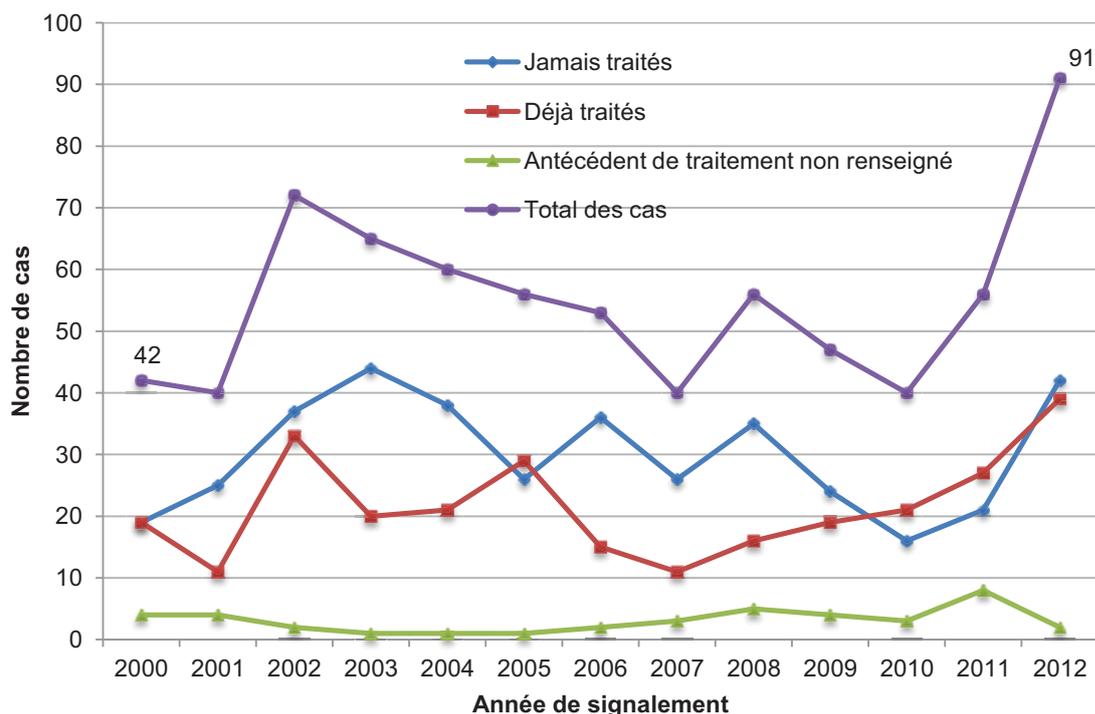
Graphique 1 : Évolution du nombre de cas et du taux annuel de déclaration de tuberculose en France, 1993-2012.



Graphique 2 : Nombre de cas déclarés et taux de déclaration (pour 100 000 habitants) de tuberculose par région, France entière, 2012



Graphique 3 : Nombre de cas incidents de tuberculose à bacilles multirésistants de 2000 à 2012 selon les antécédents de traitement antituberculeux.



INDICATEUR : Nombre de cas de tuberculose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire et taux de déclaration

SOURCE : Déclaration obligatoire (InVS), Statistiques démographiques (INSEE)

CHAMP : France entière

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Nombre de déclaration obligatoire en 2012 et estimation de la population française, par sexe âge et régions au 1er janvier 2012.

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives: le taux d'exhaustivité est estimé à 70 % en France, avec de fortes disparités régionales. .

BIAIS CONNUS

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS pour les données de la déclaration obligatoire

INDICATEUR : Nombre de cas de tuberculose multirésistante (MDR)

SOURCE : Réseau du CNR-MyRMA des Laboratoires de mycobactériologie

CHAMP : France entière

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Nombre de cas incidents diagnostiqués et confirmés par une culture positive à *M. tuberculosis*, résistants à la rifampicine et à l'isoniazide de l'année

LIMITES D'INTERPRÉTATION : Parmi les 260 laboratoires concernés, 30 n'ont pas encore fourni leurs données en 2012

BIAIS CONNUS

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : CNR-MyRMA

AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Légionellose

- **Contexte**

La légionellose, infection respiratoire provoquée par des bactéries du genre *Legionella*, est une maladie découverte en 1976 et à déclaration obligatoire (DO) en France depuis 1987. Elle se caractérise par des symptômes respiratoires aigus, avec une mortalité non négligeable pouvant atteindre plus de 20 % pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, diabétiques, fumeurs, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.). Les légionelles, présentes dans le milieu aquatique naturel, se multiplient facilement dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions sont favorables, notamment une température comprise entre 25 et 45°C. La contamination de l'homme se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau diffusée en aérosol à partir d'une installation contaminée (tours aéroréfrigérantes, douche, bains à remous, brumisateurs, fontaines décoratives,...)

L'augmentation régulière du nombre de cas déclarés entre 1996 et 2005 était liée au renforcement de la surveillance et à la mise en place de nombreuses réglementations pour favoriser le contrôle des installations à risque. L'incidence de la légionellose en France, malgré une augmentation ponctuelle en 2010, est relativement stable ces dernières années.

- **Indicateur**

Nombre de nouveaux cas de légionellose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

En 2012, 1 298 cas de légionellose ont été notifiés, soit un taux d'incidence des cas de légionellose déclarés de $1,98/10^5$ en France métropolitaine (figure1). Après une tendance à la baisse observée entre 2005 et 2009, il a été constaté en 2010 une augmentation ponctuelle. Le nombre de cas déclarés chaque année est compris entre 1 200 et 1 500 environ depuis 2004.

En 2012, l'incidence des cas de légionellose notifiés en France reste relativement élevée par rapport à l'incidence moyenne européenne de $1,15/10^5$.

L'âge médian des cas était de 62 ans et le sexe ratio homme/femme de 2,9. L'incidence augmentait avec l'âge et les taux d'incidence les plus élevés s'observaient chez les personnes de plus de 80 ans ($6,4/10^5$). La majorité des cas était survenue au cours du second semestre.

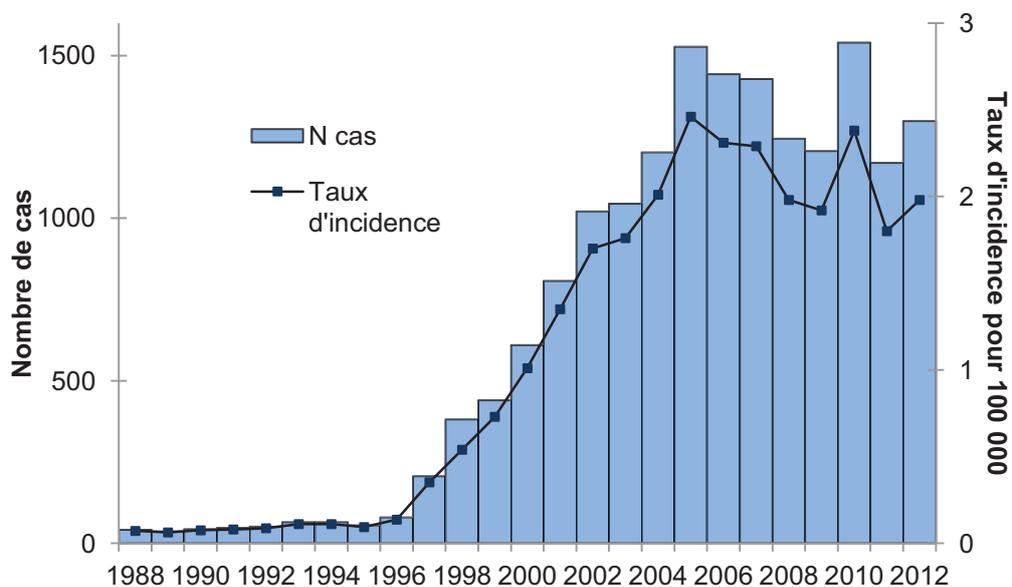
De fortes disparités régionales d'incidence de la légionellose sont à noter, avec l'existence d'un gradient Ouest-Est qui persiste après prise en compte de l'exhaustivité régionale de la DO (estimé à partir des données 2010). En 2012, ce gradient géographique Ouest-Est du taux d'incidence des cas notifiés de légionellose était toujours marqué et l'incidence variait de $0,3/10^5$ habitants en Basse-Normandie à $5,9/10^5$ habitants en Franche-Comté (figure2).

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies infectieuses**

SYNTHESE

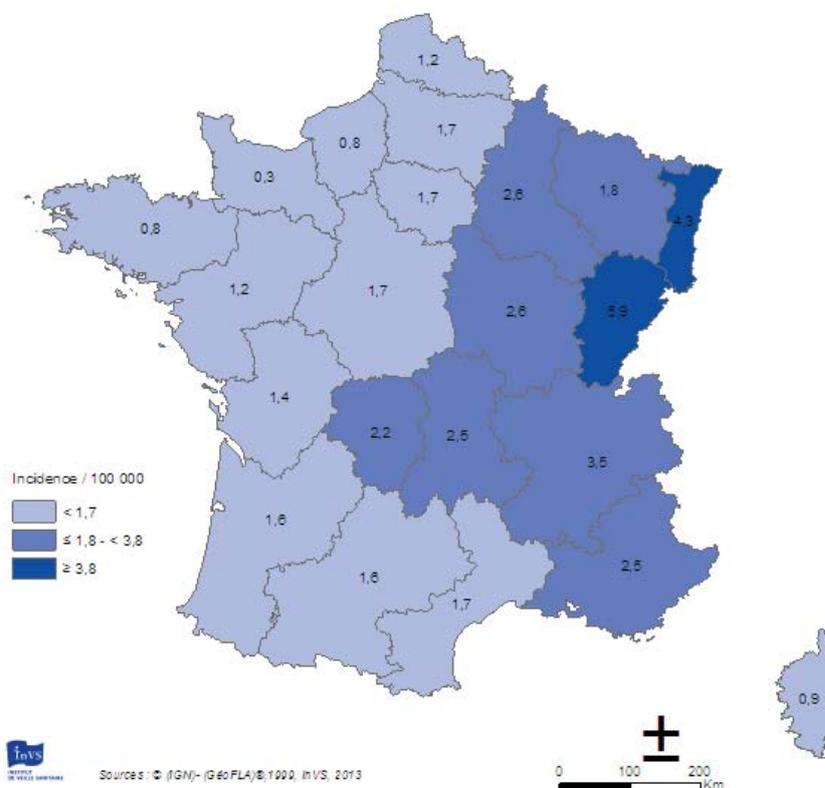
Le bilan des cas de légionellose survenus en France en 2012 montre une légère augmentation par rapport à l'année 2011. Les caractéristiques épidémiologiques des cas ainsi que le gradient géographique du taux d'incidence « Ouest-Est » restent cependant similaires à la situation observée les années précédentes.

Graphique 1 : Évolution du nombre de cas et du taux annuel d'incidence des cas notifiés de légionellose en France, 1988-2012.



Source : données de la déclaration obligatoire

Graphique 2 : Distribution du taux d'incidence (standardisé par sexe et âge) régional (selon la région de résidence du cas) de la légionellose en France, 2012



* Source : données de la déclaration obligatoire

INDICATEUR : Nombre de nouveaux cas de légionellose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

CHAMP : France entière

SOURCE : Déclaration obligatoire (InVS). Statistiques démographiques (INSEE)

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Nombre de déclaration obligatoire et estimation de la population française, par sexe âge et régions au 1^{er} janvier 2012.

LIMITES D'INTERPRÉTATION : L'exhaustivité de la déclaration obligatoire a été estimée à partir des données 2010 à 89 % (comprise entre 70 % et 100 % selon les régions)

BIAIS CONNUS : La méthode de diagnostic la plus utilisée (antigénurie urinaire) est spécifique des *Legionella pneumophila* séro groupe 1

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Couverture vaccinale grippe¹³⁶

- **Contexte**

La surveillance annuelle de la couverture vaccinale contre la grippe concerne les personnes âgées de 65 ans ou plus ainsi que les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques, principales catégories de population pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe à 100 %. L'objectif est d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % dans ces groupes cibles. Cette couverture est estimée chaque saison par la Cnam-TS à partir du taux de délivrance des vaccins en France métropolitaine. Dans les deux groupes, cette couverture est nettement insuffisante. Après une dynamique ascendante jusqu'en 2008-2009 chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, on assiste à une baisse régulière de la couverture vaccinale depuis la pandémie A(H1N1), alors que chez les personnes âgées de moins de 65 ans cette couverture est stable.

- **Indicateurs**

Couverture vaccinale contre la grippe des personnes âgées de 65 ans ou plus

Jusqu'en 2008-2009, saison précédant la pandémie grippale A(H1N1), la couverture vaccinale chez les personnes âgées de 65 ans ou plus était en progression. En 2008-2009, près de 65 % des personnes de ce groupe d'âge étaient vaccinées (tableau 1). Depuis la pandémie, cette couverture est en baisse constante. Cette baisse était en 2013-2014 de 13 % par rapport à la saison 2008-2009. Ces valeurs étaient inférieures à celles obtenues dans les enquêtes réalisées pour le Groupe d'expertise et d'information sur la grippe (GEIG) (62 % lors de la dernière enquête publiée en 2011-2012). La France était cependant en 2010-2011 l'un des pays de l'Union Européenne avec les couvertures vaccinales les plus élevées (Figure 1). Les Pays Bas étaient le seul pays ayant atteint la cible de 75 % de personnes vaccinées.

Couverture vaccinale contre la grippe des personnes de moins de 65 ans atteintes de pathologies chroniques ciblées par les recommandations vaccinales

Avant la saison 2009-2010 de la pandémie A(H1N1), où la couverture des personnes à risque âgées de moins de 65 ans avait atteint 47 %, cette couverture est de 39 % à 40 %. Depuis la pandémie, les couvertures sont stables. En 2013-2014, environ 38 % des personnes dans cette catégorie de la population avaient été vaccinées. Cette valeur est très inférieure à la cible de 75 %.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies infectieuses**

SYNTHESE

La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière reste très insuffisante, inférieure à la cible de 75 % dans les deux principaux groupes cibles. Jusqu'en 2008-2009, les couvertures étaient en progression. Depuis la pandémie A(H1N1), on observe une baisse constante de la couverture vaccinale grippale. Cette baisse concerne principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez lesquelles elle est de plus de 10 % inférieure à celle de la saison 2008-2009.

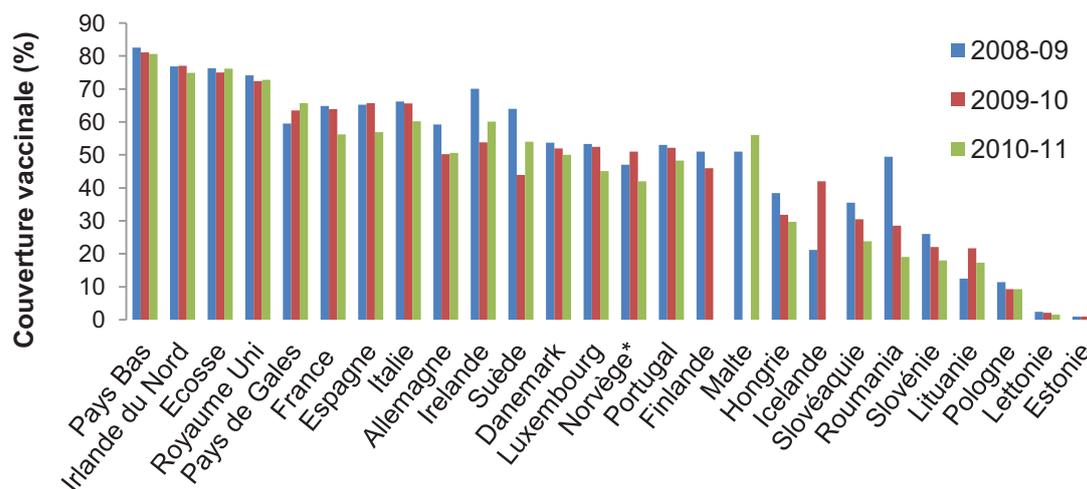
¹³⁶ Voir également la fiche « couvertures vaccinales chez l'enfant ».

Tableau 1 : Couverture vaccinale chez les personnes de moins de 65 ans à risque et chez les personnes de 65 ans et plus, 2008-2013 (en %).

Saison	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14
Moins de 65 ans	40,4	39,4	47,2	37,2	39,5	39,1	38,3
65 ans ou +	63,9	64,8	63,9	56,2	55,2	53,1	51,9
Total	62,1	58,7	60,2	51,8	51,7	50,1	48,9

Source : Cnam-TS

Graphique 1 : Couverture vaccinale chez les personnes âgées pour les saisons 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 dans les pays de l'Union Européenne



† Suède: données pour 60% de la population pour la saison 2009-10

*Norvège: couverture vaccinale pour 2008-09 et 2009-10 estimée globalement chez les > 65 ans et les autres groupes à risque
source : <http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/ECDC-WHO-influenza-meeting-OFlanagan.pdf>

INDICATEUR : Couverture vaccinale grippe

SOURCE : CNAMTS, service prévention ; RSI, direction de la politique de santé, gestion du risque ; CCMSA, direction des études, des répertoires et des statistiques et direction de la santé.

CHAMP : France métropolitaine, assurés sociaux de la CNAMTS, du RSI, et de CCMSA et leurs ayants droit uniquement.

REFERENCES :

- Tuppin et al. Vaccination contre la grippe saisonnière en France en 2010 et 2011 : diminution des taux de couverture et facteurs associés. Presse Med 2012 ; 41 : e568-76

- InVS. Dossier thématique Couverture vaccinale. Accessible sur www.invs.sante.fr

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS : CNAMTS et InVS

INSECURITE ROUTIERE ET ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Insécurité routière

- **Contexte**

La France se caractérisait dans les années 2000 par une mortalité liée à la violence routière élevée. Elle se situait au 15^{ème} rang des 27 pays de l'Union européenne : la mortalité à 30 jours (136,4 par million d'habitants) y était deux fois plus élevée qu'en Suède (59,9) ou au Royaume-Uni (66,7). Une décennie plus tard, la France progressait au 11^{ème} rang des 28 pays de l'Union européenne ayant atteint l'objectif européen de diviser par deux le nombre de personnes tuées sur les routes en 10 ans (2001-2010).

Parmi les indicateurs de suivi de l'insécurité routière, le taux de mortalité à 30 jours remplace depuis 2005 l'indice de mortalité à 6 jours calculé jusqu'à cette date par la France (pour obtenir le nombre de victimes à 30 jours, conformément aux dispositions retenues au niveau international, un coefficient multiplicateur était appliqué). La définition des « blessés graves » a également été modifiée en 2005 : le blessé hospitalisé plus de 24 heures a remplacé le blessé grave hospitalisé plus de 6 jours. Le nombre et la part des blessés graves, hospitalisés plus de 6 jours, ne peuvent donc plus être suivis dans le temps depuis 2005. À partir de 2014, à l'initiative de la Commission européenne, une nouvelle définition du blessé grave (le M.AIS 3+¹³⁷), plus proche de la réalité clinique, est adoptée par la France comme par la plupart des pays de l'Union européenne.

- **Indicateurs**

Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route

En 2013, 3 427 personnes étaient décédées dans les 30 jours suivant un accident de la route en France entière, dont 159 dans les départements d'outre-mer (DOM). Sur la période 2011-2013, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élevaient respectivement à 57 en métropole et 79 dans les DOM. Ils étaient respectivement de 87 et 122 en 2005, soit une baisse de plus de 30 % sur la période. La baisse de la mortalité après accident de la route s'inscrit dans une tendance plus ancienne en lien avec les grandes dates de la sécurité routière.

En 2013, en France métropolitaine¹³⁸, parmi ces accidents mortels, 64 % s'étaient produits hors agglomération, essentiellement sur les routes départementales. Une légère augmentation de la mortalité sur les autoroutes était observée sur la période 2010-2013 alors que l'évolution restait à la baisse sur les routes hors agglomération et dans les agglomérations. Les hommes étaient trois fois plus nombreux que les femmes et les 18-24 ans étaient les plus touchés (19,5 % de l'ensemble des tués alors qu'ils ne représentaient que 9 % de la population) (Graphique 1). La moto reste le mode déplacement le plus dangereux : 19 % des tués sont morts d'un accident de moto et cette mortalité baisse plus lentement que celle des autres catégories motorisées.

Il existe des disparités régionales ou infra-régionales qu'il est difficile d'interpréter car les données d'accidentalité sont souvent des petits chiffres. Cependant, le nombre de personnes tuées peut présenter des variations importantes d'une année sur l'autre sans signification statistique. Ce constat est encore plus vrai à l'échelle d'un département¹³⁹.

¹³⁷ L'Abbreviated Injury Scale, 1990 Revision, Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM), Des Plaines, Illinois, USA. L' AIS permet de coder chaque lésion élémentaire et de lui affecter un degré de gravité de 1 (mineure) à 6 (au-delà de toute ressource thérapeutique). Le M.AIS est la gravité associée à la lésion présentant l' AIS le plus élevé pour une victime donnée.

¹³⁸ Données détaillées uniquement sur le champ métropolitain

¹³⁹ <http://www.securite-routiere.gouv.fr/la-securite-routiere/l-observatoire-national-interministeriel-de-la-securite-routiere/bilans-annuels/les-bilans-annuels-de-la-securite-routiere-en-france>

En 2012, toujours par rapport au taux de personnes tuées par million d'habitants, la France métropolitaine se place au 11^{ème} rang des 28 pays de l'Union Européenne (Graphique 2).

Nombre et fréquence des traumatismes routiers responsables d'au moins une lésion associée à un pronostic séquellaire grave (IIS 3+)

Cet indicateur est estimé à partir des données du registre des accidentés de la circulation routière dans le département du Rhône. Le niveau de déficience IIS (*Injury Impairment Scale*) permet de pronostiquer dès le constat du bilan lésionnel le niveau de déficience à un an.

La projection sur la France métropolitaine n'est aujourd'hui disponible que pour la période 1996-2004. Elle est limitée à une estimation annuelle moyenne sur la période, soit 7 479 blessés exposés à de telles séquelles. Ce nombre est tout à fait comparable à celui des décès au cours de la même période : 7 344 tués à six jours en moyenne selon l'ONISR. Cependant, cette similitude globale masque de grandes disparités selon les catégories d'usagers : si le ratio des blessés avec séquelles graves par rapport aux tués restait proche de l'unité pour les piétons (0,9), il était de 0,7 pour les automobilistes et à l'inverse de 1,7 pour les usagers de deux-roues à moteur et de 3,3 pour les cyclistes.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : IFSTTAR / DREES / ONISR**

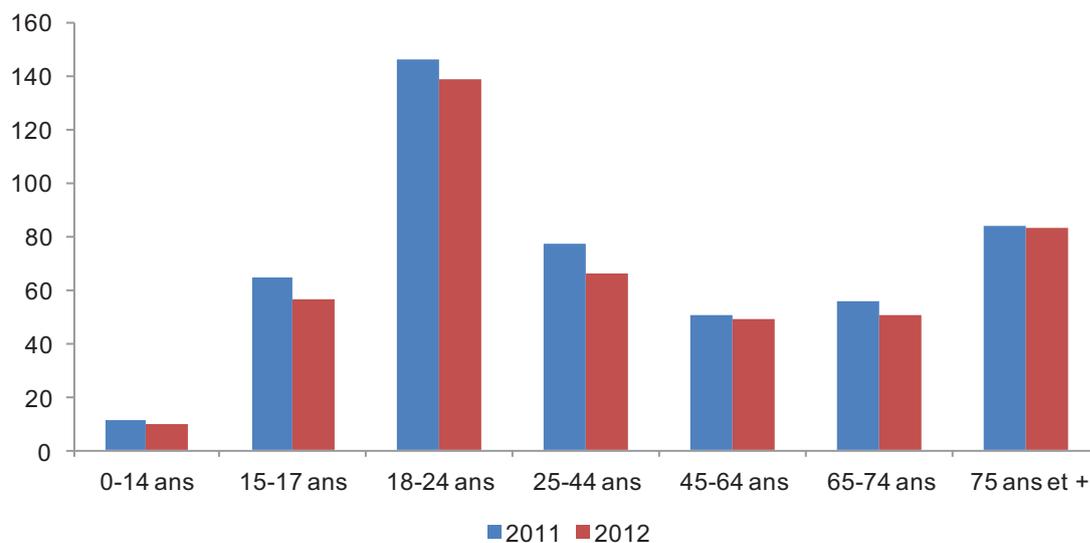
SYNTHESE

Sur la période 2011-2013, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élevaient respectivement à 57 en métropole et 79 dans les DOM. Les hommes étaient trois fois plus nombreux que les femmes et les 18-24 ans étaient les plus touchés. La moto reste le mode déplacement le plus dangereux.

En 2012, la France métropolitaine se place au 11^{ème} rang des 28 pays de l'Union Européenne.

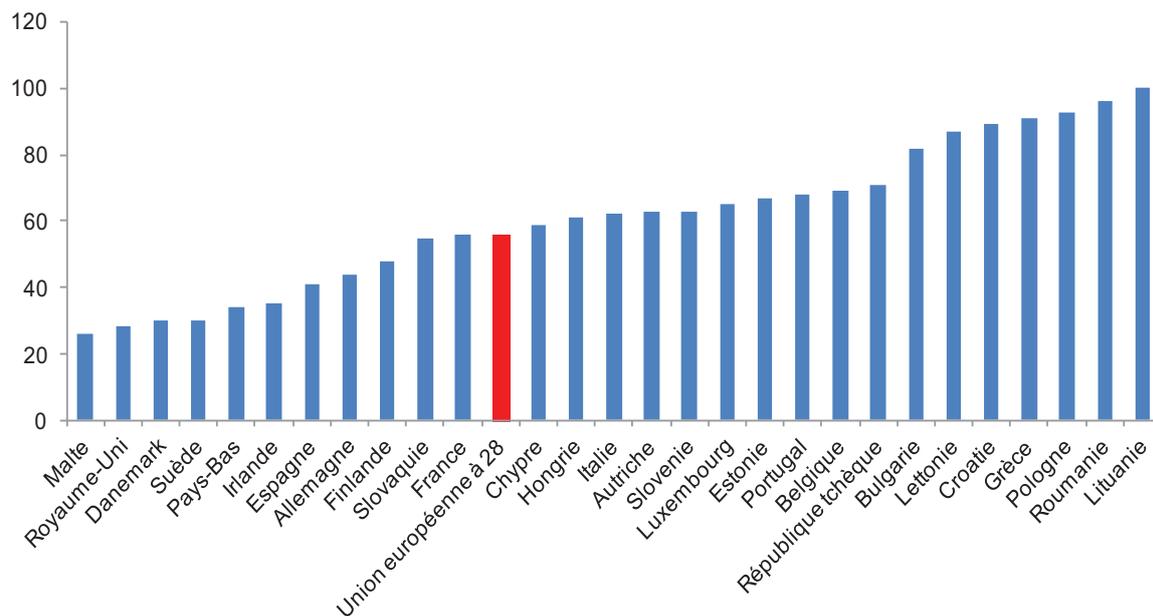
D'après la projection des données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône sur l'ensemble de la France métropolitaine, 1,4 % des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les six jours qui suivent leur accident et autant gardent des séquelles graves un an après leur accident.

Graphique 1 : Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route en France selon la classe d'âge en 2011 et 2012



Source : ONISR
 Champ : France métropolitaine

Graphique 2 : Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route en Europe en 2012 (par million d'habitants)



Source : ONISR/CARE
 Champ : France métropolitaine

INDICATEUR : Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route

CHAMP : France métropolitaine jusqu'en 2004, France entière à partir de 2005, population tous âges (mortalité à 6 jours jusqu'en 2004, mortalité à 30 jours depuis 2005).

SOURCE : Fichier national des accidents corporels gérés par l'ONISR: données issues des bulletins d'analyse d'accidents corporels (BAAC) établis par les services de police et de gendarmerie) et INSEE: données démographiques.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Dénominateur: estimations localisées de population (métropole), INSEE, Données au 1er janvier 2004. DOM recensement 1999. Numérateur: nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. En France, jusqu'en 2004, était comptabilisé le nombre de victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours suivant l'accident. Pour obtenir le nombre de victimes à 30 jours, conformément aux dispositions retenues au niveau international, un coefficient multiplicateur a été appliqué. Entre 1970 et 1994, ce coefficient est égal à 1,09 et à 1,057 pour les données de 1993 à 2004. Il a été revu à 1,069 en 2005, date à laquelle la définition internationale a été adoptée.

LIMITES d'interprétation

BIAIS connus : Sous-estimation possible du nombre de décès à 30 jours.

RÉFÉRENCES : www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : ONISR.

INDICATEUR : Nombre et fréquence des traumatismes routiers responsables d'au moins une lésion associée à un pronostic séquellaire grave (IIS 3+)

CHAMP : Estimation France entière

SOURCE : Registre des accidents du Rhône

BIAIS connus : Sous-estimation possible du nombre de décès à 30 jours.

RÉFÉRENCES : Amoros E., Martin J.-L., Laumon B., 2008, «Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004», Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 19, mai, p. 157-160

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : IFSTTAR

INSECURITE ROUTIERE ET ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Accidents de la vie courante (AcVC)¹⁴⁰

- **Contexte**

Les traumatismes peuvent être intentionnels : suicides, victimes d'agressions et de guerre, ou non intentionnels : accidents de la circulation, du travail et de la vie courante (AcVC). Toutes classes d'âge confondues, les AcVC entraînent chaque année en France plus de 20 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et 4,5 millions de recours aux urgences. La diversité des situations de survenue des AcVC nécessite des approches épidémiologiques multiples : analyse de la mortalité et des recours à l'hôpital, enquêtes thématiques et/ou en populations spécifiques. Les AcVC sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation, information ciblées sur les éléments humains, l'environnement physique et socioculturel propre à chaque type d'accident. Un Plan de prévention des accidents de la vie courante a été adopté par le Comité national de la santé publique en 2009. Des campagnes de prévention sont réalisées par différents organismes (Inpes, Ministère de l'intérieur, ministère en charge des sports, etc.).

- **Indicateurs**

Taux de mortalité par traumatisme

En 2010, on a dénombré 37 701 décès par traumatismes en France métropolitaine selon les certificats de décès (source : CépiDc), soit un taux de mortalité standardisé de 54,5 p. 100 000 habitants (67,8 chez les hommes, 41,5 chez les femmes). À côté des 10 365 suicides et 401 homicides, il y a eu 20 851 décès par AcVC, environ 1 000 par accidents du travail et 443 décès traumatiques sont restés d'intention indéterminée. La sécurité routière établit chaque année un décompte plus précis des décès par accident de la circulation que le CépiDc : en 2010, elle a recensé 3992 décès.

Le taux standardisé de décès par AcVC était de 28,8 p. 100 000 habitants (29,5 chez les hommes, 27,9 chez les femmes) ; 68 % de ces décès ont eu lieu chez les 75 ans et plus. Les chutes ont causé la moitié des décès (13 p. 100 000), suivies des suffocations (4,4), des intoxications (2,6), des noyades (1,6), et des incendies (0,8) (tableau 1). Entre 2000 et 2010, les taux standardisés de mortalité par AcVC ont diminué significativement de 2,2 % par an : - 3,0 % par chute, - 2,5 % par noyade. Les décès par intoxication ont augmenté de 3,4 % par an. Les décès par incendie et suffocation n'ont pas évolué.

Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès

Les enquêtes NOYADES décrivent les caractéristiques et facteurs de risques des noyades accidentelles. Entre le 1er juin et le 30 septembre 2012, il y a eu 1 238 noyades accidentelles, dont 497 suivies de décès et 59 suivies de séquelles. Tous les âges étaient concernés par ces accidents (figure 1) ; 14 % des noyés étaient des enfants de moins de 6 ans (170 noyades dont 28 décès). Il y a eu 51 décès par noyade en piscine privée, 8 en piscine publique, 139 en cours d'eau, 60 dans un plan d'eau, 214 en mer et 25 en d'autres lieux. En piscine privée, les enfants de moins de 6 ans se sont noyés surtout à cause d'un manque de surveillance et de leur inaptitude à nager ; dans les cours d'eau et plans d'eau, les noyades sont souvent survenues après une chute, lors d'activités solitaires, ou après consommation d'alcool ; en mer, les noyés étaient souvent des personnes de plus de 45 ans, ou ayant un problème de santé.

L'évolution des noyades accidentelles a été régulière depuis 2003, mais 2012 a compté le plus fort taux de décès (40 % contre 32 à 38 %), elle a été caractérisée par un nombre

140 Voir également la fiche « AcVC chez l'enfant ».

important de décès en mer (214, en augmentation de 27 % par rapport aux années précédentes), et de nombreux accidents suivis de séquelles (tableau 2).

Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière

En 2011, selon le PMSI, en métropole, 8 670 personnes ont été hospitalisées pour brûlures, soit un taux d'incidence brut de 13,7 p. 100 000 habitants (18 chez les hommes 10 chez les femmes), très élevé chez les enfants de moins de 5 ans (61). La répartition des brûlés n'était pas homogène sur l'ensemble du territoire français (Carte 1). Les résultats de 2011 étaient proches de ceux des années 2008 à 2010 (tableau 3). L'incidence des victimes de brûlures hospitalisées en France est cohérente avec plusieurs études menées à l'étranger : en Suède, entre 2000 et 2004, le taux d'incidence était de 13,3 pour 100 000 habitants ; en Norvège 15,5 pour 100 000 en 2007.

Taux d'incidence des accidents ayant entraîné un recours aux soins au cours des 12 derniers mois

Dans l'enquête du baromètre santé 2010, 10,3 % des personnes de 15 et 85 ans ont déclaré avoir eu, lors des 12 derniers mois, un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital : AcVC pour les trois quart (7,5 %), accidents du travail (2,9 %) et accidents de la circulation (1,6 %). La répartition présente des différences selon le sexe (figure 3), variables selon les âges : jusqu'à 44 ans, les hommes déclarent plus d'accidents que les femmes. De 45 à 75 ans, le sex ratio est proche de 1, puis il s'inverse de 75 à 85 ans (9,9 % des femmes contre 6,6 % des hommes).

Les estimations tirées de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC), qui concernent les seuls AcVC qui ont fait l'objet d'un recours aux urgences hospitalières, complètent celles du Baromètre santé : au-delà de 15 ans, sur la période 2004-2008, 4,9 % des français de métropole ont eu un AcVC chaque année, davantage les hommes : 5,8 que les femmes : 4,0.

L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), quant à elle, chiffre l'ensemble des recours aux soins. Les derniers résultats disponibles, de 2004, fournissent un taux d'incidence trimestriel de 4,6 % personnes accidentées de la vie courante. Le nombre de résidents en France métropolitaine ayant eu un AcVC avec recours aux soins au cours des trois mois précédents est ainsi estimé à 2,8 millions : 12 % ont eu recours à des soins paramédicaux, 42 % à un médecin hors hôpital, 33 % aux urgences et 13 % à l'hospitalisation.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : InVS, Département des maladies chroniques et des traumatismes**

Tableau 1 : Effectifs, taux bruts et standardisés de mortalité par type d'accident de la vie courante, selon l'âge, France métropolitaine, 2010 (taux pour 100 000 habitants)

	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu, flammes		Autres, précisés		Autres, non précisés		Total	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
< 15 ans	18	0,16	34	0,29	55	0,48	5	0,04	39	0,34	11	0,10	26	0,22	188	1,6
15-24 ans	45	0,58	19	0,25	54	0,7	51	0,66	21	0,27	30	0,39	116	1,5	336	4,3
25-44 ans	185	1,1	111	0,68	163	0,99	378	2,3	91	0,55	80	0,49	323	2	1 331	8,1
45-64 ans	746	4,5	438	2,7	366	2,2	414	2,5	170	1	201	1,2	634	3,8	2 969	17,9
65-74 ans	648	13	322	6,5	162	3,3	148	3,0	61	1,2	100	2	401	8,1	1 842	37
75-84 ans	2 460	61,3	900	22,4	177	4,4	377	9,4	72	2	91	2,3	1 059	26,4	5 136	128,1
85 ans et plus	5 588	346,8	1 372	85,1	62	3,9	412	25,6	5	3,7	62	3,9	1 494	92,7	9 049	561,5
Total (taux standardisés)	9 690	13	3 196	4,4	1 039	1,6	1 785	2,6	513	0,77	575	0,86	4 053	5,7	20 851	28,8

Graphique 1 : Répartition des noyades accidentelles et des décès selon l'âge des victimes, France, 1er juin-30 septembre 2012 (N=1 238, dont 497 décès et 8 données manquantes)

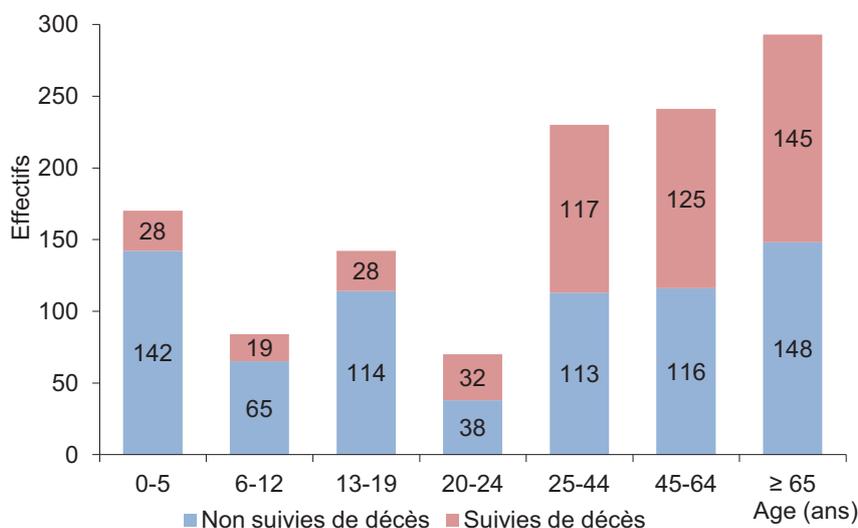


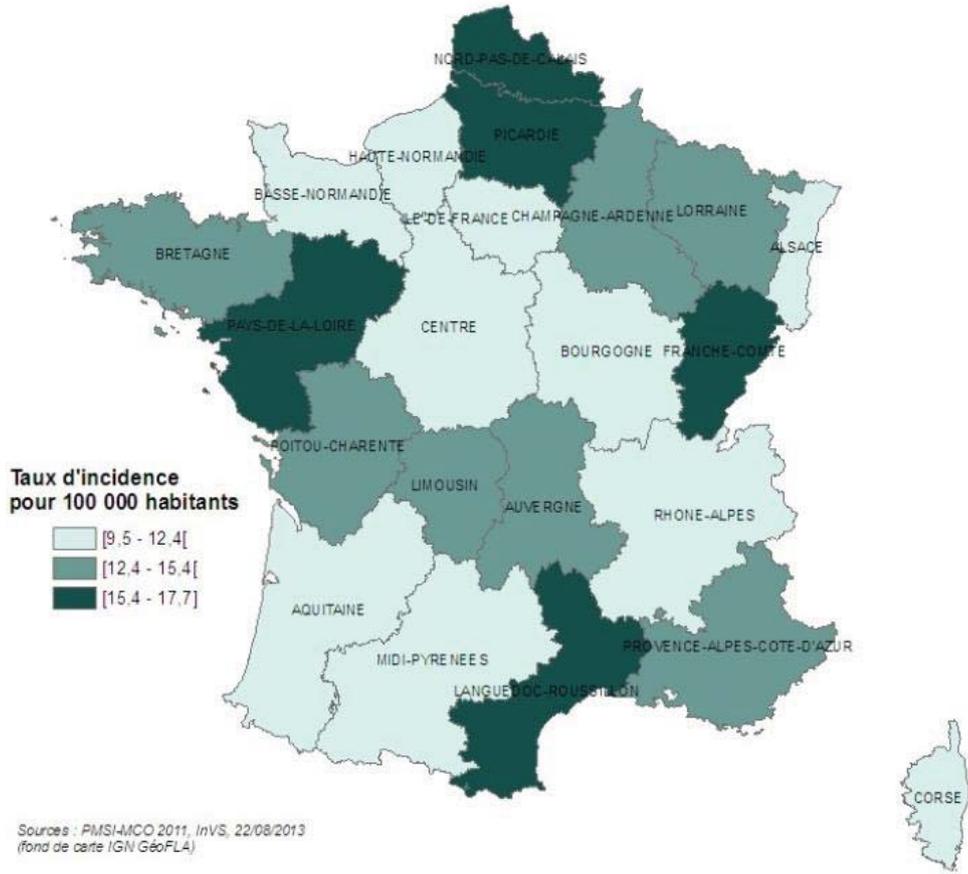
Tableau 2 : Noyades accidentelles suivies de décès et suivies de séquelles par lieu en 2003, 2004, 2006, 2009 et 2012

Lieu	Noyades suivies de décès					Noyades suivies de séquelles				
	2003	2004	2006	2009	2012	2003	2004	2006	2009	2012
Piscine	57	50	60	54	59	8	6	2	11	3
Cours d'eau	105	64	99	97	139	2	2	3	5	3
Plan d'eau	93	58	74	95	60	2	3	2	2	2
Mer	160	174	151	188	214	8	6	7	18	49
Autres	20	22	17	28	25	1	1	3	0	2
Total	435	368	401	462	497	22	18	17	36	59

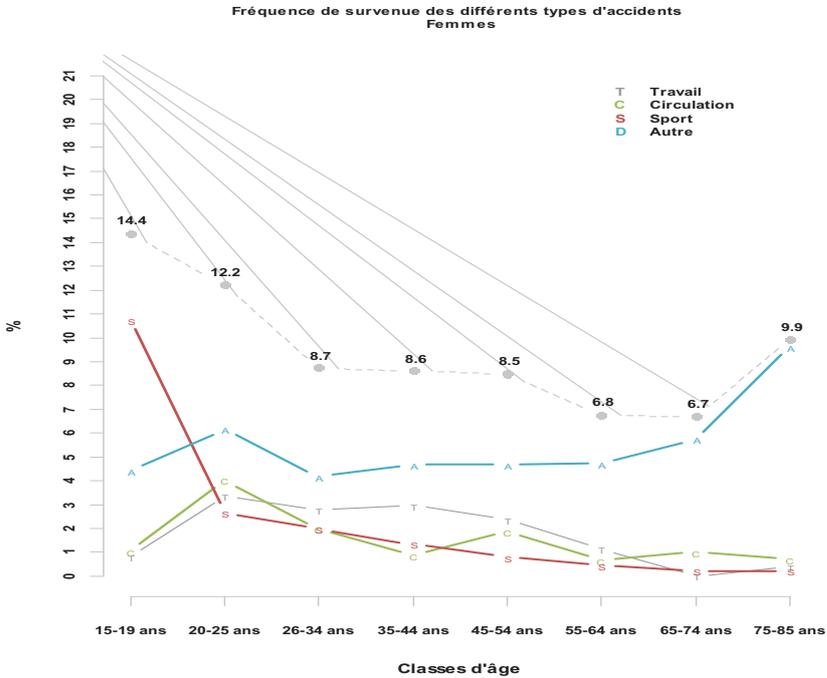
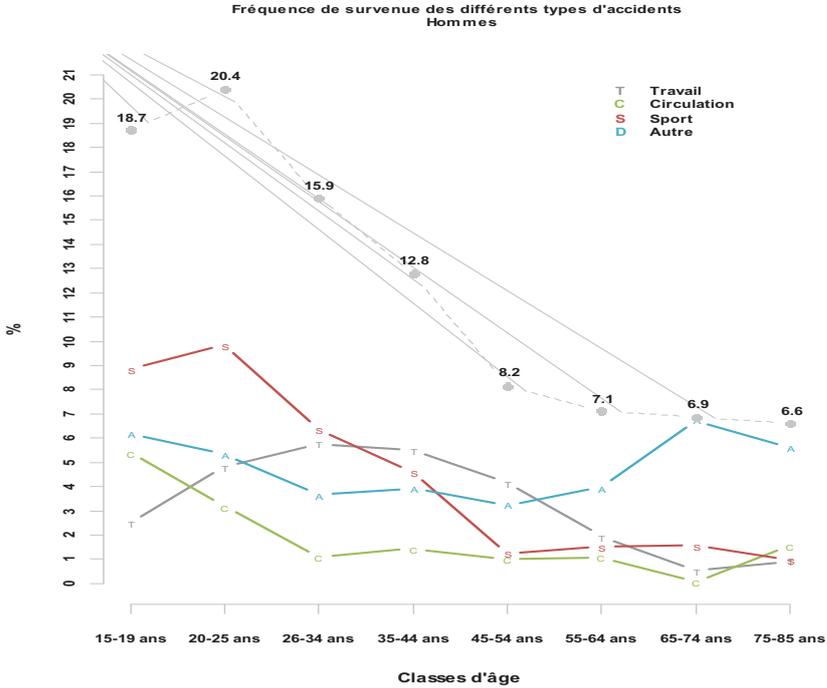
Tableau 3 : Taux d'incidence pour 100 000 habitants de victimes de brûlures hospitalisées, France métropolitaine, 2008-2011

	2008	2009	2010	2011
Nombre de patients hospitalisés	8 944	8 825	8 846	8 670
Taux standardisé	14,0	13,7	13,7	13,4
Taux brut hommes / femmes	19,1 / 10,0	18,9 / 9,7	18,5 / 10,0	17,9 / 9,9
Taux standardisé régional le plus élevé / le plus faible	18,2 / 10,9	17,7 / 10,8	18,0 / 11,2	17,7 / 9,6

Carte 1 : Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants de personnes hospitalisées pour brûlures par région, France métropolitaine, 2011



Graphique 2 : Fréquence des accidents déclarés, selon l'âge, le sexe, le type d'accident, sur 12 mois, Baromètre santé 2010



INDICATEUR : Taux de mortalité par traumatisme

CHAMP : Tous les décès par traumatisme et accidents de la vie courante survenus en France métropolitaine, en 2010.

SOURCE : Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès, INSERM-CépiDc, 2000-2010

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Codes de la 10ème version de la Classification internationale des maladies (CIM 10) appartenant à la liste de référence des causes de décès par AcVC. Analyse des décès en cause principale, sauf pour les chutes. Les décès par chute ont été analysés en « causes multiples », en ajoutant aux décès de cause initiale « chute » (codes W00-W19) les décès codés à la fois en cause initiale « exposition à des facteurs sans précision » (code X59), et en cause associée « fracture du fémur » (code S72). Les taux bruts ont été calculés pour 100 000 habitants sur la population moyenne de l'année en cours. Les taux de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés selon la méthode de standardisation directe, recensement général de la population de 1999. Les tendances ont été modélisées, et les taux de variations annuels moyens ajustés sur l'année et l'âge ont été estimés par le modèle de Poisson. Modèle corrigé par une régression binomiale négative, du fait d'une sur-dispersion.

LIMITES ET BIAIS : Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

RÉFÉRENCES :

- Thélot B, Ermanel C, Jouglu E, Pavillon G. Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatismes en France. Bull Epidemiol Hebd 2006;42:323-8.

- Barry Y, Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. Bull Epidémiol Hebd 2011;29-30:328-32.

- Résultats disponibles sous :

http://www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/mortalite_traumatismes

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Nombre de noyades accidentelles suivies d'une hospitalisation ou d'un décès.

CHAMP : Toutes les noyades entre le 1er juin et le 30 septembre 2012 ayant fait l'objet d'une intervention de secours organisés, suivies d'une hospitalisation ou d'un décès en France (France métropolitaine et départements et collectivités d'outre-mer).

SOURCE : Enquêtes NOYADES 2012 et pour les évolutions Enquêtes NOYADES 2003, 2004, 2006, 2009 et 2012.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le terme « noyade » est ici utilisé au sens large, qu'elle soit ou non suivie d'un décès. Nombre de noyades par âge, lieu et devenir (hospitalisation, séquelles, décès).

LIMITES ET BIAIS : Recueil sur la période estivale (4 mois).

RÉFÉRENCE : Lasbeur L., Thélot B, Surveillance épidémiologique des noyades : Enquête NOYADES 2012, 1er juin- 30 septembre 2012. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, mars 2013, 68 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr et sa synthèse, mars 2013, 20 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux d'incidence des brûlures ayant conduit à une prise en charge hospitalière

CHAMP : France métropolitaine, toute personne hospitalisée pour brûlure, avec un diagnostic principal codé de T20 à T32 de la CIM-10.

SOURCE : PMSI-MCO 2008 à 2011.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Des « taux d'incidence hospitaliers » ont été calculés : il s'agit de taux d'incidence de personnes victimes de brûlures résidant en France métropolitaine et hospitalisées en France métropolitaine. Les taux bruts ont été calculés en rapportant le nombre de patients résidant en France métropolitaine à la population au 1er janvier 2011 estimée par l'Insee. Des taux standardisés sur l'âge ont été calculés en prenant comme référence la population française au recensement de 1999. Les taux d'incidence hospitaliers par région ont été calculés pour les patients résidant dans une région ayant été hospitalisés en France métropolitaine.

LIMITES ET BIAIS : Les décès sur place ne sont pas enregistrés dans le PMSI.

RÉFÉRENCE : Pasquereau A, Thélot B. Hospitalisations pour brûlures à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, France métropolitaine 2011 et évolution depuis 2008. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 8 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

INDICATEUR : Taux d'incidence des accidents ayant entraîné un recours aux soins au cours des 12 derniers mois.

CHAMP : Baromètre santé 2010 échantillon de personnes de 15 à 85 ans interrogées qui déclarent la survenue d'un accident dans les 12 mois précédents ; Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) toutes les personnes venues aux urgences d'un nombre limité (une dizaine) d'hôpitaux pour AcVC ; enquête Santé et protection sociale 2004 échantillon national de personnes de tout âge déclarant un accident de la vie courante dans les 3 mois précédents avec recours aux soins ; les enquêtes scolaires 2004-2005 (CM2) et 2005-2006 (GSM) échantillon d'élèves interrogés sur la survenue d'accident depuis le 1er juillet précédent.

SOURCE : Baromètre santé 2010, EPAC, ESPS 2004, enquêtes scolaires 2004-2005 et 2005-2006.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : à partir des réponses des personnes aux enquêteurs ou aux cliniciens (EPAC), calcul des taux d'incidence annuels ou trimestriels, estimations (EPAC).

LIMITES ET BIAIS : dus aux différentes méthodes d'enquêtes, effectifs restreint d'hôpitaux (EPAC), estimations trimestrielles à partir de réponses sur un nombre variable de mois (enquêtes scolaires).

RÉFÉRENCE :

- Richard JB, Thélot B, Beck F. Les accidents en France, évolution et facteurs associés. Rev Epidem Sante pub, 61(2013):205-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2012.10.007>;

- Bonaldi C, Ricard C, Nicolau J, Bouilly M, Thélot B. Estimates of home and leisure injuries treated in emergency departments in the adults population living in metropolitan France: a model-assisted approach. Population Health Metrics 2014,12:2 <http://www.pophealthmetrics.com/content/12/1/2> doi:10.1186/1478-7954-12-2 ;

- Dalichampt M, Thélot B. Les accidents de la vie courante en France métropolitaine – Enquête santé et protection sociale 2004. Saint Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2008, 46p. Disponible sur : www.invs.sante.fr ;

- Thélot B, Chatelus AL. Les accidents de la vie courante chez les enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2010. 38 p. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr ;

- Ménard E, Perrine AL, Thélot B. Les accidents de la vie courante chez les enfants de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2005-2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2014. 38 p. Disponible à partir de l'URL : www.invs.sante.fr, à paraître

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : InVS

LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Santé bucco-dentaire des adultes¹⁴¹

- **Contexte**

Les pathologies bucco-dentaires, essentiellement la carie dentaire et les maladies parodontales¹⁴², représentent un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées dans toutes les régions du monde. En France, un plan national de prévention 2006-2009 avait été arrêté par le ministère de la santé avec pour objectifs le développement d'une politique de prévention auprès des populations à risque et l'amélioration du recours aux soins. Parmi les déterminants influant sur la santé bucco-dentaire, la teneur en sucre de l'alimentation et la qualité de l'hygiène bucco-dentaire jouent un rôle prépondérant. (Petersen P.E. 2003, Bourgeois D. et coll. 2005). En plus des douleurs, des problèmes fonctionnels ou de la diminution de la qualité de vie qu'elles peuvent générer, les affections bucco-dentaires peuvent retentir sur l'état général, notamment chez les patients immunodéprimés ou atteints de pathologies cardio-vasculaires, de diabète, de cancer et de pneumopathie obstructive chronique, en entraînant des complications infectieuses locales ou à distance (King A. 2012, Inpes 2012). L'interrelation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale est particulièrement prononcée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement se trouvant en situation de précarité. En effet, l'altération de leur capacité masticatoire en raison de la mobilité ou de la perte de dents et l'absence de recours aux soins se répercutent sur leur apport nutritionnel. Il est recommandé de consulter un dentiste une fois par an.

Toutes les études s'accordent pour reconnaître l'influence des facteurs sociaux sur l'état de santé bucco-dentaire. Ainsi, le recours aux soins, mesuré par la consommation de soins dentaires, est très inégal au sein des populations. Il est fortement lié aux niveaux de revenu et de couverture par l'assurance maladie complémentaire, le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire (Libert et coll. 2001, TNS 2010) .

- **Indicateur**

Proportion d'adultes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours d'une année

En 2012, en moyenne, France entière et tous âges confondus, plus de 41 % des adultes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste (tableau 1). Parmi eux, environ 6 % étaient à la CMUC : cette part représente près de 50 % des adultes couverts par la CMUC., Le taux de recours au chirurgien-dentiste ne présage pas du besoin de soins : un recours au moins une fois sur une période annuelle peut être l'expression d'un meilleur suivi mais aussi d'un état de santé bucco-dentaire nécessitant des soins.

Il existe des variations régionales dans le taux de recours avec des écarts de plus de 20 %, le taux moyen dans les DOM se situant à 31,7 % et en PACA à 53,8 % (graphique 1). Ce sont les adultes de la classe d'âge des 45-64 ans qui ont le plus fréquemment recours au chirurgien-dentiste, avec un taux de 44 %, tandis que le taux le plus faible, à 31%, se situe dans la classe d'âge des 85 ans et plus, ce que corroborent les études réalisées sur cette catégorie de population, peu consommatrice de soins dentaires.

141 Voir également la fiche « santé bucco-dentaire des enfants ».

142 Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien des dents

- **Organisme responsable de la production de la fiche : CNAMTS**

SYNTHESE

L'état de santé bucco-dentaire des personnes constitue un véritable enjeu de santé publique en raison de la prévalence des pathologies bucco-dentaires, essentiellement carie dentaire et maladies parodontales, et de leur impact sur l'état de santé générale. En dépit d'une amélioration de la santé bucco-dentaire depuis quelques décennies, le taux de recours aux chirurgiens-dentistes, actuellement de l'ordre de 40 % dans la population adulte, reste insuffisant.

Tableau 1 : Proportion d'adultes par tranches d'âge et par région ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2012

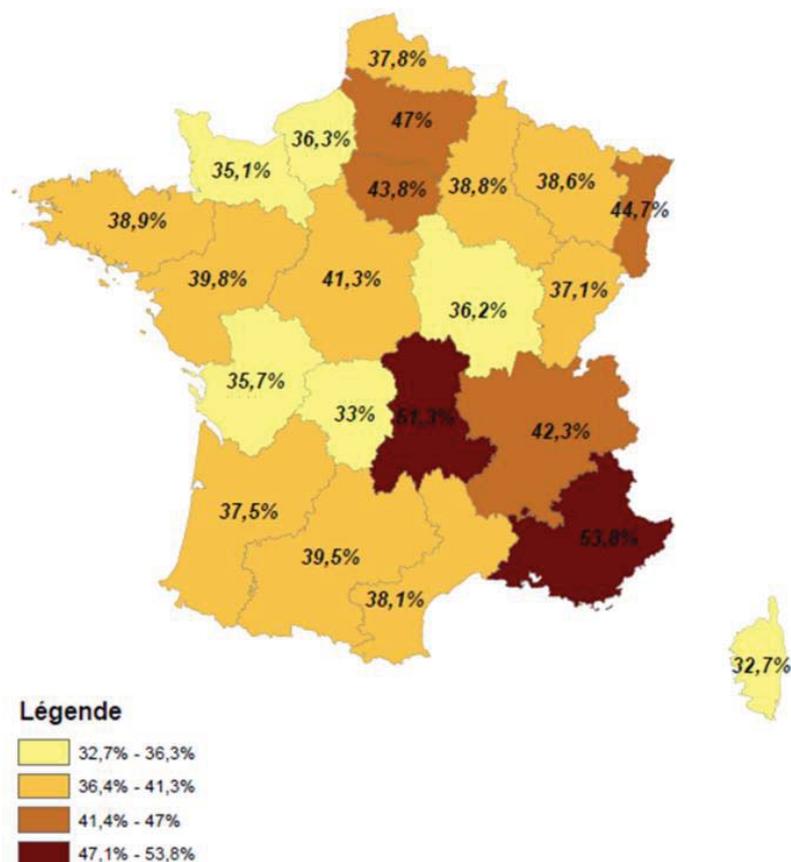
	20-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et plus	Total
Alsace	44,1	47,3	43,1	30,7	44,7
Aquitaine	36,4	39,5	38,1	27,7	37,5
Auvergne	50,1	55,5	47,5	46,8	51,3
Basse-Normandie	36,5	37,6	31,6	18,8	35,1
Bourgogne	36,5	38,6	34,8	22,6	36,2
Bretagne	39,8	41,5	36,0	23,6	38,9
Centre	39,3	45,7	40,7	26,2	41,3
Champagne-Ardenne	38,3	40,8	37,9	30,0	38,8
Corse	32,4	36,1	29,8	22,6	32,7
Franche-Comté	36,8	40,1	35,2	22,3	37,1
Haute-Normandie	36,5	38,8	34,0	21,1	36,3
Ile-de-France	40,1	47,2	49,0	40,1	43,8
Languedoc-Roussillon	38,4	39,9	37,1	26,1	38,1
Limousin	32,8	35,1	32,4	21,9	33,0
Lorraine	40,1	41,0	33,7	23,1	38,6
Midi-Pyrénées	39,2	42,2	38,1	26,3	39,5
Nord-Pas-de-Calais	40,0	40,1	30,8	19,3	37,8
Pays-de-la-Loire	38,9	42,5	39,5	27,0	39,8
Picardie	44,3	51,6	44,2	47,8	47,0
Poitou-Charentes	34,9	37,8	36,1	24,5	35,7
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	50,9	60,5	48,9	52,0	53,8
Rhône-Alpes	39,5	46,1	42,8	36,8	42,3
<i>Départements d'Outre-mer</i>	32,5	34,1	25,1	19,7	31,7
France entière	40,0	44,4	40,1	31,5	41,3

Source : CNAMTS; données SNIIRAM 2012 en date de remboursement

Données 2012 en date de remboursement

Champ : France entière; tous régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée Nationale, Sénat, Bordeaux

Carte 1 : Répartition régionale de la proportion d'adultes ayant eu recours au moins une fois à un chirurgien dentiste au cours de l'année 2012



Source : CNAMTS; données SNIIRAM

Données 2012 en date de remboursement

Champ : France entière; tous régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée Nationale, Sénat, Bordeaux

CHAMP : Données issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie, ensemble des régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée Nationale, Sénat, Bordeaux, France entière

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Remboursements de soins ambulatoires (DCIR), de l'année considérée. Tous types de soins dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste omnipraticien ou par un chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale (ODF) en cabinet, en établissement privé et en centre de santé sont pris en compte. L'indicateur principal rapporte le nombre d'adultes (20 ans et plus) ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2012 sur le nombre d'adultes de la population française (données INSEE).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS :

RÉFÉRENCES :

- Azogui-Levy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Questions d'économie de la santé, IRDES, 2005; n° 94.

- Libert B., Dang Tran P., Derouet C.- Etat dentaire et renoncement aux soins - influence des facteurs socio-économiques et professionnels – INRS Documents pour le médecin du travail N°88 : 389-394 (2001)

- Vincelet C., Azogui-Lévy S. Grémy I. Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte ; Observatoire régional de santé d'Ile-de-France – octobre 2008

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : CNAMTS

LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Santé bucco-dentaire des femmes enceintes

- **Contexte**

Les femmes enceintes représentent une catégorie de la population particulièrement sensible aux pathologies bucco-dentaires. En effet lors de la grossesse, les femmes sont sujettes à des modifications physiologiques pouvant avoir des répercussions buccodentaires en raison des variations hormonales (augmentation des taux d'œstrogène et de progestérone) et immunitaires induites par leur état. Ces spécificités entraînent une susceptibilité accrue des muqueuses buccales aux agressions bactériennes favorisant ainsi l'apparition de gingivites et le développement de parodontopathies. Par ailleurs, la modification de la composition salivaire contribue à une aggravation du risque carieux et à une progression plus rapide des lésions carieuses préexistantes. Les infections buccodentaires chez la femme enceinte peuvent entraîner des complications obstétricales et compromettre l'issue de la grossesse. Plusieurs études ont montré que l'infection parodontale pourrait être un facteur de risque d'accouchement prématuré ou de naissance de bébés de poids inférieurs à 2500 g (Offenbacher et coll. 2006, Xiong et coll. 2006, Dridi et coll. 2008), majoré pour les niveaux socio-économiques les plus bas. L'amélioration de la santé bucco-dentaire des femmes enceintes et la sensibilisation précoce des futurs parents à la préservation de celle des enfants sont de véritables enjeux de santé publique.

- **Indicateur**

Proportion annuelle de patientes enceintes ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours des 2ème ou 3ème trimestres de leur grossesse

En 2012, en moyenne, France entière, 18,2 % des femmes enceintes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste (tableau 1). Parmi elles 11 % étaient à la CMUC.

Il existe des variations régionales dans le taux de recours avec des écarts de plus de 10 %, le taux moyen dans les DOM se situant à 12,4 % et en Alsace à 22,7 % (graphique 1). Plus globalement, les taux de recours les plus faibles se situent dans le nord de la France.

La politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention ayant apporté la preuve de son efficacité, les partenaires conventionnels ont convenu d'étendre les actions incitatives mises en œuvre au travers du dispositif de prévention bucco-dentaire prévu pour les enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, en direction des femmes enceintes dès le quatrième mois de grossesse. Depuis janvier 2014, celles-ci peuvent bénéficier d'un examen de prévention complété, si nécessaire, par des radiographies intra buccales, à partir du 4ème mois de grossesse et ce, jusqu'à douze jours après l'accouchement.

- **Organisme responsable de la production de la fiche : CNAMTS**

SYNTHESE

En 2012, 18,2 % des femmes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien dentiste au cours de leur grossesse. Les taux par région montrent des disparités avec les taux de recours les plus faibles dans le nord de la France.

Tableau 1 : Taux de recours des femmes ayant accouché en 2012 et ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours des 2ème et 3ème trimestres de la grossesse

	Nb de femmes consultant	Nb de femmes ayant accouché en 2012	Taux de recours (en %)
Alsace	4 684	20 660	22,7
Aquitaine	6 122	33 259	18,4
Auvergne	2 966	13 267	22,4
Basse Normandie	2 544	15 664	16,2
Bourgogne	2 963	16 916	17,5
Bretagne	7 541	35 593	21,2
Centre	5 437	28 985	18,8
Champagne	2 706	14 997	18,0
Ardennes			
Corse	448	2 882	15,5
Franche Comté	2 325	12 882	18,0
Haute Normandie	3 417	23 017	14,8
Ile-de-France	28 339	171 276	16,5
Languedoc Roussillon	5 334	29 224	18,3
Limousin	1 190	6 750	17,6
Lorraine	5 306	25 072	21,2
Midi Pyrénées	6 358	31 527	20,2
Nord Pas de Calais	9 253	53 066	17,4
PACA	12 449	57 071	21,8
Pays de Loire	8 141	43 393	18,8
Picardie	3 884	23 799	16,3
Poitou Charentes	3 050	17 802	17,1
Rhône Alpes	14 933	78 559	19,0
DOM	3 580	28 824	12,4
TOTAL	142 970	784 485	18,2

Source : CNAMTS; données SNIIRAM 2012 en date de remboursement

CHAMP : Données issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie, ensemble des régimes à l'exception des Mines, SNCF, RATP, ENIM, CCIP, Assemblée Nationale, Sénat, Bordeaux, France entière

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Remboursements de soins ambulatoires (DCIR), de l'année considérée. Tous types de soins dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste omnipraticien ou par un chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale (ODF) en cabinet, en établissement privé et en centre de santé sont pris en compte. L'indicateur principal rapporte le nombre de patientes ayant accouché en 2012 et ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste au cours des 2^{ème} ou 3^{ème} trimestres de leur grossesse sur le nombre de femmes ayant accouché dans l'année.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS : Les taux régionaux sont des taux bruts non standardisés

RÉFÉRENCES :

- CDA Foundation. Oral health during pregnancy and early childhood: Evidence-Based guidelines for health professionals [Internet]. 2010 ; Available from : http://www.cdafoundation.org/library/docs/poh_guidelines.pdf
- Offenbacher S, Katk V, Fertik G: Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol 67 (Suppl): 1103–1113 (1996)
- Xiong X., Buekens P., Fraser W.D., Beck J., Offenbacher S.- Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes : a systemic review. Brit J Obstet Gynaecol 2006;113:135-143.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : CNAMTS

RÉPERTOIRE DES SIGLES UTILISÉS

Répertoire des sigles utilisés

A, a

AASQA, Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air
ACS, Aide à l'acquisition d'une complémentaire
ABM, Agence de la biomédecine
AcVC, Accident de la vie courante
ADEME, Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ADPHE, Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant
AES, Accident d'exposition au sang
AFTN, Anomalie de fermeture du tube neural
AIT, Accident ischémique transitoire
ALD, Affection de longue durée
AME, Aide médicale d'état
AMP, Assistance médicale à la procréation
ANI, Accord national interprofessionnel
ANRS, Agence nationale de recherche sur le SIDA
ANSES, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament
ARS, Agence régionale de santé
ASA, American Society of Anesthesiologists
ASN, Autorité de sûreté nucléaire
AT, Accident du travail
ATIH, Agence technique de l'information hospitalière
AVC, Accident vasculaire cérébral

B, b

BCG, Bacille de Calmette et Guérin
BHD, Buprénorphine haut dosage
BIT, Bureau international du travail
BLC, Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux
BMR, Bactérie multirésistante
BPCO, Bronchopneumopathie chronique obstructive

C, c

C3G, Céphalosporines de troisième génération
CAARUD, Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CCAM, Classification commune des actes médicaux
CCLIN, Centres inter-régionaux de lutte contre les infections nosocomiales
CCR, Cancer colorectal
CCU, Cancer du col de l'utérus
CDC, Centers for disease control and prevention
CepiDc, Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CFES, Comité français d'éducation pour la santé
CHU, Centre hospitalier universitaire
CIDI-SF, Composite international diagnosis interview short form
CIM, Classification internationale des maladies
CIRC, Centre international de recherche sur le cancer
CITEPA, Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique
CMI, Concentration minimum inhibitrice
CMUc, Couverture médicale universelle complémentaire
CNAM-TS, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNR, Centre national de référence
CSAPA, Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire
CVC, Cathéter veineux central

D, d

DA, Diagnostic associé
DADS, Déclaration annuelle de données sociales
DARES, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DAS, Diagnostic associé significatif
DCIR, Données de consommation interrégimes
DDJ, Dose définie journalière
DGAFP, Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGDDI, Direction générale des douanes et droits indirects
DGOS, Direction générale de l'offre de soins
DGS, Direction générale de la santé
DGT, Direction générale du travail
DOM, Département d'outre-mer
DP, Diagnostic principal
DR, Diagnostic relié
DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DTP, Diphtérie tétanos poliomyélite

E, e

EARS-Net, Antimicrobial resistance interactive database
EBLSE, Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu
ECDC, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EDC, Épisode dépressif caractérisé
EFTA, European Free Trade Association
EGB, Échantillon généraliste des bénéficiaires
EHLEIS, European Health and Life Expectancy Information System
EIG, Événement indésirable grave
ELP, Estimations localisées de population
EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENEIS, Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins
ENNS, Étude nationale nutrition santé
ENP, Enquête nationale périnatale
ENP, Enquête nationale de prévalence
ENTRED, Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
EP, Établissement de santé ayant une activité en psychiatrie
EP, Embolie pulmonaire
EPAC, Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
EPC, Entérobactéries productrices de carbapénémases
ERCV, Enquête sur les ressources et conditions de vie
ERG, Entérocoques résistants aux glycopeptides
EROPP, Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ES, Établissement de santé
ESAC-Net European Surveillance of Antimicrobial Consumption
ESCAPAD, Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD, European School Survey on Alcohol and Other Drugs
ESPS, Enquête santé et protection sociale
ET, Écart-type
ETP, Équivalent temps plein
EUROCAT, European surveillance of congenital anomalies
EUROSTAT, European statistics
EU-SILC, European Union-Statistics on Income and Living Conditions
EV, Espérance de vie
EVI, Espérance de vie avec incapacité
EVSI, Indicateur d'espérance de vie sans incapacité

F, f

FCU, Frottis cervico-utérin
FECOND, "Fécondité-contraception-dysfonctions sexuelles"
FESF, Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
FIV, Fécondation in vitro
FQ, Fluoroquinolones

G, g

GERS, Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques

H, h

HAD, Hospitalisation à domicile
HAI-Net, Network for Healthcare-associated Infections
HAP, Hydrocarbure aromatique polycyclique
HAS, Haute autorité de santé
HBSC, Health Behaviour in School-aged Children
HCL, Hospices civils de Lyon
HCSP, Haut conseil de la santé publique
HFA-DB, European Health for all databases
Hib, Haemophilus influenza b
HPV, Human papilloma virus
HSH, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

I, i

IARC, International agency for research on cancer
ICF, Indicateur conjoncturel de fécondité
IDM, Infarctus du myocarde
IFSTTAR, l'Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux
IGS, Indice de gravité simplifié
IMC, Indice de masse corporelle
IMG, Interruption médicale de grossesse
IN, Infection nosocomiale
INCA, Institut national du cancer
INCA, Etude individuelle nationale des comportements alimentaires
INED, Institut national des études démographiques
INERIS, Institut national de l'environnement industriel et des risques
INPES, Institut national de prévention et d'éducation en santé
INRETS, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS, Institut de veille sanitaire
IPP, Incapacité partielle permanente
IRCT, Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISO, Infection du site opératoire
IST, Infections sexuellement transmissibles
IVG, Interruption volontaire de grossesse

L, l

LCSQA, Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air
LH, Lit d'hospitalisation
LSD, Diéthylamide de l'acide lysergique

M, m

MCO, Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MDO, Maladie à déclaration obligatoire
MDR, Tuberculose multirésistante
MEDDE, Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie
MFIU, Mort fœtale in utero
MFPP, Mort fœtale per partum
MSA, Mutualité sociale agricole
MSO, Médicament de substitution aux opiacés
MVTE, Maladie veineuse thrombo-embolique

N, n

NNIS, National Nosocomial Infections Surveillance

O, o

Obépi, Enquête nationale sur l'obésité et le surpoids
OCDE, Organisation de coopération et de développement économique
OMS, Organisation mondiale de la santé
OFDT, Observatoire français des toxicomanies
ONISR, Observatoire national interministériel sur la sécurité routière
OR, Odds ratio
ORL, Oto-rhino-laryngologie

P, p

PACA, Provence Alpes Côte d'Azur
PCR, Réaction en chaîne par polymérase
PCS, Profession et catégorie sociale
PCV, Vaccin pneumocoque
EURO-PERISTAT, European perinatal statistics
PMI, Protection maternelle et infantile
PMSI, Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRCV, Panel sur les ressources et conditions de vie
PROPIN, Programme de lutte contre les infections associées aux soins
PTH, Prothèse de hanche

R, r

RAISIN, Réseau d'alerte et d'investigation des infections nosocomiales
RATB, Résistance bactérienne aux antibiotiques
REIN, Réseau épidémiologie et information en néphrologie
RENACHLA, Réseau national des chlamydioses
RENAGO, Réseau national des gonocoques
RIM-P, Recueil d'information médicale en psychiatrie
RNIPP, Répertoire national d'identification des personnes physiques
ROR, Rougeole oreillons rubéole
RR, Risque relatif
RSA, Revenu de solidarité active
RSI, Régime des salariés indépendants

S, s

SAE, Statistique annuelle des établissements
SARM, Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SCA, Syndrome coronaire aigu
SECTEN, Secteurs économiques et énergie
SIDA, Syndrome d'immunodéficience acquise

SISE-eaux, Système d'information en santé environnement sur les eaux
SLD, Soins de longue durée
SMPG, Enquête santé mentale en population générale
SNIIRAM, Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNSPE, Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant
SRCV, Statistique sur les ressources et conditions de vie
SSR, Soins de suite et de réadaptation
SUMER, Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

T, t

TI, Taux d'incidence
TMS, Troubles musculo-squelettiques
TS, Tentative de suicide
TSO, Traitement de substitution aux opiacés
TV, Thrombose veineuse

U, u

UD, Usager de drogues
UDI, Unité de distribution d'eau potable
UE, Union européenne
UFSBD, Union française pour la santé bucco-dentaire
UVB, Ultraviolets B

V, v

VHB, Virus de l'hépatite B
VHC, Virus de l'hépatite C
VIH, Virus de l'immunodéficience humaine

Z, z

ZEAT, Zone d'étude et d'aménagement du territoire
ZEP, Zone d'éducation prioritaire