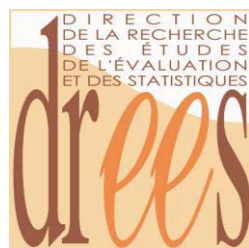


L'état* de *santé
de la population en France

Édition 2015

L'état de santé de la population en France

Édition 2015



L'ETAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE EDITION 2015

Coordination : Thierry Prost et Sylvie Rey
Direction de la publication : Franck von Lennep
Relecture : Nathalie Fourcade

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE (Cécile Couchoud, Fabienne Pessione). **ANSM** (Philippe Cavalié). **AfDPHE** (Michel Roussey). **CNAMTS** (Anne Fagot Campagna, Isabelle Limoge-Lendais, Philippe Tuppin). **CNR-MyRMA** (Vincent Jarlier). **DARES** - Département Conditions de travail et santé (Élisabeth Algava, Thomas Coutrot, Marine Cavet, Ceren Inan). **DGS** - Sous-direction de la Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, Bureau « Qualité des eaux » (Béatrice Jedor) ; Bureau « Environnement extérieur et produits chimiques » (Marie Fiori) ; Bureau « Environnement intérieur, milieux de travail et accidents de la vie courante » (Bérengère Ledunois). **IFSTTAR** (Bernard Laumon). **INCa** (Lionel Lafay). **INED** (Emmanuelle Cambois, Nathalie Bajos). **INPES** (François Beck, Romain Guignard, Christophe Léon). **INSEE** (Vanessa Bellamy). **INSERM - CépiDc** (Mireille Eb, Grégoire Rey). **INSERM - unité 988** (Marie Jauffret-Roustide) ; **unité 1018** (Alexis Elbaz) ; **unité 1153** (Béatrice Blondel, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Catherine Deneux-Tharoux, Babak Khoshnood). **InVS - Département des maladies chroniques et des traumatismes** (Frank Assogba, Christine Chan Chee, Marie-Christine Delmas, Nicolas Duport, Sandrine Fosse-Edorh, Claire Fuhrman, Claire Gourier-Fréry, Isabelle Grémy, Florence de Maria, Valérie Olié, Agnès Rogel, Bertrand Thélot, Anne Thuret) ; **Département des maladies infectieuses** (Delphine Antoine, Sandrine Barquins-Guichard, Cécile Brouard, Christine Campèse, Kathleen Chami, Jean-Paul Guthmann, Guy La Ruche, Florence Lot, Sylvie Maugat, Sophie Vaux) ; **Département santé environnement** (Camille Lecoffre) ; **IRDES** (Catherine Sermet). **OFDT** (Anne-Claire Brisacier, Christophe Palle, Stanislas Spilka). **ONISR** (Christian Machu). **USEN (InVS - Université Paris 13)** (Katia Castetbon, Eugênia Gomes do Espirito Santo, Véronique Goulet).

Pour la DREES : Samuel d'Almeida, Laure Boisserie-Lacroix, Lucie Calvet, Nathalie Guignon, Noémie Jess, Vincent Le Palud, Marie-Claude Mouquet, Philippe Oberlin, Céline Pilorge, Thierry Prost, Sylvie Rey, Ghislaine Vertueux, Annick Vilain

Depuis 2006, cinq éditions successives du rapport sur « L'état de santé de la population en France » ont permis de présenter un ensemble d'informations sur la santé des Français par l'intermédiaire du suivi des objectifs de la première loi de santé publique élaborée en 2004.

La volonté de mieux refléter certaines problématiques de santé, conjuguée à l'évolution et l'amélioration constante des systèmes d'information en santé, surtout en ce qui concerne les bases de données médico-administratives, ont conduit à améliorer le contenu du rapport et redéfinir les données présentées. Le nouveau rapport annuel, dont ce document constitue la première version, est l'aboutissement de ce travail de refonte¹, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques (DREES) et la Direction Générale de la Santé (DGS), en collaboration avec l'ensemble des producteurs de données et des experts des domaines concernés.

Ce rapport annuel, coordonné par la DREES a associé et bénéficié de l'expertise de l'ensemble des producteurs dans le champ de la santé publique (ABM, ADEME, AFDPHE, ANSES, ANSM, CITEPA, CNAMTS, CNR-MyRMA, DARES, DGS, IFSTTAR, INED, INERIS, INPES, INSEE, INSERM-CépiDc, Inserm (U1153, U988, U1018), IRDES, InVS, LCSQA, MEDDE, OFDT, ONISR, USEN (InVS – Université Paris 13)). L'accent est particulièrement mis sur les comparaisons infra-nationales et la mesure des inégalités de santé, lorsque les données sont disponibles. Les chiffres les plus récents sont présentés mais la fraîcheur des données peut varier selon les sources.

Cette synthèse du rapport fournit une vue d'ensemble de l'état de santé de la population en France en mettant l'accent sur les disparités observées en conjuguant les approches populationnelles ou, plus classiquement, par déterminant et pathologie.

1 <http://www.drees.sante.gouv.fr/indicateurs-de-suivi-de-l-etat-de-sante-de-la-population,11299.html>

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	8
INDICATEURS DE SANTÉ TRANSVERSAUX	36
CADRAGE DÉMOGRAPHIQUE	37
DONNÉES SYNTHÉTIQUES DE MORTALITÉ.....	46
INDICATEURS SYNTHÉTIQUES RELATIFS À LA MORBIDITÉ DÉCLARÉE.....	57
PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES ET ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE LA POPULATION.....	70
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET MESURE DES INÉGALITÉS DE SANTÉ.....	83
INDICATEURS THÉMATIQUES	99
LES DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ	100
LES DÉTERMINANTS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT	101
Exposition de la population aux polluants atmosphériques	101
Qualité de l'eau de distribution publique	106
Exposition au radon	111
LES DÉTERMINANTS LIÉS AUX COMPORTEMENTS INDIVIDUELS	115
Consommation d'alcool	115
Consommation de tabac	123
Consommation de drogues illicites	130
Surpoids et obésité de l'adulte	139
Nutrition – Sédentarité et activité physique	145
Nutrition – Consommation de fruits et légumes.....	152
Nutrition – Statut en vitamine D	158
LES DÉTERMINANTS LIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL	161
Les accidents du travail	161
Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel	166
Exposition au bruit en milieu de travail.....	172
Contraintes articulaires au travail	177
LES DÉTERMINANTS LIÉS AUX SOINS	181
Événements iatrogènes en cours d'hospitalisation.....	181
Résistance aux antibiotiques.....	193
LA SANTÉ POPULATIONNELLE	215
SANTÉ DE LA REPRODUCTION ET PERINATALITÉ	216
Contraception-contraception d'urgence - IVG	216
Âge à l'accouchement et grossesses multiples	221
Tabac et grossesse	228
Déficit en folates	232
Diagnostic anténatal	237
Morbi-mortalité maternelle	241
Mortalité périnatale et mortalité infantile.....	246
Prématurité et petit poids de naissance	251
Accouchement	256
Allaitement maternel	261
SANTÉ DE L'ENFANT	266
Surpoids et obésité chez l'enfant	266
Couvertures vaccinales (hors grippe)	271
Accidents de la vie courante (AcVC) chez les enfants	276
Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent	283
Exposition au plomb des enfants	287
Drépanocytose	290
SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES	294
Qualité de vie chez les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	294
Ostéoporose.....	298
QUESTIONS DE SANTÉ CHEZ L'ADULTE ET PATHOLOGIES	303
CANCER	304
Incidence, mortalité et survie par type de cancers	304
Cancer du sein	316
Dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR).....	322
Cancer du col de l'utérus.....	330
Cancers cutanés	335

<i>CARDIOVASCULAIRE</i>	344
Cardiopathies ischémiques	344
Accidents vasculaires cérébraux	350
Insuffisance cardiaque	357
Maladie veineuse thromboembolique	363
<i>DIABÈTE</i>	369
Surveillance des personnes diabétiques	369
Complications du diabète	378
<i>NEPHROLOGIE</i>	386
Insuffisance rénale chronique terminale	386
<i>SANTE MENTALE</i>	395
Suicide et tentatives de suicide	395
Épisode dépressif caractérisé déclaré	400
Les troubles de l'humeur pris en charge	404
Troubles psychotiques	414
<i>RESPIRATOIRE</i>	420
Bronchopneumopathie Chronique Obstructive	420
Asthme	425
<i>RHUMATOLOGIE</i>	429
Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité	429
<i>NEUROLOGIE</i>	435
Maladie de Parkinson	435
<i>ATTEINTES SENSORIELLES</i>	438
Atteintes de la vision chez l'adulte	438
Atteintes de l'audition chez l'adulte	443
<i>VIH – HEPATITES - IST</i>	446
Infections VIH-sida	446
Hépatites B et C	451
Infections sexuellement transmissibles	454
Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues fréquentant les structures de prise en charge et de réduction des risques	459
<i>AUTRES MALADIES INFECTIEUSES</i>	468
Tuberculose	468
Légionellose	472
Couverture vaccinale grippe	475
<i>INSECURITE ROUTIERE ET ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE</i>	477
Insécurité routière	477
Accidents de la vie courante (AcVC)	481
<i>LA SANTE BUCCO-DENTAIRE</i>	490
Santé bucco-dentaire des adultes	490
Santé bucco-dentaire des femmes enceintes	493
RÉPERTOIRE DES SIGLES UTILISÉS	497

SYNTHÈSE

UN ÉTAT DE SANTE GLOBALEMENT BON MAIS DE NOMBREUSES DISPARITÉS

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon au regard de grands indicateurs comme la mortalité standardisée² ou l'espérance de vie, à la naissance ou à 65 ans, et pour certains indicateurs thématiques comme la mortalité cardio-vasculaire, deuxième cause de décès en France. L'espérance de vie continue d'augmenter, contribuant au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et d'incapacité fonctionnelle. Mais des disparités notables perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales.

Des disparités selon le genre : un écart qui se comble

Si les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes (85,4 ans en 2014 contre 79,2 ans pour les hommes), l'écart entre les sexes ne cesse de se réduire. Il était de 8,2 ans en 1994, puis de 7,1 ans en 2003 ; il est désormais de 6,2 ans en 2014. L'espérance de vie à 65 ans est de 23,4 ans pour les femmes en 2013, soit 2,2 ans de plus qu'en 2000, et de 19,1 ans pour les hommes, soit 2,4 ans de plus qu'en 2000. L'espérance de vie des femmes à la naissance et à 65 ans, et celle des hommes à 65 ans, font partie des plus élevées en Europe. En revanche, l'espérance de vie des hommes avant 65 ans se situe dans la moyenne européenne. Ce décalage observé chez les hommes s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

La hiérarchie des causes de mortalité est inversée chez les hommes et chez les femmes. Ainsi, les maladies de l'appareil circulatoire restent la première cause de mortalité chez les femmes, devant les tumeurs. C'est l'inverse chez les hommes. À âge égal, on observe toutefois une surmortalité masculine : le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire standardisé sur l'âge est 1,6 fois plus élevé chez les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, cette surmortalité est encore plus marquée : le taux standardisé de mortalité par tumeurs malignes est 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles spécifiquement féminines (sein, ovaire, utérus), les taux standardisés de décès sont plus élevés chez les hommes. On retrouve ici le poids de la mortalité prématurée, dont celle attribuable à l'alcool et au tabac, mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes. Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est, en effet, 2,2 fois supérieur à celui des femmes. Ce rapport est de 3,5 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement et de 3,1 pour les morts violentes (suicides, accidents...) et les maladies de l'appareil circulatoire. Mais l'évolution des comportements des femmes vis-à-vis du tabac et de l'alcool est dès à présent lisible dans l'évolution des taux standardisés de mortalité pour les tumeurs des voies aériennes supérieures, du poumon et du foie.

Paradoxalement, les mesures de santé perçue et de recours aux soins font apparaître que les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé que les femmes, déclarent moins de maladies et moins de limitations fonctionnelles. Selon l'enquête Statistique sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) 2012 de l'INSEE, les hommes ont une plus grande propension que les femmes à estimer que leur santé est très bonne. La perception d'une bonne (a fortiori d'une « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus. La santé perçue des hommes reste constamment meilleure que celle des femmes pour toutes les tranches d'âge en dessous de 75 ans et devient proche ensuite. Cependant, si la fréquentation hospitalière est majoritairement féminine (270 séjours pour 1000 femmes, contre 241 séjours pour 1000 hommes en 2012), en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour

² Le taux de mortalité standardisé est le taux de mortalité d'une population présentant une distribution standard par âge. Il permet la comparaison entre périodes et entre pays, ces taux visant à chiffrer les décès indépendamment des différences entre les pyramides des âges des populations.

accouchement normal, le taux d'hospitalisation féminin ainsi standardisé est équivalent à celui des hommes (240 pour mille).

Entre 2005 et 2010, le taux de fréquence des accidents du travail (AT) a baissé plus vite parmi les catégories de salariés les plus exposés que sont les ouvriers, les hommes et les jeunes. Mais le risque d'accident du travail n'a pas diminué pour les femmes.

La consommation d'alcool reste fortement déséquilibrée : parmi les 18-75 ans, la proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. A 17 ans la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur dix, beaucoup plus souvent les garçons que les filles. Cette surconsommation masculine est également présente pour les drogues illicites, sauf pour les poppers, les produits à inhaler et l'héroïne, pour lesquels la différence par sexe n'est pas significative.

Les différences observées pour les troubles psychiques restent plus délicates à interpréter. Les femmes sont plus souvent prises en charge que les hommes pour des troubles dépressifs ou bipolaires quel que soit l'âge, alors que les prises en charge pour troubles psychotiques sont 1,5 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Les informations disponibles concernent essentiellement les prises en charge et il est difficile de conclure quant aux différences de prévalence. La mesure de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) par le CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Short Form) dans les baromètres santé met en évidence de manière répétée et assez stable une proportion plus élevée de femmes que d'hommes présentant un EDC. Mais la prévalence observée refléterait en partie une plus forte propension à les déclarer³. Dans ce sens, l'Enquête Décennale Santé montrait que l'écart entre les hommes et les femmes est sensible à la manière dont l'épisode dépressif est repéré. L'écart entre hommes et femmes est réduit par l'utilisation d'un questionnaire moins sensible au biais de sous-déclaration⁴.

Des disparités sociales importantes et qui persistent

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liées à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs, que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée ou le recours aux soins, font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études : on observe une diminution graduelle du risque tout au long de la hiérarchie sociale, sans aucun effet de seuil. Ce phénomène est connu sous le terme de « gradient social de santé ».

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie et notamment de travail ; les modes de vie et comportements à risque ; l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), ces facteurs ayant un rôle cumulatif au cours de la vie ; le rôle du système de santé et de soins. Certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales interviennent également. La causalité inverse existe également, selon laquelle l'état de santé explique en partie les différences de revenus. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées. Ce sont souvent les mêmes populations, les moins favorisées (faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, que ce soit dans l'environnement professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou dans l'environnement familial (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont elles aussi qui ont le plus souvent les comportements défavorables à la santé (notamment en matière de nutrition, d'activité physique, de prévention, etc.).

3 Fuhrer R., Rouillon F., 1989, « La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation », *Psychiatrie & psychobiologie*, Le Plessis-Robinson.

4 Leroux I., Morin T., 2006 Encadré « Sous-déclaration des hommes et/ou surexposition des femmes aux troubles dépressifs », « Facteurs de risques de l'épisode dépressif en population générale », DREES, *Études et Résultats*, n° 545

Les inégalités sociales de mortalité sont importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles. Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie socioprofessionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées. De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Les agriculteurs bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne mais avec aussi davantage d'années avec des limitations fonctionnelles.

La santé déclarée, dans ses différentes composantes, varie selon le même gradient social illustré par le niveau d'étude ou la catégorie socio-professionnelle, quelles que soient les sources de données.

Les inégalités s'inscrivent avant même la naissance, au cours de la grossesse, entraînant un taux de prématurité et de petit poids de naissance plus important chez les femmes membres des foyers dont les revenus sont les plus faibles. Elles continuent à être observées à tous les âges de la vie. Ainsi, chez l'enfant, différents indicateurs témoignent de ces inégalités : les enfants d'ouvriers, de même que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale ont un état de santé buccodentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres enfants. Si des évolutions favorables peuvent être observées dans toutes les catégories sociales pour l'état de santé bucco-dentaire, les inégalités persistent. Concernant l'obésité, la proportion d'enfants et d'adolescents obèses est ainsi respectivement de 4,5 % (pour les ouvriers) contre 1,2 % (pour les cadres) en grande section de maternelle, de 5,8 % contre 0,8 % en CM2 et de 5,5 % contre 1,6 % en classe de 3^{ème}.

Ces inégalités perdurent chez les adultes. Ainsi, les adultes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre des obèses, ont été en forte croissance pendant les années 1990. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes. Les agriculteurs et artisans présentent les prévalences de surpoids les plus élevées (70 % chez les hommes et 44 % chez les femmes d'après l'étude ENNS), ainsi que, en lien avec l'âge, les retraités (respectivement 76 % et 57 %). À l'inverse, les cadres et professions intermédiaires présentent les plus faibles prévalences de surpoids (51 % chez les hommes et 27 % chez les femmes). Des variations similaires sont observées pour l'obésité. L'obésité et le surpoids diminuent également lorsque le niveau scolaire s'élève, mais de façon moins linéaire chez les hommes, pour qui le surpoids reste stable à partir du niveau collège, que chez les femmes. D'après les données mesurées par une autre enquête, INCA 2 (2006-2007), la moitié des hommes et un tiers des femmes étaient en surcharge pondérale. La réalisation des études Esteban et INCA 3 en 2014-2015 permettra d'actualiser ces informations.

Des indicateurs de santé plus spécifiques mettent en évidence des inégalités de recours entraînant des inégalités de santé. Les difficultés pour la vision de près sont par exemple en partie 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 1^{er} quartile de niveau de vie, 21 % déclarent des troubles de la vision non ou mal corrigés, contre 8 % parmi ceux du 4^{ème} quartile de niveau de vie, au même âge.

La participation aux dépistages des cancers chez les personnes peut également dépendre de variables socio-économiques ; pour le cancer du sein, les femmes à niveau de diplôme plus bas ou disposant des revenus les moins élevés ont des taux de participation plus faibles. Certaines complications du diabète sont aussi plus fréquentes chez les personnes socio-économiquement défavorisées.

Il est probable que d'autres indicateurs de santé pourraient également témoigner de ces inégalités mais les informations sociales sont souvent absentes des systèmes d'information en santé même si cette situation, soulignée dans différents rapports du Haut Conseil de santé publique (HCSP), connaît une certaine évolution.

Des disparités territoriales

Disparités territoriales et sociales sont étroitement liées : les inégalités sociales constituent un déterminant important des inégalités territoriales de santé du fait de la variabilité des catégories sociales au sein d'un territoire⁵. Ces situations sont le plus souvent accentuées par l'évolution du contexte économique et spatial. Mais les environnements physiques peuvent agir sur certains déterminants de santé comme les expositions environnementales. Environnements géographique et social interviennent également dans la répartition de l'offre de soins, entraînant des disparités d'accès aux soins. La structure démographique de la population et le vieillissement plus ou moins accentué des territoires en France, s'ils ne sont pas pris en compte par une standardisation ou une analyse par groupes d'âge identiques, pourront également contribuer à ces différences. Les facteurs intervenant dans les disparités territoriales sont souvent intriqués.

L'analyse territoriale des indicateurs de santé s'est développée à des échelles de plus en plus fines depuis plusieurs années⁶ pour disposer d'informations détaillées et permettre la mise en place de politiques locales. L'observation des indicateurs de santé disponibles à des échelles géographiques infranationales larges (entre métropole et départements d'outre-mer [DOM], entre régions ou entre départements) mettent déjà en évidence des différences en matière de mortalité comme de morbidité pour de nombreux problèmes de santé.

Les indicateurs de mortalité illustrent ces disparités. En 2012, la mortalité infantile accuse une différence de 5 points entre métropole et DOM, à l'avantage de la métropole, et les indicateurs de mortalité périnatale et néonatale sont également très défavorables pour les DOM considérés ensemble, rendant compte d'une situation périnatale globalement plus défavorable. Ceci est confirmé par d'autres indicateurs comme la prématurité et le petit poids de naissance qui sont à un niveau plus élevé que n'importe laquelle des régions en métropole pour les quatre DOM pour lesquels ces données sont disponibles.

Les indicateurs synthétiques issus de la mortalité montrent également des variations régionales importantes. En 2012, les espérances de vie à la naissance varient de près de 5 points pour les hommes et d'un peu plus de 3 points chez les femmes entre les régions et, de manière un peu moins marquée, l'espérance de vie à 65 ans varie de 3 points chez les hommes et de 2 points chez les femmes. De même, pour la mortalité prématurée, il existe un gradient nord-sud, hors Ile-de-France, particulièrement marqué pour les hommes, les régions du sud de la France connaissant une situation en général plus favorable. Parmi les départements d'outre mer, la Martinique se situe en 3^{ème} position après l'Ile-de-France et Rhône-Alpes alors que la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion ont des taux parmi les plus élevés.

D'autres indicateurs présentent des différences liées aux niveaux d'exposition à des agents ou polluants environnementaux comme les polluants de l'air, de l'eau ou le radon. Pour le radon, ces expositions sont principalement en lien avec l'environnement géologique du lieu de vie. Pour les polluants de l'air, les caractéristiques sociales du lieu de résidence interviennent également.

De nombreux indicateurs de morbidité ou de mortalité spécifique ont des niveaux variables selon les régions, où les inégalités sociales et de recours aux soins et les comportements individuels de santé interviennent de manière intriquée comme la santé bucco-dentaire des adultes et des femmes enceintes. On peut également citer l'incidence des complications du

5 HCSP, « les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », la documentation française, décembre 2009.

6 Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lemery B., "inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton", 2ème édition, FNORS, 2010.

diabète. La probabilité d'être inscrit sur une liste d'attente de greffe rénale varie également, de moins de 40 % à 2 ans dans les régions ultramarines, à 70 % pour les régions les plus favorables, la moyenne étant de 61 %. L'étude des comportements à risque montre par exemple que la consommation quotidienne d'alcool chez les personnes âgées de 18 à 75 ans est soumise à des variations régionales parfois importantes. Deux régions se distinguent par une proportion de buveurs quotidiens nettement plus élevée que la moyenne nationale : le Nord-Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon, avec une prévalence de 18 % et 17 % contre 11 % en moyenne. Des différences sont également présentes pour les drogues illicites alors que la consommation de tabac est plus homogène.

LES DETERMINANTS DE SANTE : ENJEUX DE LA PREVENTION

Des expositions environnementales multiples

L'**environnement** influe sur l'état de santé. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Les systèmes de surveillance mis en place actuellement permettent de mesurer les expositions à différents polluants de l'environnement extérieur, le plus souvent sur des zones définies du territoire.

Concernant la **qualité de l'air**, de nombreuses études montrent que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel en termes de mortalité et de morbidité. En moyenne, chaque citoyen européen pourrait gagner 8 mois d'espérance de vie si la pollution était ramenée aux concentrations préconisées par l'OMS. En 2013, l'OMS a classé la pollution de l'air extérieur et, de manière distincte de cet aspect générique et spécifiquement, les particules de l'air extérieur, comme cancérigènes certains pour l'homme. L'augmentation des niveaux de particules fines (PM₁₀ et PM_{2,5}) est corrélée à une augmentation à court terme de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies cardiovasculaires et respiratoires. Chez des enfants asthmatiques, un certain nombre d'études met en évidence une augmentation de la toux et de la fréquence des crises d'asthme lors d'une augmentation des niveaux d'ozone. L'augmentation des niveaux de dioxyde d'azote (NO₂) ou d'ozone est corrélée à une augmentation de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies respiratoires. Les insuffisants respiratoires et les personnes porteuses de broncho-pneumopathie chronique obstructive (bronchite chronique, emphysème, asthme) sont particulièrement sensibles aux polluants atmosphériques et notamment au NO₂. Le NO₂ est souvent émis en même temps que les particules en suspension qui en potentialisent les effets.

Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO₂), les fumées noires ou particules de moins de 10 et celles de moins de 2,5 micromètres de diamètre (PM₁₀ et PM_{2,5}), le dioxyde d'azote (NO₂) et l'ozone (O₃). Malgré la réduction des émissions nationales des principaux polluants, les concentrations mesurées dans l'air ambiant de nombreux polluants atmosphériques (notamment les particules, le NO₂ et l'O₃) dépassent généralement les lignes directrices établies par l'OMS en 2005 et les valeurs réglementaires européennes et nationales. L'année 2012 reflète une tendance à l'amélioration de la qualité de l'air par rapport à l'année précédente pour les polluants réglementés avec une diminution des concentrations annuelles pour le NO₂, les particules fines, le SO₂, le CO. Pour les particules et l'ozone, même si l'évolution est en moyenne favorable entre 2011 et 2012, on ne constate pas de tendance à la baisse depuis le début des années 2000, des facteurs externes tels que la météorologie pouvant expliquer les sensibles hausses ou baisses constatées d'une année sur l'autre⁷.

7 http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_de_la_qualite_de_l_air_2012_v_finale_corrige_.pdf.

La **qualité de l'eau** est, quant à elle, encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides par exemple). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les responsables de la production et de la distribution des eaux des agences régionales de santé (ARS). La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques au cours de l'année a diminué de 5,5 points entre 2000 et 2012 mais avec une stagnation sur les 5 dernières années. La poursuite des travaux de mise en conformité des installations de production et distribution d'eau potable et l'amélioration des traitements de désinfection doivent être encouragées. S'agissant des pesticides, le pourcentage de population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme dans l'année a été divisé par 2 entre 2003 et 2012. Si ce pourcentage a légèrement augmenté entre 2011 et 2012, le nombre de personnes concernées par des restrictions de consommation a en revanche diminué.

Le **radon** est un gaz d'origine naturelle, radioactif et inodore, présent dans le sol et pouvant s'accumuler dans l'air à l'intérieur des bâtiments. Il s'agit d'un cancérigène pulmonaire certain, identifié comme le second facteur de risque de cancer de poumon derrière le tabac. Des actions de prévention simples permettent de réduire sa concentration au sein des bâtiments (aération et étanchéité). Pourtant, le radon et les risques sanitaires qui lui sont liés sont largement méconnus de la population. Parmi l'ensemble des mesures de la campagne 2011-2012 dans des établissements recevant du public et dans les 31 départements prioritaires, la proportion de valeurs excédant 300 Bq.m⁻³ était de 28 %, pour 21 % de valeurs dépassant 400 Bq.m⁻³.

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées mais on ne dispose pas encore de données de suivi concernant les expositions ou les imprégnations en population générale ou pour des populations spécifiques : polluants intérieurs chimiques, exposition au bruit, perturbateurs endocriniens etc. En outre, les nombreux travaux menés dans le champ de la « justice environnementale » soulignent le caractère en général inégal de l'exposition des populations aux facteurs de risque environnementaux, et les inégalités de risques pour leur santé qui en résultent. Les parcours de vie des personnes voient s'accumuler dès la prime enfance les effets inégaux de cette « pression environnementale ». Il serait donc également souhaitable de disposer d'informations permettant de mesurer les inégalités d'exposition et de caractériser les personnes les plus exposées.

Les déterminants liés aux comportements individuels

L'excès de **consommation d'alcool** est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La quantité moyenne d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français en 2012, s'établit à 11,8 litres par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 grammes d'alcool pur) par habitant de 15 ans et plus et par jour.

La diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000, s'est ralentie depuis 2005 mais la baisse se poursuit. Elle s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin.

Dans la population française adulte, 20 % consomment régulièrement de l'alcool et 12 % quotidiennement. En cohérence avec la diminution des quantités, la proportion de consommateurs quotidiens a nettement diminué au cours des années 2000. Parmi les 18-75 ans, la proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente fortement avec l'âge pour les deux sexes. Il existe également des différences de prévalence de la consommation quotidienne suivant les professions et catégories sociales : dans les catégories des agriculteurs, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et des inactifs âgés de 18 à 64 ans, 16 à 17 % sont des

consommateurs quotidiens contre 2 % chez les étudiants, 5 % parmi les employés, 6 % parmi les professions intermédiaires.

A 17 ans la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur dix, beaucoup plus souvent les garçons que les filles. Depuis 2000, la prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans connaît une alternance de phases d'augmentation et de diminution, ce qui la situe en 2011 presque au même niveau qu'en 2000. La tendance à la baisse de la consommation d'alcool observée chez les adultes n'apparaît donc pas chez les jeunes de 17 ans.

La stratégie de l'Etat en matière de prise en charge de l'alcool-dépendance est définie par le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Il met l'accent de manière générale sur l'observation, la recherche et l'évaluation comme fondements de l'action publique, et la prise en compte des populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.

En France, le nombre annuel de décès attribués au **tabagisme** a été estimé à 73 000⁸. La mortalité par cancer du poumon est l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé. Si, à la suite de l'importante baisse du tabagisme en France, notamment parmi les hommes, on observe actuellement une diminution du taux standardisé de décès pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, la consommation de tabac constitue la première cause de mortalité évitable, loin devant l'alcool. Si le nombre de décès continue de progresser, le taux standardisé de décès a continué de diminuer entre 1990 et 2011 chez les hommes (-23 %), alors qu'il progresse toujours chez les femmes durant cette période (+100 %), en lien direct avec le développement du tabagisme féminin au cours des dernières décennies. Si l'on considère l'ensemble des deux sexes, il existe une baisse globale de 7%.⁹

En 2010, 26,0 % des femmes et 32,4 % des hommes de 15-75 ans déclarent fumer quotidiennement. Après une longue période de baisse depuis la fin des années 1970, la prévalence du tabagisme quotidien est en légère hausse entre 2005 et 2010 (+7 %). Cependant, la proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes a diminué passant de 72 % à 68 % entre 2005 et 2010. La consommation chez les adolescents a aussi considérablement baissé et la hausse des niveaux d'usage observée entre 2008 et 2011 ne remet pas en cause à ce stade la forte baisse du tabagisme enregistrée dans cette population depuis plus d'une décennie.

Parallèlement, les ventes de tabac ont amorcé, après une période de relative stabilité entre 2005 et 2010, une diminution qui s'est nettement accentuée entre 2012 et 2013.

Selon le Baromètre Santé 2010, un non fumeur sur cinq (19,4 %) est exposé régulièrement ou de temps en temps à la fumée de tabac de la part d'au moins un membre de son foyer. La présence d'enfants en bas âge vient modifier les habitudes de consommation des fumeurs au domicile. Le pourcentage de répondants fumeurs déclarant que personne ne fume au domicile passe ainsi de 37 % à 59 % en présence d'enfants de moins de 4 ans dans le foyer. L'évolution successive de la réglementation a conduit à faire maintenant apparaître les lieux de travail et les lieux de convivialité (bars, restaurants, discothèques...) comme effectivement sans exposition à la fumée de tabac.

Le terme de **drogues illicites** recouvre un ensemble de substances très différentes en termes d'effets sur la santé et de niveaux de consommation. Le cannabis est celle qui est la plus fréquemment consommée : on évalue à l'aide d'enquêtes auprès de l'ensemble de la population française à 3,8 millions le nombre de personnes qui en consomment dans l'année et à 1,2 million les usagers réguliers (10 fois dans le mois). L'usage des autres substances

8 Catherine Hill. Épidémiologie du tabagisme In *La Revue du Praticien*, 20 mars 2012.

9 Les données présentées dans les fiches sont les dernières publiées et ne correspondent pas nécessairement aux dernières enquêtes réalisées. En particulier, pour le Baromètre santé de l'Inpes et l'enquête ESCAPAD de l'OFDT, les derniers exercices ont été menés dans le courant de l'année 2014. Les premiers résultats devraient être publiés au premier trimestre 2015 .

touche un nombre beaucoup plus faible de personnes (400 000 dans l'année pour la cocaïne, 90 000 pour l'héroïne).

En 2011, l'usage régulier de cannabis à 17 ans (au moins 10 usages dans le mois) fléchit et concerne 6,5 % des jeunes contre 7,3 % en 2008. En 2010, la consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 2,1 % et est stable par rapport à 2005. La consommation régulière est le fait des jeunes générations et devient très rare au-delà de 35 ans. C'est parmi les étudiants et les chômeurs qu'elle est la plus répandue, parmi les inactifs qu'elle est la plus faible.

L'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis à 17 ans concerne 14 % des jeunes en 2011. La plupart de ces expérimentations sont en baisse sur la période 2008-2011, particulièrement celles de poppers et d'ecstasy.

En 2012, près de 150 000 personnes ont eu un remboursement de médicament de substitution aux opiacés délivré en officine de ville. Les patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés ont en moyenne 36,2 ans et sont aux trois quarts des hommes. En 2010, 20 000 personnes ont reçu une dispensation de méthadone dans un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA). La consommation de traitements de substitution aux opiacés rapportée à la population âgée de 20 à 39 ans est en augmentation de près de 30 % sur la période 2006-2011.

Le **surpoids et l'obésité**, qui correspondent à un excès de masse grasse, sont fréquemment associés à un risque accru de morbidité et de mortalité. Même si la France connaît une situation plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux, l'augmentation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis le début des années 1980 en a fait un problème de santé publique majeur. Le surpoids et l'obésité sont généralement identifiés en utilisant l'indice de masse corporelle ($IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$) ; chez les adultes, un IMC supérieur ou égal à 30 définit l'obésité, le surpoids étant défini par un IMC compris entre 25 et 30. Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, actuellement la moitié des adultes est en surpoids ou obèse (un adulte sur six est obèse). D'importantes disparités socio-économiques sont observées, notamment en ce qui concerne les femmes. Les évolutions récentes, fondées sur des données de poids et taille déclarées, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralenti.

En raison de ses bénéfices démontrés pour la prévention de certaines maladies chroniques, une **consommation de fruits et légumes** suffisante est un objectif prioritaire de santé publique depuis 2001 dans le cadre du Programme national nutrition santé. Actuellement, les niveaux de consommation observés en population sont insuffisants par rapport aux recommandations (au moins 400 g par jour, soit l'équivalent de 5 portions), 40 % seulement des consommations sont conformes à celles-ci. D'importantes disparités socio-économiques sont observées.

Une **activité physique** régulière et un temps faible passé à des activités sédentaires sont associés à un risque significativement réduit de maladies chroniques. Les recommandations actuelles, établies de façon plutôt ancienne, préconisent une pratique d'activité physique au moins modérée et la réduction du temps sédentaire. Une actualisation de ces recommandations est en cours. Les niveaux d'activité physique observés, qu'elle soit mesurée de façon globale ou par la pratique d'un sport de façon habituelle, apparaissent insuffisants par rapport aux recommandations. La pratique semble en effet suffisante pour seulement 3 à 5 adultes sur 10. Le temps passé devant des écrans est quant à lui élevé : la majorité de la population adulte et entre 30% et la moitié des enfants passent plus de trois heures par jour devant un écran, en dehors des temps de travail ou scolaire.

La **vitamine D** intervient dans de nombreuses fonctions métaboliques, en particulier en lien avec l'absorption et l'utilisation du calcium ; elle est ainsi fortement impliquée dans la santé osseuse. Elle peut être apportée par l'alimentation, notamment les poissons gras, mais le

statut biologique des individus est plutôt déterminé par la part issue de la synthèse endogène, grâce à l'exposition de la peau aux rayonnements UVB. L'insuffisance du statut en vitamine D (<30 ng/mL) est très répandue en population, sans que ses effets sur la santé soient clairement connus. En revanche, le déficit sévère (<10 ng/mL) est estimé à près de 5 %, avec des variations importantes selon les lieux et les modes de vie. Si certains de ces facteurs de risque ne peuvent être modifiés, l'incitation à des activités physiques de plein air et à une alimentation pourvoyeuse de vitamine D constitue une perspective majeure d'amélioration du statut de la population.

L'environnement professionnel et les conditions de travail

Les conditions de travail sont susceptibles d'influencer l'évolution de la santé à plus ou moins long terme, avec des effets potentiellement négatifs sur la longévité ou sur la qualité de la vie. Les contraintes ou nuisances vécues au fil du parcours professionnel jouent ainsi un rôle dans les différences d'espérance de vie, ou d'espérance de vie sans incapacité, entre catégories sociales. Inversement, une santé déficiente, qu'elle ait été ou non altérée par les expositions professionnelles, a une influence sur la position des individus sur le marché du travail.

Quatre thèmes de la santé au travail sont présentés. Le domaine des risques psychosociaux n'est pas abordé, bien que ceux-ci soient actuellement reconnus pour leur importance et leurs conséquences sur la santé mentale et physique des personnes : car, selon les recommandations du collège d'expertise¹⁰ sur les risques psycho-sociaux en 2011, leur suivi nécessite la prise en compte simultanée d'une quarantaine d'indicateurs. Un premier bilan a été réalisé à partir des données de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) en 2010 et une enquête nationale sur le sujet est prévue en 2015.

Sont définis comme **accidents du travail** (AT), les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. On distingue habituellement les AT avec arrêt de travail des AT sans arrêt de travail et ceux entraînant une incapacité permanente. En partie du fait de la crise économique, le risque d'accidents du travail a fortement chuté dans le secteur marchand non agricole entre 2005 et 2010. La baisse a été plus rapide parmi les secteurs et les catégories de salariés les plus exposés, notamment dans la construction et parmi les ouvriers, les hommes et les jeunes. A contrario, le risque d'accident du travail n'a pas diminué pour les femmes. La part des accidents ayant occasionné des séquelles permanentes diminue au fil des années, mais ceux-ci ont des conséquences de plus en plus graves. Les accidents sont les plus graves dans la construction, les industries extractives et dans la production et distribution d'eau, l'assainissement, la gestion des déchets et la dépollution.

Les **troubles musculo-squelettiques** (TMS) constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées. Ils sont estimés soit par le nombre de personnes soumises à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » et à « la manutention manuelle de charges », soit par le nombre de salariés exposés au moment des enquêtes à « des postures pénibles ou fatigantes durant leur travail » (debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air, etc.). Selon l'enquête Sumer en 2010, 8,3 % des salariés (soit 1,8 million) sont soumis à des gestes répétitifs à une cadence élevée au moins 20 heures par semaine, et 10,1 % à la manutention manuelle de charges. En 2013, selon l'enquête « Conditions de travail », 35 % des salariés déclarent devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue ». Plus élevés chez les jeunes, les ouvriers, et très variables entre secteurs d'activité, ces indicateurs ne se sont pas améliorés d'une édition à l'autre de ces enquêtes.

En 2010, 2,2 millions de salariés sont exposés à des **produits chimiques classés comme cancérogènes** certains ou probables par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ou l'Union européenne. Les hommes, les ouvriers et les salariés des secteurs de la construction et de l'industrie sont les plus exposés. 1,9 million de salariés sont exposés à au

¹⁰ <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm>

moins un des huit produits les plus fréquents, chiffre en baisse par rapport à 2003. Le CIRC classe le travail de nuit posté dans la liste des agents « probablement cancérigènes » (groupe 2A), le travail de nuit augmenterait le risque de cancer dans des proportions modestes mais néanmoins réelles. En 2012, le nombre de salariés travaillant de nuit, même occasionnellement, s'élève à 3,5 millions, soit 15 % des salariés, comme en 2009.

L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut être responsable de surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires. Selon l'enquête Sumer de 2010, 4,8 % des salariés sont exposés au bruit (supérieur à 85 dB(A)) pendant 20 heures ou plus par semaine, et pour près d'un quart d'entre eux sans protection auditive. Par ailleurs, 1,9 % des salariés sont exposés à du bruit comportant des chocs ou des impulsions pendant 20 heures ou plus par semaine, pour plus du tiers sans protection auditive. Dans les enquêtes Conditions de travail, l'exposition à un bruit intense est mesurée par le fait qu'un salarié déclare « qu'il ne peut entendre une personne à 2 ou 3 mètres de lui qui lui adresse la parole, même si elle élève la voix ». La proportion de salariés concernés diminue, passant de respectivement 3,5 % et 3,3 % en 1998 et 2005 à 2,4 % en 2013.

Les déterminants liés aux soins

Iatrogénie hospitalière : Le terme iatrogène présume que l'on puisse imputer l'évènement aux soins avec un niveau de preuve suffisant. Sans impliquer la notion d'erreur ou de faute, l'imputabilité reste souvent difficile à établir.

En France, les données relatives aux évènements iatrogènes en cours d'hospitalisation étaient issues des enquêtes ENEIS réalisées en 2004 et 2009 (dernière réalisation) et des enquêtes et réseaux de surveillance conduits dans le cadre Réseau d'alerte et d'investigation des infections nosocomiales (Raisin), associant les centres inter-régionaux de lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et l'institut de veille sanitaire (InVS). Les enquêtes ENEIS rapportent une stabilité de la fréquence des « évènements indésirables graves (EIG) » autour de 6 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation. Or, au cours de la même période, plusieurs modifications de nature à accroître le nombre d'EIG sont intervenues, notamment l'augmentation de l'âge moyen des patients hospitalisés et de la complexité technique des actes et des prises en charge. Dans le même temps, le Raisin a rapporté des progrès suggérant un impact positif des programmes de lutte contre les infections nosocomiales. En 2012, les différents indicateurs retenus pour illustrer les évènements iatrogènes en cours d'hospitalisation restent orientés à la baisse mais montrent un ralentissement par rapport aux années antérieures. Ainsi, la plupart des objectifs quantifiés du « programme de lutte contre les infections associées aux soins (PROPIN) 2009-2013 » ne sont pas atteints et les efforts restent à poursuivre. Néanmoins, pour les infections du site opératoire comme pour les bactériémies liées aux cathéters veineux centraux et la prévalence des infections nosocomiales, la France se situe dans les valeurs basses observées à travers l'Europe.

L'apparition et la diffusion de bactéries **résistantes aux antibiotiques** constitue un problème de santé publique majeur. Le développement de la résistance bactérienne aux antibiotiques (RATB) se traduit par une réduction de l'arsenal thérapeutique et peut conduire par l'émergence de multi-résistances à des impasses thérapeutiques. Le développement de la RATB est lié à la pression de sélection des antibiotiques¹¹ et à la diffusion des bactéries résistantes. La diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est ainsi un point majeur dans la lutte contre la RATB. Les surveillances de la RATB et de la consommation d'antibiotiques sont, depuis le début des années 2000, des actions cibles des plans nationaux successifs d'alerte sur les antibiotiques. Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 fixe l'objectif quantifié national de réduction de 25 % de la

¹¹ Une pression de sélection est une contrainte environnementale qui tend à orienter l'évolution d'une espèce dans une direction donnée. Ici, il s'agit de la sélection de bactéries naturellement résistantes aux antibiotiques prescrits qui deviennent prédominantes à la suite de la disparition des bactéries sensibles.

consommation d'antibiotiques et met l'accent sur la surveillance de la RATB en ville. Renforcer la maîtrise de la RATB et promouvoir le bon usage des antibiotiques sont également des objectifs du plan stratégique national de prévention des infections nosocomiales (PROPIN) 2009-2013.

Après plusieurs années de diminution de la résistance à la méticilline chez *Staphylococcus aureus*, les données de 2012 montrent une poursuite de cette baisse, suggérant un impact positif des mesures de prévention de la transmission croisée¹². La proportion d'ERG (entérocoques résistants aux glycopeptides) se maintient à un niveau faible autour de 1 %. Ces résultats illustrent la maîtrise de cette émergence, apparue en France en 2004, grâce à l'application des mesures de contrôle très strictes, définies en 2005 par un avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins puis par des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique.

En revanche, les données de consommations des antibiotiques et l'évolution de la RATB notamment chez les gonocoques et les entérobactéries sont inquiétantes. Concernant les gonocoques, le respect des recommandations de traitement est majeur pour limiter l'émergence des résistances aux C3G (céphalosporines de troisième génération). Concernant les entérobactéries, la diffusion de ces bactéries commensales du tube digestif est très liée au péril fécal¹³. La limitation de la diffusion des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) et la lutte contre l'émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) font l'objet de recommandations spécifiques du Haut Conseil de Santé Publique et de plusieurs axes de travail du Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

LES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE DIFFÉRENT SELON LES ÂGES DE LA VIE

Santé de la reproduction et périnatalité : des mères plus âgées et un plus grand nombre de grossesses à risque

En 2013, selon les résultats de l'enquête Fécond, 97 % des femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfant utilisent un moyen de **contraception**, soit la même proportion qu'en 2010 selon la même source. Le débat médiatique concernant les risques associés aux pilules de troisième et quatrième génération a conduit certaines femmes à changer de méthode de contraception, mais la pilule demeure la méthode la plus utilisée, pour les femmes qui ont recours à un moyen contraceptif, suivie par le stérilet et le préservatif. L'utilisation de la **contraception d'urgence** a fortement progressé entre 2000 et 2010, en particulier parmi les plus jeunes, passant de 9 % à 24 % chez les femmes sexuellement actives.

Le nombre d'**interruptions volontaires de grossesse** (IVG) varie peu et près de 210 000 femmes sont concernées chaque année par une IVG, soit 14,5 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2012. Ces taux varient selon les régions et sont beaucoup plus élevés dans les DOM, en Île-de-France et dans le sud de la France.

Avec plus de 800 000 **naissances** annuelles depuis 2005, la France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. Elle est, avec l'Irlande, le pays où les femmes sont les plus fécondes en Europe, largement au-dessus de la moyenne européenne. En France entière hors Mayotte, en 2014, 813 000 enfants sont nés, dont 783 000 en métropole. Le nombre de naissances, bien que très légèrement supérieur à celui

¹² La transmission croisée définit la transmission de certains micro-organismes (bactéries, virus, champignons) de patient à patient ou de l'environnement à un patient.

¹³ Le péril fécal désigne la transmission d'agents infectieux par l'intermédiaire des excréta (selles, urines). La transmission s'opère par ingestion d'eau ou d'aliments non-cuits (crudités...) ou mal-cuits souillés, et par les mains sales portées à la bouche. L'hygiène alimentaire, individuelle et collective est un élément clé de la prévention des maladies liées au péril fécal.

de 2013 (+1 500), est plus faible qu'en 2012 (-8 000) : après une augmentation continue depuis 1994 jusqu'au pic de 2010, une baisse est observée sur les dernières années.

En 2013, l'**âge (âge atteint dans l'année) moyen des mères à l'accouchement** atteint 30,1 ans, soit une progression de 0,6 ans en dix ans et de 1 an et 3 mois en 20 ans. En 2012, la part des mères de 35 ans ou plus dans l'ensemble des naissances atteint 22 %, contre 14 % dix ans auparavant et a presque quadruplé depuis 1980. À l'inverse, seulement 45 % des bébés nés en 2013 ont une mère de moins de 30 ans, alors qu'ils étaient 62 % en 1990.

Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales que connaît la société française, il faut donc rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes. Le nombre de **grossesses à risque** est en augmentation. Les difficultés des femmes à concevoir risquent de s'accroître, tandis que les décès des enfants en période périnatale et les décès maternels évitables demeurent trop fréquents.

En 2012, la proportion **d'accouchements multiples** est de 17 pour 1000 femmes ayant accouché. Cette proportion, qui n'a cessé d'augmenter depuis une quinzaine d'années paraît se stabiliser en 2012 (on observe une baisse en 2012, mais un recul temporel plus important est nécessaire pour savoir s'il s'agit d'un changement de tendance). La proportion d'accouchements multiples augmente, en années révolues, au moment de la naissance, de 10 pour 1000 femmes âgées entre 20 et 24 ans à 25 pour 1000 chez les femmes de 40 ans et plus. Cette augmentation est due à la fois à un facteur biologique lié à l'âge de la mère et au recours à la procréation médicalement assistée, recours qui augmente avec l'âge en lien avec les difficultés à concevoir. En 2011, la proportion des accouchements multiples, parmi les accouchements issus d'AMP, est de 150 pour 1000 femmes ayant accouché. Les naissances issues d'AMP représentent 2,8 % des naissances en France et 21,5 % des accouchements multiples. La diminution de la proportion des accouchements multiples est constante et significative pour les techniques de transfert d'embryons du fait de la baisse du nombre d'embryons transférés et, en particulier, de l'augmentation des transferts monoembryonnaires, mais pas pour les inséminations qui présentaient plutôt une tendance à la hausse. Le nombre d'accouchements multiples a une conséquence directe sur l'importance de la prématurité, en particulier celle induite par le déclenchement prophylactique de l'accouchement.

Les **affections d'origine congénitale** sont fréquentes : près de 28 000 fœtus ou nouveau-nés ont chaque année un diagnostic d'anomalie(s) congénitale(s) soit 3,3 % des naissances. En France, 40 % des nouveau-nés porteurs d'anomalies congénitales, en vie à la naissance, ont eu, en 2011, leurs anomalies détectées en anténatal. Selon les données d'Eurocat, la France est l'un des pays européens dans lequel la proportion d'anomalies détectées en anténatal est la plus élevée. De 2008 à 2011 le nombre d'anomalies chromosomiques détecté par caryotype est stable. Le nombre d'anomalies chromosomiques détectées par l'utilisation de nouvelles techniques (puces) ou d'analyses moléculaires permettant de diagnostiquer des anomalies chromosomiques partielles est en progression.

Certaines de ces anomalies peuvent être prévenues comme **l'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN)** : un faible niveau en vitamine B9 (folates) chez la mère avant et au début de la grossesse est un facteur de risque majeur, chez le nouveau-né, d'anomalies neurologiques comme l'AFTN. En France, une supplémentation individuelle systématique en folates est préconisée chez les femmes ayant un projet de grossesse. Plus de 1 000 cas d'anomalie de fermeture du tube neural sont diagnostiqués chaque année chez un fœtus ou un nouveau-né en France. D'après l'Enquête nationale nutrition santé réalisée en 2006-2007, près de 7 % des femmes non ménopausées (sans tenir compte d'un éventuel désir de grossesse) présentent un risque de déficit en folates plasmatiques. D'après les données de la dernière Enquête nationale périnatale de 2010, moins d'une femme sur six déclarent avoir débuté une supplémentation en acide folique avant la grossesse, et la situation n'est pas

fortement améliorée parmi les femmes qui ont consulté en prévision d'une grossesse. Ces résultats soulignent une sensibilisation du corps médical très insuffisante sur l'intérêt majeur de cette supplémentation.

Les risques du **tabac durant la grossesse** restent sous-estimés par le public et les professionnels de santé. Ces risques concernent à la fois la femme enceinte mais également son enfant, de la période périnatale à l'âge adulte. Les informations issues de la dernière enquête nationale périnatale réalisée en 2010 mettent clairement en évidence le risque de petit poids de naissance chez l'enfant : ce risque double chez les femmes consommatrices de 1 à 9 cigarette(s) au quotidien au 3^e trimestre de grossesse comparé aux femmes non fumeuses, et il triple à partir de 10 cigarettes par jour, soit chez une naissance vivante sur cinq pour cette dernière population. En 2010, une femme sur six fumait quotidiennement des cigarettes au 3^e trimestre de grossesse. Ce chiffre a cependant diminué depuis 1998.

L'accouchement représente un moment très particulier où la prise en charge médicale doit à la fois garantir une sécurité optimale pour la mère et l'enfant et aussi respecter les attentes des parents pour que l'accueil de l'enfant soit réalisé dans les conditions les plus favorables. Le taux de **césariennes** représente un indicateur des décisions prises en cas de complications ou de risque important ; un taux élevé peut être préoccupant car les césariennes présentent en soi des risques pour les mères et les enfants, à court et moyen terme. Le taux de césariennes est d'environ 20 % en 2012, sans augmentation depuis 2003, contrairement à ce qui s'était passé auparavant. Ce taux augmente avec l'âge de la mère et varie selon les régions.

La **mortalité maternelle** est un signal d'alarme sur d'éventuels dysfonctionnements dans la prise en charge des complications maternelles sévères de la grossesse ou de ses suites. En France, le ratio de mortalité maternelle s'établit à 10,3/100 000 naissances vivantes (NV) en 2007-2009, sans évolution nette depuis le milieu des années 2000. Le ratio de mortalité maternelle est plus élevé en France entière qu'en France métropolitaine et, en métropole, en Ile-de-France que dans les autres régions. Environ la moitié des décès sont jugés évitables. Le taux d'admission en unité de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral (grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement), qui permet d'approcher la **morbidity maternelle sévère**, est de 3,5 pour 1000 naissances vivantes pour la période 2010-2012, avec cependant une diminution de ce taux sur cette période, qui devra être interprété sur une série plus longue.

Le taux de **mortalité périnatale** est défini comme le nombre d'enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales. Il a deux composantes : le taux de **mortinatalité** (enfants nés sans vie) et le taux de mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants puis décédés dans les 7 premiers jours de vie). Depuis 2012, il est possible d'estimer à nouveau ce taux sur la base des seuils d'enregistrement de l'OMS à partir des données du PMSI-MCO. Le taux de mortalité périnatale est de 10,6 pour 1 000 naissances totales en 2012 et le taux de mortinatalité de 9,0 enfants mort-nés pour 1 000 naissances totales. Les morts foetales in utero (MFIU) et les morts foetales per partum (MFPP) constituent la mortinatalité spontanée et représente 59 % du taux de mortinatalité global. Les interruptions médicales de grossesse (IMG) réalisées lorsque la grossesse a atteint au moins 22 semaines d'aménorrhée constituent la mortinatalité induite. Le taux de mortinatalité semble être reparti à la baisse depuis 2007. La mortalité néonatale, c'est-à-dire l'ensemble des enfants nés vivants et décédés avant 28 jours, est de 2,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2012, relativement stable depuis 2005. Les décès précoces (à moins de 7 jours) représentent 70 % de l'ensemble des décès néonataux. Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la métropole et les départements d'outre-mer, persistent pour ces 3 indicateurs.

La **prématurité**, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée, et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constituent une part importante des décès néonataux et des situations périnatales responsables de handicaps à

long terme, particulièrement la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. Près de 80 % des décès en période néonatale concerne des prématurés, cette proportion atteignant 82 % pour les décès néonataux précoces contre 73 % pour les autres décès néonataux. Ces décès touchent particulièrement les grands prématurés. En 2012, 7,3 % des naissances vivantes survenues en France entière sont prématurées et la prématurité concerne la moitié des naissances multiples. Selon les enquêtes nationales périnatales, ce taux évolue peu dans le temps et la prématurité induite représente un peu plus de la moitié de l'ensemble.

Le faible **poids de naissance**, souvent en relation avec une naissance prématurée et / ou un retard de croissance intra-utérin, est aussi un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Parmi les enfants nés vivants à terme, 3 % ont un petit poids (moins de 2 500 g) ; cette proportion s'élève à 29 % en cas de naissance multiple.

Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et les départements d'outre-mer, puisque les taux de prématurité y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole, et la fréquence des enfants de petits poids 30 à 60 % plus élevée.

Parmi les maladies pouvant bénéficier d'un dépistage à la naissance figure la **drépanocytose** qui est une maladie génétique de l'hémoglobine. Le dépistage néonatal, systématique dans les DOM depuis 1985 et dans les groupes à risque en métropole progressivement à partir de 1995, permet de surveiller le nombre de cas de drépanocytose parmi les nouveau-nés ayant bénéficié d'un dépistage. 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 du nombre de cas dépistés concerne la France métropolitaine, le nombre de cas dépistés dans les DOM restant stable.

La santé des enfants

La **mortalité infantile** correspond au nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie ; elle est exprimée sous forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes pour l'année considérée. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure la santé infantile, et reflète plus largement l'état de santé d'une population. Il exprime l'efficacité des soins préventifs, l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que la qualité du système de soins et de santé. En outre, cet indicateur rend compte de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. La France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15 mais, tandis que le taux de mortalité infantile continue de baisser dans bon nombre de pays européens, il reste globalement stable depuis cinq ans en France. En 2013, France entière, le taux de mortalité infantile s'établit à 3,6 pour 1 000. Il était, en 2012, de 3,3 pour 1 000 en France métropolitaine alors qu'il atteignait 8,6 pour 1 000 dans les DOM.

La santé des enfants est importante en elle-même, et parce qu'elle a directement un impact sur la santé à l'âge adulte. Dans ce cadre, la prévention joue un rôle majeur vis-à-vis de la préservation de l'état de santé dès le plus jeune âge.

Si la tendance générale est à l'amélioration de l'état de **santé bucco-dentaire**, cette évolution connaît des différences selon les milieux sociaux. Observables dès la grande section de maternelle, les inégalités sociales perdurent en CM2 et en 3^{ème} aussi bien pour la fréquence des dents cariées que leur prise en charge. L'enjeu est donc d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents en réduisant les inégalités. Selon les données de l'Assurance maladie, en 2012, 47 % des enfants de 6 ans consultent au moins une fois dans l'année contre 15 % en 2007.

Le **surpoids** et l'**obésité** constituent également un problème de santé publique chez l'enfant. 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 et permettant de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). D'autres sources comme l'enquête auprès des CE1-CE2¹⁴ ou l'enquête HBSC¹⁵ fournissent des informations complémentaires. En France, les prévalences du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ont augmenté jusqu'au début des années 2000. On observe, depuis, une stabilisation des prévalences pour les enfants et les adolescents voire un léger recul pour les plus jeunes (5-6 ans). 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). Cette évolution favorable ne s'est toutefois pas accompagnée d'une réduction des inégalités sociales.

Pour les vaccinations réalisées dès le plus jeune âge, 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.

L'**intoxication par le plomb**, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le plomb incorporé par voie digestive, respiratoire ou sanguine (mère-fœtus) se distribue dans le sang, les tissus mous et surtout le squelette, dans lequel il s'accumule progressivement et reste stocké très longtemps. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche). L'exposition générale de la population française au plomb a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. La diminution de la proportion d'enfants atteints de saturnisme (plombémie $\geq 100 \mu\text{g/L}$ 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.

Les **accidents de la vie courante** (AcVC) touchant les enfants de moins de 15 ans sont l'une des principales causes de décès à ces âges. Ils entraînent près de 200 décès par an. Ils recouvrent à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu et les autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). Ces drames sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation, information, adaptées. Les décès concernent davantage de garçons que de filles (1,3 garçon pour une fille). Les enfants décèdent surtout de noyade, puis d'incendies, suffocations (dont la moitié avant un an), chutes et intoxications. Les taux standardisés de mortalité par AcVC des moins de 15 ans ont diminué de 5,4 % par an entre 2000 et 2010.

La prévalence de l'**asthme** est d'environ 10 % chez l'enfant. Grâce à une prise en charge adaptée, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations d'asthme. Les taux d'hospitalisation ont diminué chez les enfants âgés de 10 ans ou plus mais ils ont augmenté chez les enfants les plus jeunes.

Des problèmes de santé plus fréquents chez les personnes âgées

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

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

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

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. Les campagnes de prévention des chutes, l'activité physique et le traitement médicamenteux sont des moyens efficaces pour diminuer l'incidence de ces fractures. 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 est associée à 5 % de décès au cours du séjour hospitalier initial (et environ 25 % à 12 mois). Le suivi des hospitalisations pour fracture du col du fémur 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. L'incidence des fractures chez les personnes très âgées reste forte.

Les **chutes chez les personnes âgées** résultent pratiquement toujours d'un accident de la vie courante (AcVC) et constituent de loin la cause la plus fréquente des décès par AcVC. En 2010, il y a eu en France 20 851 décès par accident de la vie courante (AcVC) dont les trois quarts (16 027) sont survenus chez les 65 ans et plus. Les circonstances pouvant entraîner une chute sont multiples. Les facteurs de risque (ostéoporose, sédentarité, etc.) rendant les conséquences de cette chute graves voire dramatiques, augmentent avec l'âge. Globalement, chaque année, ce sont 6,0 % des 65 ans et plus (4,2 % chez les hommes et 7,3 % chez les femmes) qui sont victimes d'une chute avec recours aux urgences. Ces taux d'incidence augmentent régulièrement avec l'âge, de 3,0 % entre 65 et 69 ans jusqu'à 18,2 % chez les plus de 90 ans. Selon le Baromètre santé 2010, plus d'une personne de 65-85 ans sur cinq (21,4 %) déclare qu'il lui est arrivé de tomber au cours des douze derniers mois.

Près de 350 000 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (et le nombre de personnes atteintes de ces maladies mais non diagnostiquées est probablement nettement plus élevé). 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** (connaissant actuellement, ou ayant connu un malade) sont exposés à des facteurs de stress majeurs qui augmentent le risque de développer des problèmes tant physiques qu'émotionnels. Selon le Baromètre Santé 2010 sur la qualité de vie des proches d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, la qualité de vie est dégradée et des plaintes d'ordre cognitif supérieures sont observées par rapport aux personnes non concernées par la maladie. Cependant, les proches de malades semblent conserver une vie sociale comparable aux autres.

QUESTIONS DE SANTE CHEZ L'ADULTE ET PATHOLOGIES

Cancer

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 divergence d'évolution s'explique 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. 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 et vieillissement. 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.

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.

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.

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.

Avec près de 48 700 nouveaux cas estimés pour l'année 2012 et 11 900 décès, le **cancer du sein** est le plus fréquent chez la femme. 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. 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. 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, mais les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement depuis la généralisation du dépistage en 2004.

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) avec cependant un ralentissement depuis les années 2000 (-1,3 % entre 2000 et 2012). Cette diminution semble en grande partie attribuable au dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dont la pratique est largement répandue en France. 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 (HPV) 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. Une meilleure couverture de dépistage par frottis cervico-utérin sur trois ans, estimée à 53,2 % sur la période 2009-2011, pourrait permettre de diminuer encore son incidence. 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 HPV.

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 de 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.

Cinq ans après la généralisation du programme à l'ensemble du territoire, la participation 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 1 et 2) que les cancers diagnostiqués lors d'un premier dépistage.

Il existe plusieurs types de **cancers cutanés** (CC) dont le plus grave est le **mélanome** cutané (MC). 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 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-violetts 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. Malgré les mesures de préventions 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) 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.

Maladies cardio-vasculaires

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). En 2010, ils ont été la cause d'environ 32 500 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 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.

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. Les décès par cardiopathie ischémique représentent une proportion importante des décès cardiovasculaires (24,7 % en 2010) et la deuxième cause de décès, tant chez les hommes que chez les femmes. 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. L'évolution est moins marquée pour les patients hospitalisés, dont le taux n'a diminué que de près de 10 % en 10 ans.

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. 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. 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.

L'IC est 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.

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. 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. En 2010, cette pathologie était responsable de plus de 15 600 décès en causes multiples et de presque 125 000 hospitalisations en diagnostic principal ou associé.

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 %). 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.

Diabète

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 (traité pharmacologiquement ou par régime seul) et du diabète non connu.

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.

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. Toutefois, elles peuvent être retardées voire évitées grâce à un contrôle strict de la maladie.

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.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

Depuis 2008, l'incidence globale de l'IRCT est stable autour de 155 cas par million d'habitants 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.

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. La probabilité d'être inscrit 24 mois après le démarrage de la dialyse est de 61 % chez les patients de moins de 60 ans.

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.

La santé mentale : une charge de morbidité lourde et une connaissance à travers le prisme des recours aux soins pour les troubles reconnus

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle relèvent de la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que

d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches. Le diagnostic et la prise en charge précoce des troubles 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'insuffisance du recours aux soins des personnes concernées, qui ne consultent parfois que lorsque la détresse psychologique et les symptômes deviennent invalidants.

Les indicateurs disponibles concernent les pathologies mentales ainsi que les suicides. Le manque de données socio-économiques disponibles dans les bases de données existantes ne permet pas actuellement le suivi de la précarisation des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, qui a pu être mis en évidence à partir d'enquêtes ponctuelles chez des groupes spécifiques.

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 de l'humeur et avec des troubles psychotiques suivis dans le système de soins. Par ailleurs, des échelles validées permettent de mesurer la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé lors d'enquêtes en population générale.

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, permettant d'appréhender l'importance des **troubles de l'humeur**. 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.

Parmi les troubles de l'humeur, les **troubles dépressifs** représentent la troisième charge de morbidité, en années vécues avec une invalidité, selon l'OMS. Le taux de patients pris en charge pour des troubles dépressifs était nettement plus élevé en Bretagne et dans un grand quart sud-est de la France, à l'exception de la région Rhône-Alpes.

Selon le Baromètre santé 2010 qui permet de situer l'importance de l'épisode dépressif caractérisé déclaré en population générale, sa prévalence 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). En revanche, la part de personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé mais n'ayant pas eu recours aux soins a franchement baissé puisque cette proportion est passée de 63 % en 2005 à 39 % en 2010. Les hommes recourent moins que les femmes ainsi que les plus jeunes (15 à 19 ans) et certaines catégories sociales comme les ouvriers.

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. Les troubles psychotiques comprennent les schizophrénies, les troubles psychotiques aigus, le trouble schizotypique, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants, et autres psychoses non précisées, selon la CIM10. En 2012, 6 pour 1000 personnes en France sont en ALD pour psychose ou ont été hospitalisées en établissement de santé spécialisé en psychiatrie pour troubles psychotiques dans les 2 dernières années ; 3,7 pour 1 000 habitants de France métropolitaine ont été pris en charge (hospitalisation ou suivi ambulatoire) pour troubles psychotiques par les

établissements psychiatriques. Ces 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.

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. Entre 2000 et 2011, les taux standardisés ont diminué de 14 %. 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, qu'on les mesure à l'aide 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.

Pneumologie

La prévalence de l'**asthme chez l'adulte** est d'environ 5 %. Grâce à une prise en charge adaptée, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations d'asthme. 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. On comptait 963 décès par asthme (enfants compris) en 2010 dont 65 chez les moins de 45 ans (enfants également inclus). Le taux de mortalité par asthme chez les personnes âgées de moins de 45 ans est resté stable.

L'estimation de la prévalence de la **bronchopneumopathie chronique obstructive (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 par autodéclaration de la maladie (qu'elle ait été ou non confirmée par un médecin) est sous-estimée en raison de l'importance du sous-diagnostic. Les exacerbations 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. 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 femmes tend à se réduire. Pour les hospitalisations comme pour la mortalité, il existe d'importantes disparités régionales.

Limitations fonctionnelles

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. L'enquête Handicap-Santé 2008 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 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.

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.

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

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 gênes s'accroissent avec l'âge, atteignant 37,5 % des 80 ans et plus. 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. Un peu moins d'une personne sur deux (48,3 %) déclarant des troubles de l'audition sévères possède un appareil auditif. Toutefois, seuls 57,8 % des appareillages sont efficaces et le pourcentage d'appareillages efficaces décroît avec l'âge.

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.

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 voir de près et de loin.

Neurologie

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. 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 avec l'âge, mais il est probable que les patients âgés de plus de 80 ans soient sous-

identifiés. Bien qu'elle soit rare avant 65 ans, près de 20 % des patients sont touchés par la maladie avant cet âge.

Des maladies infectieuses : part non négligeable de la morbidité et évolution chronique pour certaines

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

La **vaccination antigrippale** fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière. Maladie infectieuse fréquente et généralement banale, la grippe est responsable de complications graves voire mortelles chez les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections chroniques ou susceptibles d'être aggravées par le virus. Les recommandations vaccinales concernent ainsi les professionnels de santé, les personnes de 65 ans ou plus et celles atteintes d'une affection pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière reste très insuffisante, inférieure à la cible de 75 % dans les deux principaux groupes concernés. Jusqu'en 2008-2009, les couvertures étaient en progression. Depuis la pandémie A(H1N1), on observe une baisse constante de la couverture vaccinale grippale, qui concerne principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, pour lesquelles la baisse est en 2013-2014 de 13 % par rapport à la saison 2008-2009.

La **tuberculose** fait partie des maladies à prévention vaccinale et à déclaration obligatoire. 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. L'Île-de-France, Mayotte et la Guyane sont les trois régions de plus fort taux de déclaration. Le nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR), qui était stable depuis le début des années 2000, augmente en 2011 et 2012. L'Île-de-France cumule la moitié de ces cas et le nombre de cas ayant déjà bénéficié d'un traitement antituberculeux atteint, en 2012, celui des cas encore non traités. En juillet 2007, sur les recommandations du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, l'obligation vaccinale par le **BCG** a été suspendue et un régime de recommandation forte pour les enfants les plus exposés, dont ceux résidant en Île-de-France et dans les DOM, a été promulgué. La couverture par le BCG est insuffisante chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France¹⁶.

D'autres maladies infectieuses ne bénéficient pas d'une prévention vaccinale et la surveillance de leur évolution temporelle permet de mesurer l'efficacité des mesures préventives.

La **légionellose**, infection respiratoire provoquée par des bactéries du genre *Legionella*, 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.) mais le nombre de décès reste faible (moins d'une centaine de cas

16 Recommandations concernant la vaccination : <http://www.sante.gouv.fr/vaccination-par-le-bcg.html>

annuels). 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,...). 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.

Le sida, maladie due à l'infection par le **virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**, est responsable d'une pandémie majeure. La mise sur le marché de traitements efficaces permet désormais de retarder l'apparition des symptômes et de contrôler l'évolution de la maladie. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est devenue une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. Environ 150 000 (entre 135 000 et 165 000) personnes vivent avec le VIH en France en 2010, dont près de 120 000 sont 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 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. Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2012, dont 42 % d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 38 % d'hétérosexuels nés à l'étranger, 18 % d'hétérosexuels nés en France et 1 % d'usagers de drogues (UD). 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 UD. 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.

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. Avec respectivement 55% et 43 % des personnes infectées chroniques par le VHB et le VHC ignorant leur statut, 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. 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 et des niveaux d'activité de dépistage variables selon les régions.

L'usage de drogues constitue un facteur de risque de transmission du **VIH et du 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 et ce niveau est stable depuis 2004. L'impact de cette politique est toutefois plus nuancé sur la transmission du VHC car la prévalence du VHC reste à un niveau très élevé, près de la moitié des usagers étant contaminés actuellement. 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. 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.

La lutte contre les **infections sexuellement transmissibles** (IST) repose sur la prévention primaire, à travers la réduction des comportements à risque dans la population, et sur la prévention secondaire avec le diagnostic précoce, le dépistage, le traitement des patients et de leur(s) partenaire(s). La surveillance épidémiologique des IST repose sur plusieurs réseaux volontaires de cliniciens (RéSIST 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). Les indicateurs de surveillance des 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.

Les accidents

En 2012, la France métropolitaine se situe dans la moyenne des pays européens en ce qui concerne les **accidents de la route**, ayant atteint l'objectif européen de diviser par deux le nombre de personnes tuées sur les routes en 10 ans (2001-2010). Sur la période 2011-2013, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élèvent respectivement à 57 en métropole et 79 dans les DOM. D'après une 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. Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes et les 18-24 ans sont les plus touchés. La moto reste le mode de déplacement le plus dangereux.

Les **accidents de la vie courante** sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation, information ciblés sur les éléments humains, l'environnement physique et socioculturel propre à chaque type d'accident. Pourtant, les accidents de la vie courante entraînent chaque année en France plus de 20 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et 4,5 millions de recours aux urgences. Les chutes ont causé la moitié des décès, suivies des suffocations, des intoxications, des noyades, et des incendies. Au cours de l'été 2012, année marquée par un très fort taux de décès par noyade, il y a eu 1 238 noyades accidentelles, dont 497 suivies de décès et 59 suivies de séquelles. Tous les âges sont concernés par ces accidents. De manière plus générale, entre 2000 et 2010, les taux standardisés de mortalité par accidents de la vie courante ont diminué, cette diminution concernant les chutes et les noyades. Les décès par intoxication ont, par contre, augmenté. Les décès par incendie et suffocation n'ont pas évolué.

La santé bucco-dentaire des adultes

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 parodontales¹⁷, et de leur impact sur l'état de santé général, notamment chez les patients immunodéprimés ou atteints de pathologies cardio-vasculaires, de diabète, de cancer ou de pneumopathie obstructive chronique, en entraînant des complications infectieuses locales ou à distance. L'interrelation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général est particulièrement prononcée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement se trouvant en situation de précarité. En dépit d'une amélioration de la santé bucco-dentaire depuis quelques décennies, le taux de recours aux chirurgiens-dentistes, de l'ordre de 40 % en 2012 dans la population adulte, reste insuffisant. Des disparités importantes, de l'ordre de 20 %, sont observées entre les régions. Les personnes les plus âgées sont celles qui consultent le moins les chirurgiens dentistes.

17 Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien des dents.

Les femmes enceintes représentent une catégorie de la population particulièrement sensible aux pathologies bucco-dentaires. Les spécificités liées à la grossesse entraînent une susceptibilité accrue des muqueuses buccales aux agressions bactériennes, favorisant ainsi l'apparition de gingivites et le développement de parodontopathies. 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.

INDICATEURS DE SANTÉ TRANSVERSAUX

CADRAGE DÉMOGRAPHIQUE

POPULATION : 66,3 MILLIONS D'HABITANTS AU 1^{ER} JANVIER 2015

Au 1^{er} janvier 2015, la population française totalise 66,3 millions d'habitants : 64,2 millions vivent en métropole, 2,1 millions dans les cinq départements d'outre-mer (tableau 1). C'est 3,6 millions de plus qu'en 2005. Au 1^{er} janvier 2014, La France représente ainsi 13,0 % de la population de l'Europe à 28 pays. Elle se classe au deuxième rang derrière l'Allemagne (15,9 % et juste devant le Royaume-Uni (12,7 %). 63,9 millions et 59,7 millions respectivement au 1^{er} janvier 2014). Depuis dix ans, les écarts entre ces trois pays se sont resserrés. En 2014, l'Allemagne compte environ 14,8 millions d'habitants de plus que la France (y compris Mayotte), contre 20,3 millions en 2004. La population du Royaume-Uni a crû un peu plus rapidement que celle de la France : l'écart de population entre les deux pays est de 1,7 million d'habitants contre 2,5 millions en 2004.

Tableau 1 : Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2015

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
0-14 ans	12 343 985	18,6	6 308 074	19,6	6 035 911	17,7
15-24 ans	7 822 894	11,8	3 975 075	12,4	3 847 819	11,3
25-44 ans	16 718 839	25,2	8 260 620	25,7	8 458 219	24,7
45-64 ans	17 247 183	26,0	8 400 206	26,1	8 846 977	25,9
65-84 ans	10 226 225	15,4	4 574 963	14,2	5 651 262	16,5
85 ans ou plus	1 958 868	3,0	607 378	1,9	1 351 490	4,0
ensemble	66 317 994	100,0	32 126 316	100,0	34 191 678	100,0

Champ : France entière

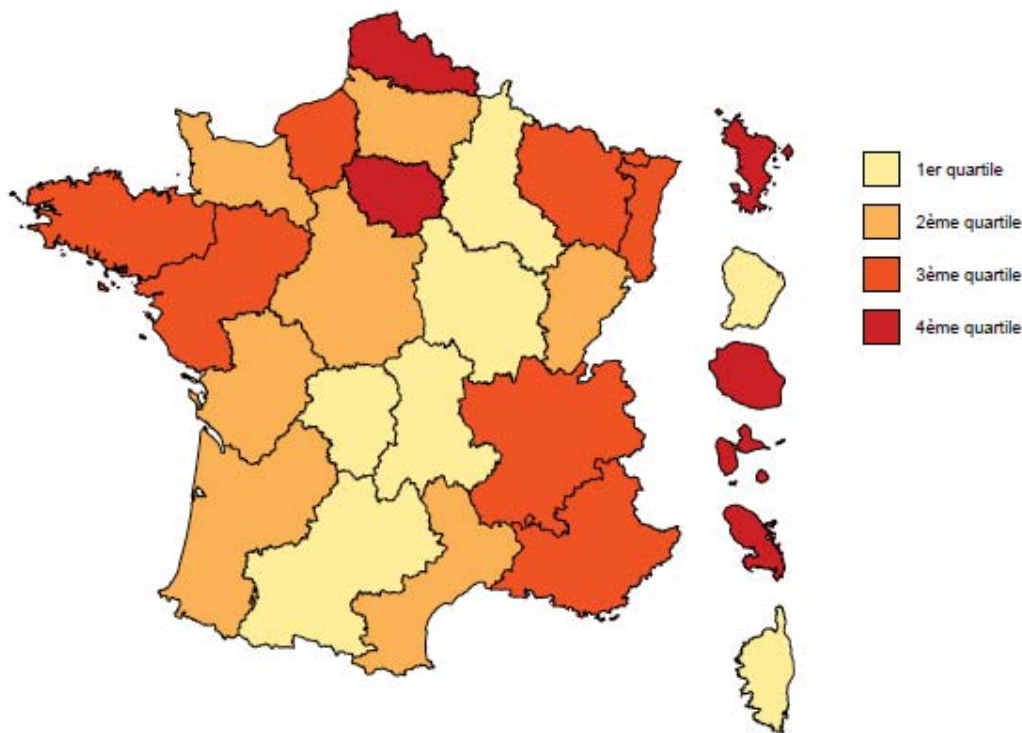
Source : INSEE, estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2014).

L'accroissement naturel (+258 000 personnes en 2014, France hors Mayotte) contribue pour plus de 85 % à la hausse de la population. En 2014, hors Mayotte, le solde naturel repart à la hausse après avoir diminué en 2012 et 2013 du fait de décès plus nombreux et de naissances en légère baisse. L'importance de l'accroissement naturel dans la variation de population caractérise la France au niveau européen depuis plusieurs années, en la situant, avec l'Irlande et le Royaume Uni, parmi les pays à croissance naturelle la plus élevée.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes avant 25 ans ; au-delà, cette prédominance s'inverse et devient particulièrement marquée à partir de 65 ans. Le nombre de naissances de garçons est supérieur à celui des filles (environ 17 000 en 2014), mais les taux de mortalité par âge, en 2012, sont toujours supérieurs chez les hommes, hormis entre 5 et 14 ans. Ils représentent environ le double de celui des femmes à partir de 20 ans.

En France métropolitaine, en 2012, la densité de population varie fortement selon les régions : de 37 habitants/km² en Corse à 9 992 habitants/km² en Ile-de-France (carte 1). Des données plus anciennes (2009) montrent que les variations sont encore plus marquées entre les départements, allant de 15 habitants/km² en Lozère pour le moins peuplé à 8 893 habitants/km² dans les Hauts-de-Seine et jusqu'à 21 196 habitants/km² à Paris. Dans les départements d'outre-mer (DOM), la situation est également très contrastée, la densité variant de 3 habitants/km² en Guyane à 351 en Martinique, 11^{ème} département français pour la densité.

Carte 1 : Densité de population par région en 2012, en quartiles



Champ : France entière
Source : INSEE.

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté

RÉPARTITION PAR ÂGE : 25 % DE MOINS DE 20 ANS ET 18 % DE 65 ANS OU PLUS

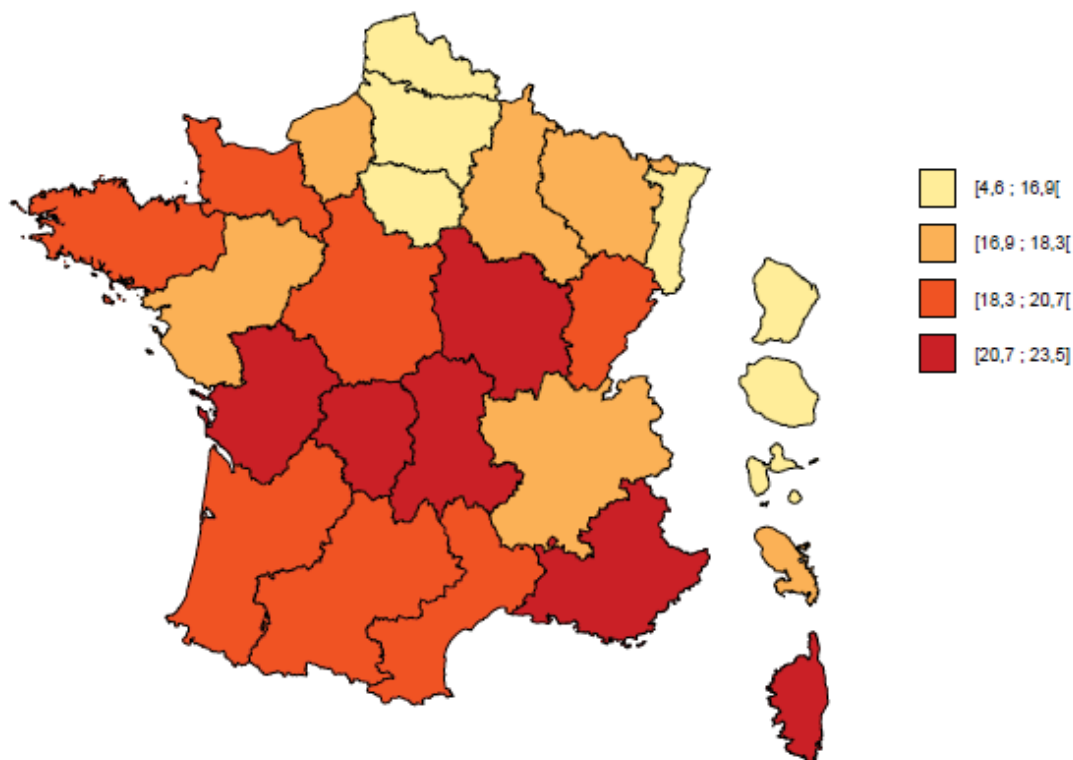
La population française (France entière hors Mayotte) continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. La part des personnes de moins de 20 ans est restée stable en 2014. Au 1^{er} janvier 2015, ce taux est estimé à 25 %, en France entière et a baissé de 2 points depuis 20 ans. Inversement, la part des personnes de 65 ans ou plus a augmenté (18 % au 1^{er} janvier 2015 contre 15 % vingt ans plus tôt). Chez les femmes, la part des moins de 20 ans n'est que de 23 % et la part des plus de 65 ans atteint 20 % alors que, chez les hommes la part des plus de 65 ans est de 16 %. Ce sont surtout les personnes de 75 ans ou plus qui sont de plus en plus nombreuses : elles représentent désormais 9 % de la population contre 6 % en 1994 et atteignent 11 % chez les femmes.

La France se situe ainsi dans la moyenne des pays européens. L'Italie est le pays où le poids des seniors est le plus élevé ; l'Irlande celui où il est le plus faible. En Allemagne, 21 % de la population a plus de 65 ans au 1^{er} janvier 2014, soit presque deux fois plus qu'en Irlande (12 %).

Même si le vieillissement de la population peut se constater sur tout le territoire, la situation des départements français est très variée en termes de répartition par âge. En 2013, comme les années précédentes, les départements les « plus jeunes » restent la Guyane et la Réunion, avec respectivement 5 % et 9 % de personnes âgées de 65 ans ou plus. En France métropolitaine, c'est la Seine-Saint-Denis qui présente le taux le plus faible de personnes âgées de 65 ans ou plus (11 %). À l'opposé, le département de la Creuse

enregistre le plus fort taux (27 %) : avec le Lot, ce sont les seuls départements français où plus d'un quart de la population est âgé d'au moins 65 ans. Outre les DOM, les régions où la part des personnes de plus de 65 ans est la plus faible sont l'Île-de-France et les régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie (carte 2).

Carte 2 : Part des personnes de 65 ans ou plus en 2013, en quartiles



Champ : France entière

Source : INSEE.

Note : chaque quartile comprend un quart des régions préalablement rangées dans l'ordre décroissant de l'indicateur présenté

NATALITÉ : 813 000 NAISSANCES EN 2014

En France entière hors Mayotte, en 2014, 813 000 enfants sont nés, dont 783 000 en métropole. Le nombre de naissances, bien que très légèrement supérieur à celui de 2013 (+1 500), est plus faible qu'en 2012 (-8 000) : après une augmentation continue depuis 1994 jusqu'au pic de 2010, une baisse est observée sur les dernières années.

Le taux de natalité correspond au rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. Assez stable entre 1995 et 2010, il diminue légèrement depuis 4 ans en France entière hors Mayotte. Il s'élève à 12,3 naissances pour 1 000 habitants en 2014 (tableau 2) en France entière et à 12,2 pour 1000 habitants en métropole.

En 2014, l'âge moyen des mères à l'accouchement atteint 30,2 ans (âge atteint dans l'année), soit une progression de 0,8 an en dix ans. L'âge des mères à l'accouchement du premier enfant est inférieur d'environ 2 ans à cet âge moyen¹⁸.

¹⁸ Cf fiche spécifique sur l'âge des mères dans la thématique « périnatalité »

Tableau 2 : Évolution du taux de natalité pour 1 000 habitants en France entre 1984 et 2014

Année	Nombre de naissances	Taux de natalité (pour 1 000 habitants)
1994	740 774	12,5
1995	759 058	12,8
1996	764 028	12,8
1997	757 384	12,7
1998	767 906	12,8
1999	775 796	12,9
2000	807 405	13,3
2001	803 234	13,1
2002	792 745	12,9
2003	793 044	12,8
2004	799 361	12,8
2005	806 822	12,8
2006	829 352	13,1
2007	818 705	12,8
2008	828 404	12,9
2009	824 641	12,8
2010	832 799	12,9
2011	823 394	12,7
2012 ^p	821 047	12,6
2013 ^p	811 510	12,4
2014 ^p hors Mayotte	813 000	12,3
2014 ^p yc Mayotte	820 000	12,4

p : résultats provisoires pour le nombre de naissances et les taux 2012, 2013 et 2014.

Champ : France entière (hors Mayotte) jusqu'en 2013, y compris Mayotte en 2014.

Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

FÉCONDITÉ : 2 ENFANTS PAR FEMME EN 2014

Le nombre de naissance dépend à la fois du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité, tous âges confondus. Le nombre de femmes en âge de procréer, défini comme le nombre de femmes âgées de 15 à 50 ans, baisse depuis 2007 ; le nombre de femmes âgées de 20 à 40 ans ne cesse de baisser depuis 1995 et le nombre de femmes de 15 à 50 ans depuis 2007. La fécondité, qui était restée en progression jusqu'en 2010 puis avait baissé depuis, augmente un peu à nouveau en 2014.

Le taux de fécondité est défini par le rapport du nombre d'enfants nés vivants de l'année à la population moyenne de l'année des femmes en âge de procréer (15-50 ans). Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge. L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge observés sur une année donnée. Cet indicateur mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés une année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. L'ICF est plus adapté que le taux de fécondité pour effectuer des comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations.

En 2014, l'ICF augmente légèrement par rapport à 2013 et s'établit à 2,00 enfants par femme (2,03 enfants par femme en 2010) (tableau 3). Les taux de fécondité poursuivent leur baisse chez les femmes de moins de 25 ans, se stabilisent entre 25 et 29 ans et sont en augmentation chez les femmes de 30 à 39 ans (graphique 1).

Tableau 3 : Évolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), du taux de fécondité par âge et de l'âge moyen à la maternité entre 1994 et 2014

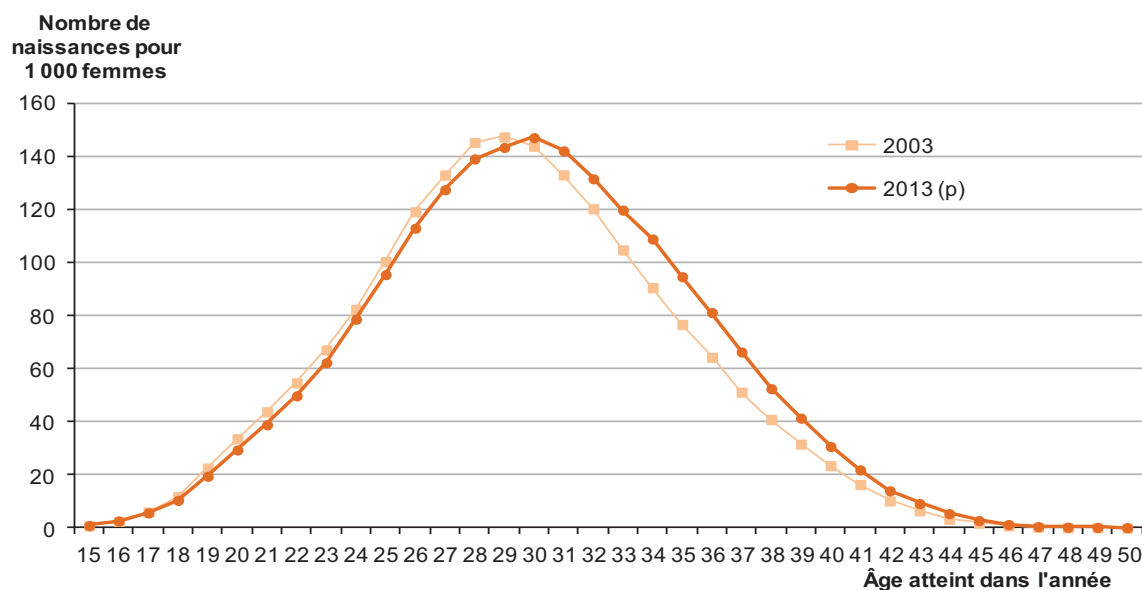
Année	Taux de fécondité par groupe d'âges (nombre de naissances pour 100 femmes)					Indicateur conjoncturel de fécondité (pour 100)	Âge moyen des mères (en années)
	15 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 - 39 ans	40 - 50 ans		
1994	3,4	12,9	9,3	3,8	0,4	166,3	28,8
1995	3,3	13,2	10,0	4,0	0,4	171,3	29,0
1996	3,2	13,1	10,4	4,2	0,4	173,3	29,1
1997	3,0	12,8	10,4	4,3	0,4	172,6	29,2
1998	3,0	12,9	10,8	4,5	0,5	176,4	29,3
1999	3,0	12,9	11,1	4,7	0,5	179,1	29,3
2000	3,2	13,4	11,6	5,0	0,5	187,4	29,4
2001	3,3	13,2	11,7	5,1	0,5	187,7	29,4
2002	3,2	13,0	11,7	5,1	0,5	186,4	29,5
2003	3,1	12,9	11,9	5,2	0,6	187,4	29,5
2004	3,2	12,9	12,0	5,4	0,6	189,8	29,6
2005	3,1	12,8	12,3	5,6	0,6	192,0	29,7
2006	3,2	13,0	12,7	6,0	0,6	198,0	29,8
2007	3,1	12,8	12,7	6,0	0,7	195,9	29,8
2008	3,2	12,9	13,0	6,2	0,7	199,0	29,9
2009	3,1	12,8	13,1	6,2	0,7	198,9	29,9
2010	3,1	12,9	13,3	6,3	0,7	201,6	30,0
2011	3,0	12,7	13,2	6,4	0,8	199,6	30,1
2012 ^p	3,0	12,5	13,2	6,6	0,8	199,3	30,1
2013 ^p	2,8	12,3	13,0	6,7	0,8	197,6	30,2
2014 ^p	2,7	12,3	13,2	6,9	0,8	198,3	30,3

p : résultats provisoires.

Champ : France entière (hors Mayotte)

Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Graphique 1 : Évolution des taux de fécondité par âge* entre 2003 et 2013



* Âge atteint dans l'année.

p : résultats provisoires.

Champ : France entière (hors Mayotte)

Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

La France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. Au sein de l'UE, la France et l'Irlande restent les pays les plus féconds. Ces deux pays dépassent largement la moyenne européenne (1,6 en 2012 contre 2 en France et en Irlande). Les niveaux de fécondité les plus bas se situent entre 1,3 et 1,4 enfant par femme et sont enregistrés dans les pays situés dans différentes zones géographiques de l'Europe, au Sud (Portugal, Espagne, Grèce, Chypre) mais aussi à l'Est (Slovaquie, Hongrie, Pologne, Allemagne).

MORTALITÉ : ENVIRON 8 DÉCÈS POUR 1000 HABITANTS EN 2014

En 2014, environ 556 000 personnes sont décédées en France, dont 544 000 en France métropolitaine, soit une baisse du nombre de décès par rapport à 2013. Cette baisse intervient après avoir atteint en 2012 et en 2013 les plus hauts niveaux depuis 20 ans, dépassant le nombre de décès de l'année 2003, année de l'importante canicule estivale (tableau 4). Le niveau annuel des décès résulte de la taille des générations décrite par la pyramide des âges et de la mortalité à chaque âge, mais aussi de facteurs plus conjoncturels tels que le climat et les conditions épidémiologiques de l'année. Le taux de mortalité brut suit la même tendance. Indépendamment de ces effets liés à la taille des générations, le taux de mortalité à chaque âge baisse régulièrement au fil des ans.

Tableau 4 : Évolution du taux brut de mortalité en France depuis 1994

Année	Nombre de décès	Taux de mortalité (pour 1 000 habitants)
1994	528 121	8,9
1995	540 313	9,1
1996	544 604	9,1
1997	539 267	9,0
1998	543 409	9,1
1999	547 266	9,1
2000	540 601	8,9
2001	541 029	8,8
2002	545 241	8,9
2003	562 467	9,1
2004	519 470	8,3
2005	538 081	8,5
2006	526 920	8,3
2007	531 162	8,3
2008	542 575	8,5
2009	548 541	8,5
2010	551 218	8,5
2011	545 057	8,4
2012 ^p	569 868	8,7
2013 ^p	569 236	8,7
2014 ^p hors Mayotte	555 000	8,4
2014 ^p yc Mayotte	556 000	8,4

* Taux pour 1 000 habitants.

p : résultats provisoires.

Champ : France entière.

Source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

En 2010, comme pour l'ensemble des pays européens, le taux de mortalité standardisé en France a diminué par rapport à l'année précédente (tableau 5). Pour les femmes, la France enregistre le plus bas taux de mortalité de l'Europe des 28, devant l'Espagne et l'Italie (6,9 décès pour 1 000 habitants en 2010). Pour les hommes la France se situe en 7^e position derrière notamment la Suède, le Royaume-Uni, la Grèce et la Norvège. Ce sont les pays d'Europe de l'Est qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés, avec 22,8 décès masculins pour 1 000 habitants en Lettonie et 13,8 décès féminins pour 1 000 en Bulgarie.

Tableau 5 : Évolution du taux de mortalité standardisé* en France et en Europe

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

* Taux pour 1 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne (European Free Trade Association)

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

Source : Eurostat, INSERM-CépiDc.

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE : 3,6 POUR 1 000 EN 2013¹⁹

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

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années. Mais, tandis qu'elle continue de baisser dans bon nombre de pays européens, elle reste globalement stable depuis quatre ans en France.

En 2013, France entière, le taux de mortalité infantile s'établit à 3,6 pour 1 000 (tableau 6). Sur la période 2010-2012, il était de 3,3 pour 1 000 en France métropolitaine alors qu'il atteignait 8,6 pour 1 000 dans les DOM.

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an surviennent au cours de la première semaine de vie et deux tiers d'entre eux au cours du premier mois de vie. La mortalité infantile est impactée de façon positive par la prise en charge de la précarité mais aussi, dans un sens opposé, par le pourcentage croissant d'enfants de petits poids de naissance résultant des progrès de l'obstétrique et de la néonatalogie. Des éléments complémentaires sont développés dans la fiche sur mortalité périnatale et mortalité infantile.

¹⁹ Voir également la fiche « Mortalité périnatale et mortalité infantile » dans la partie « périnatalité ».

Tableau 6 : Évolution du taux de mortalité infantile* en France

Année	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 enfants nés vivants)
1994	6,0
1995	5,0
1996	4,9
1997	4,9
1998	4,8
1999	4,4
2000	4,5
2001	4,6
2002	4,2
2003	4,2
2004	4,0
2005	3,8
2006	3,8
2007	3,8
2008	3,8
2009	3,9
2010	3,6
2011 ^p	3,5
2011 ^p	3,5
2013 ^p	3,6

* Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes.

p : résultats provisoires.

Champ: France entière

Source : Bilan démographique, INSEE

Références bibliographiques

- Bellamy V. et Beaumel C., « Bilan démographique 2013 : trois mariages pour deux Pacs », Insee Première no 1482, janvier 2014.
- Bellamy V. et Beaumel, « Bilan démographique 2012 : la France croit mais plus modérément », Insee Première n°1429, janvier 2013.
- « Démographie européenne », communiqué de presse no 173, Eurostat, novembre 2013.
- Tableaux de l'Économie Française - Édition 2014 - avril 2014.

DONNEES SYNTHETIQUES DE MORTALITE

ESPÉRANCE DE VIE : UN INDICATEUR SYNTHÉTIQUE À LA NAISSANCE ET À 65 ANS

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

Calculée à partir des quotients de mortalité par âge, l'espérance de vie est indépendante de la structure de la population. À cet égard, c'est un indicateur couramment utilisé à des fins d'analyses comparatives spatiales et temporelles. L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans, qui reflète la mortalité aux âges élevés, sont des indicateurs très utilisés au niveau international. Cet indicateur permet également de comparer la mortalité entre régions au cours d'une période donnée. Toutefois, l'espérance de vie à la naissance mesure la durée de vie moyenne des individus domiciliés dans une région au moment de leur décès. Elle ne permet pas de mesurer directement les différences de mortalité réelle des individus qui y sont nés ou y ont résidé à un moment donné, du fait des mouvements migratoires. Des travaux ont néanmoins montré que la mobilité résidentielle affectait peu les disparités régionales (Daguet, 2006).

L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE : 79,2 ANS POUR LES HOMMES ET 85,4 ANS POUR LES FEMMES EN 2014

En France, en 2014, l'espérance de vie à la naissance augmente, après avoir marqué le pas en 2012 et augmenté légèrement en 2013. Dans les conditions de mortalité de 2014, une femme vivrait en moyenne 85,4 ans et un homme 79,2 ans. L'espérance de vie des femmes atteint en 2014 son plus haut niveau et celle des hommes gagne 0,8 an par rapport à l'année 2011. En dix ans, l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,5 ans et celle des femmes de 1,6 an.

L'écart entre les deux sexes ne cesse de se réduire. Il était de 8,2 ans en 1994, puis de 7,1 ans en 2003 ; il est désormais de 6,2 ans en 2014. Dans les années 1980, l'espérance de vie masculine a rejoint le rythme de croissance rapide de l'espérance de vie féminine pour le dépasser sur les dernières années (tableau 1).

Dans quasiment tous les pays de l'Union européenne, la durée de vie s'allonge et les écarts entre hommes et femmes se réduisent. L'espérance de vie à la naissance des femmes est la plus élevée en France, en Espagne et en Italie tandis qu'elle culmine en Suède et en Espagne pour les hommes.

En 2012, il existe en France des disparités régionales. L'espérance de vie des hommes varie de 80,1 ans en Ile-de-France à 75,4 ans en Nord-Pas-de-Calais. A l'exception de l'Ile-de-France et de l'Alsace, elle est en moyenne plus élevée dans les régions de la moitié sud de la France métropolitaine. La Martinique se situe également dans cette première moitié.

Pour les femmes, l'espérance de vie varie de 85,5 ans en Ile-de-France à 82,8 ans en Nord-Pas-de-Calais. Si l'on retrouve ici également un gradient nord-sud, les différences sont quantitativement moins nettes.

L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS : 19,1 ANS POUR LES HOMMES ET 23,4 ANS POUR LES FEMMES EN 2012

L'augmentation de l'espérance de vie est la conjugaison de plusieurs facteurs intervenant avant et après l'âge de 65 ans. Entre autres facteurs, on trouve notamment : le progrès médical et l'amélioration de l'accès aux soins de santé, l'évolution de l'environnement (meilleures conditions de vie et changement de la nature des emplois) et les changements de comportements individuels (comportements en matière d'hygiène et de prévention), en lien avec la hausse du niveau d'éducation. Dans la plupart des pays développés, les décès prématurés jouent un rôle de moins en moins important au sein de l'évolution générale de la mortalité. L'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés et très élevés. L'espérance de vie à 65 ans est donc un indicateur utile à suivre dans le contexte des pays développés. L'espérance de vie à 65 ans a progressé en France. En 2012, elle est de 23,4 ans pour les femmes, soit 2,2 ans de plus qu'en 2000, et de 19,1 ans pour les hommes, soit 2,4 ans de plus qu'en 2000. Si l'on observe les autres pays européens, il apparaît que l'espérance de vie à 65 ans en France est la plus élevée d'Europe pour les femmes et la troisième pour les hommes derrière l'Islande et la Suisse. Chez les hommes, le décalage observé entre le positionnement très favorable de l'espérance de vie après 65 ans et plutôt moyen de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés²⁰.

Tableau 1 : Évolution des espérances de vie* à la naissance, par sexe

	Hommes	Femmes
1994	73,6	81,9
1995	73,8	81,9
1996	74,1	82,0
1997	74,5	82,3
1998	74,7	82,4
1999	74,9	82,5
2000	75,3	82,8
2001	75,4	82,9
2002	75,7	83,0
2003	75,8	82,9
2004	76,7	83,8
2005	76,7	83,8
2006	77,1	84,2
2007	77,4	84,4
2008	77,6	84,3
2009	77,7	84,4
2010	78,0	84,6
2011 ^p	78,4	85,0
2012 ^p	78,5	84,8
2013 ^p	78,7	85,0
2014 ^p	79,2	85,4

p : résultats provisoires.

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

Lecture : En 2014, l'espérance de vie des hommes est de 79,2 ans. Ce chiffre représente le nombre moyen d'années à vivre des hommes à la naissance avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2014.

Champ : France entière.

Sources : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

20 (Cf chapitre 3 pour des données plus détaillées sur l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité).

TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET « ÉVITABLE »

Mortalité prématurée : toujours plus de deux fois supérieure chez les hommes que chez les femmes

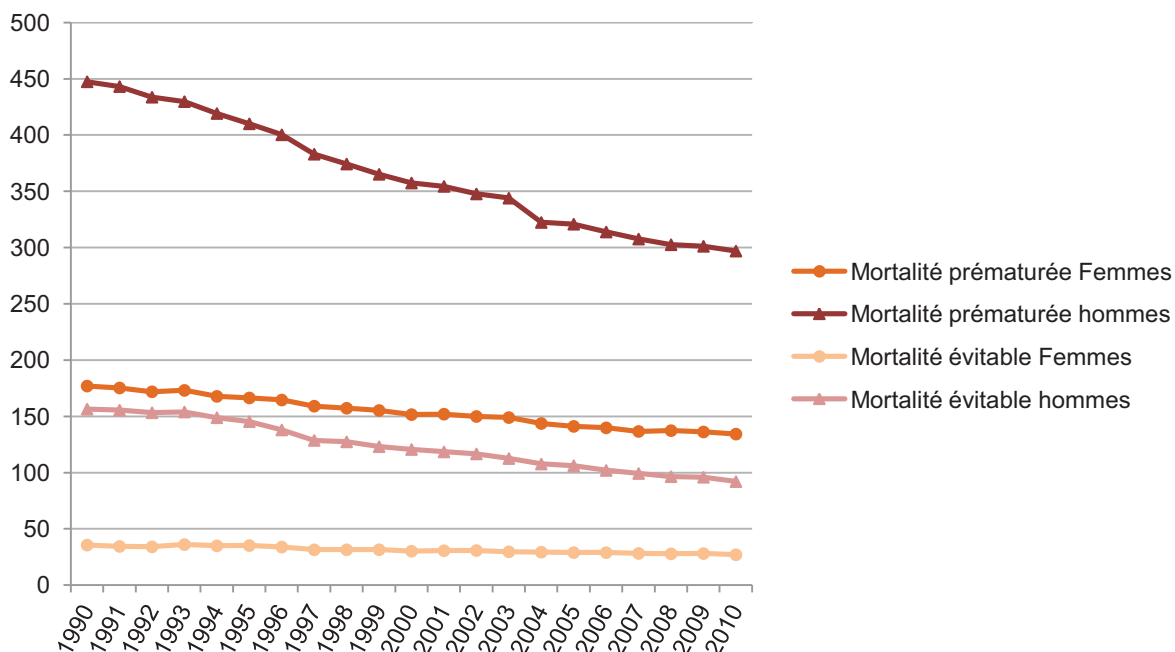
La mortalité prématurée est constituée par convention de l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Cette limite d'âge (qui contient nécessairement une part d'arbitraire) est souvent retenue, en particulier au niveau européen et en France par le Haut Conseil de Santé Publique. En 2010, on comptait 109 074 décès prématurés soit 20 % de l'ensemble des décès.

Le taux standardisé de décès prématurés est nettement plus élevé chez les hommes (297 pour 100 000 contre 134 pour les femmes, soit un taux multiplié par 2,2 chez les hommes). La mortalité augmente fortement avec l'âge.

Entre 2000 et 2010, on observe une stagnation des effectifs de décès « prématurés » (+0,7 %) et une baisse des taux de mortalité prématurés (-15 %). Cette diminution est plus marquée pour les hommes (-17 %) que pour les femmes (-11 %).

Le niveau de la mortalité varie fortement selon les régions françaises (cartes 1 à 4). Les taux de décès les plus élevés s'observent dans le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et la Haute-Normandie, les taux les plus faibles en Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Île-de-France et Alsace. La baisse de la mortalité (entre 2000-2002 et 2008) concerne toutes les régions (de -16 % en Corse, Île-de-France et Alsace à -7 % en Basse-Normandie). En 2007, parmi les 28 pays de l'Union européenne, la France présente les taux de décès prématurés masculins les plus élevés après les pays d'Europe centrale et les Pays baltes, la Finlande et le Portugal. Les taux français sont ainsi 17 % plus élevés que ceux du Royaume-Uni (graphique 2).

Graphique 1 : Évolution des taux standardisés de mortalité prématurée* (0 à 64 ans) en France

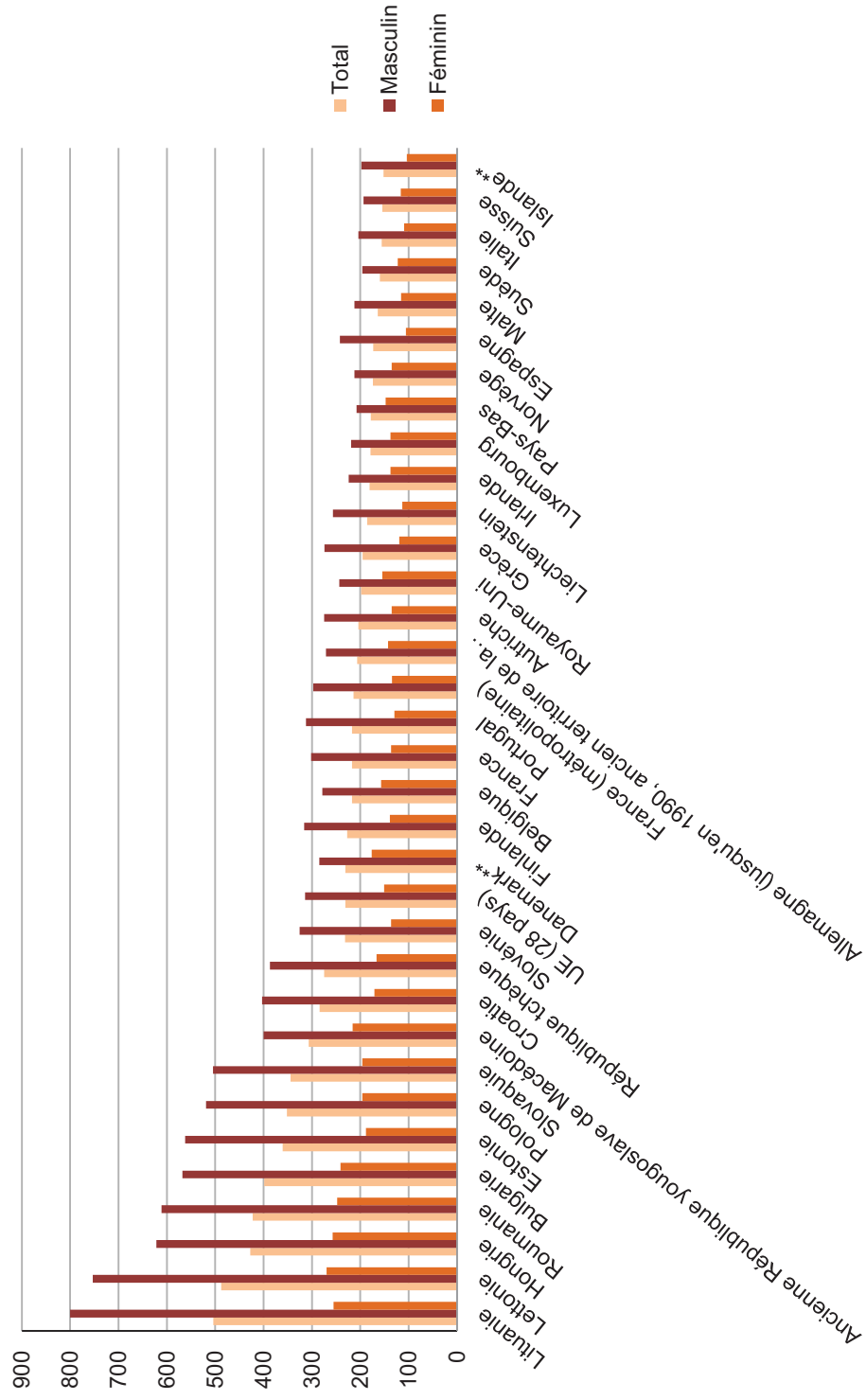


*Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne et EFTA (European Free Trade Association).

Champ: France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc

Graphique 2 : Taux standardisés de mortalité en Europe en 2010



* Taux pour 1000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne et EFTA (European Free Trade Association).

** Données 2009

Champ: Europe 28 pays.

Sources : Eurostat, INSERM-CépiDc.

Tableau 2 : Nombre et taux de décès « évitables » et prématurés selon le sexe entre 1990 et 2010

Sexe	Année	Effectifs domiciliés	Évitable/Prématurée	Taux de décès*	Var (2010-1990)**	Var (2010-2000)***
Mortalité prématurée						
Masculin	1990	89 566		447,4		
	2000	75 162		357,4		
	2010	74 036		296,9	-33,63%	-16,92%
Féminin	1990	37 055		177,0		
	2000	33 102		151,7		
	2010	35 038		134,3	-24,11%	-11,42%
Total	1990	126 621		309,2		
	2000	108 264		252,9		
	2010	109 074		13,8	-30,84%	-15,44%
Mortalité évitable						
Masculin	1990	36111	40%	178,7		
	2000	29529	39%	137,9		
	2010	26405	36%	106,6	-40,34%	-22,71%
Féminin	1990	8470	23%	39,9		
	2000	7651	23%	34,1		
	2010	8058	23%	31,2	-21,71%	-8,49%
Total	1990	44581	35%	108,0		
	2000	37180	34%	85,3		
	2010	34463	32%	68,1	-36,92%	-20,13%

* Taux pour 1000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne et EFTA (European Free Trade Association).

** (taux 2010 - taux 1990) / taux 1990 (en %).

*** (taux 2010 - taux 2000) / taux 2000 (en %).

Champ: France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Mortalité « évitable » liée aux pratiques de prévention primaire : 36 % de la mortalité prématurée chez les hommes et 23 % chez les femmes

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué intitulé « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire » (résumé ici par le terme mortalité « évitable »). Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses, etc. (tableau 5). Un tel regroupement a permis de mettre en évidence la situation très défavorable de la France pour l'ensemble de ces pratiques. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida²¹.

Le nombre de décès correspondant à la mortalité « évitable » est de 34 460 en 2010. La mortalité est plus élevée chez les hommes (qui représentent 77 % des décès observés et dont le taux de décès est multiplié par 3,3 par rapport à celui des femmes). La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité prématurée est de 36 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes. Les taux de décès « évitables » diminuent entre 2000 et 2010

21 Un autre indicateur de mortalité « évitable », liée au fonctionnement du système de soins, peut également être utilisé. Cet indicateur, qui pose davantage de problèmes de définition, est en cours de validation et n'est pas présenté ici.

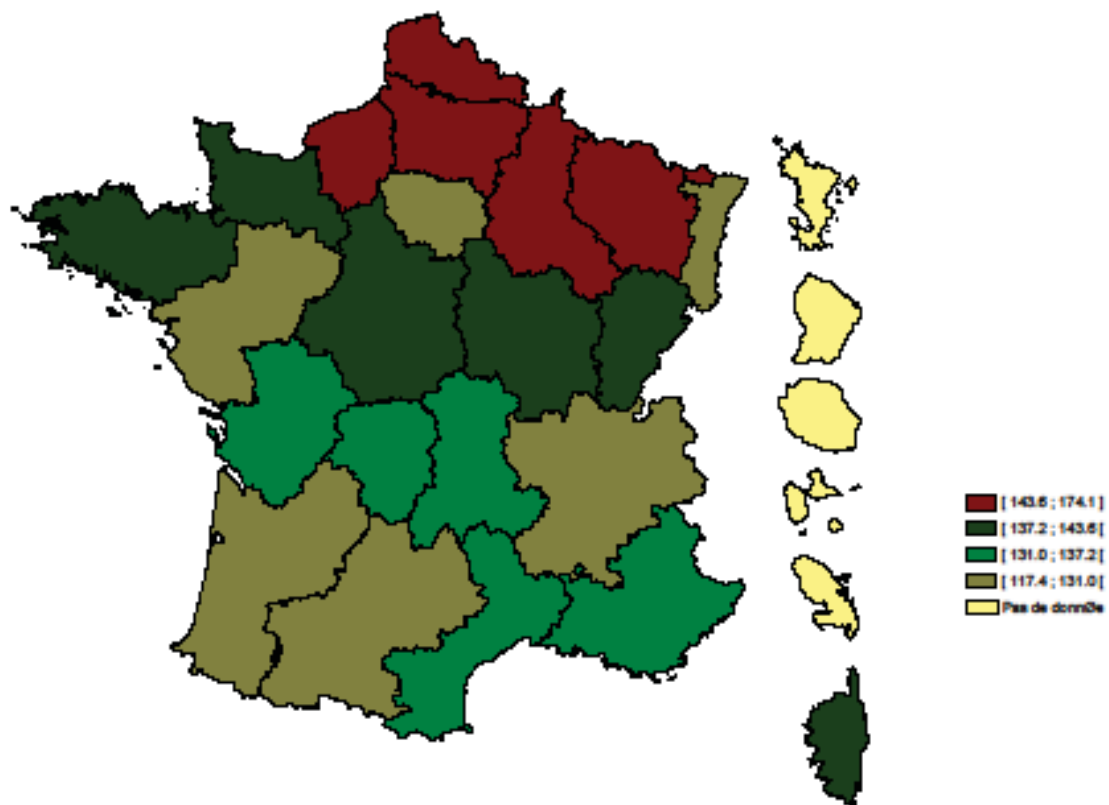
(tableau 4) mais plus nettement chez les hommes (-23 % contre -8 % chez les femmes). La mortalité la plus élevée est observée dans le Nord-Pas-de-Calais puis en Bretagne, la plus basse en Île de-France et en Alsace (cartes 3 et 4). Dans les DOM, la mortalité « évitable » est plus basse qu'en métropole sur la période 2008-2010. Chez les femmes elle varie de 15,8 en Martinique à 25,9 pour 100 000 habitants en Guyane (contre 31,9 en moyenne en métropole) et de 69,8 en Martinique à 113,3 pour 100 000 à la réunion chez les hommes (contre 109,6 en moyenne en métropole).

En 2010, parmi les 28 pays européens, c'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé après les pays d'Europe centrale et les pays baltes, devant la Belgique, la Finlande et le Portugal.

Tableau 3 : Causes de mortalité « évitables » et codes CIM (Classification Internationale des Maladies) associés

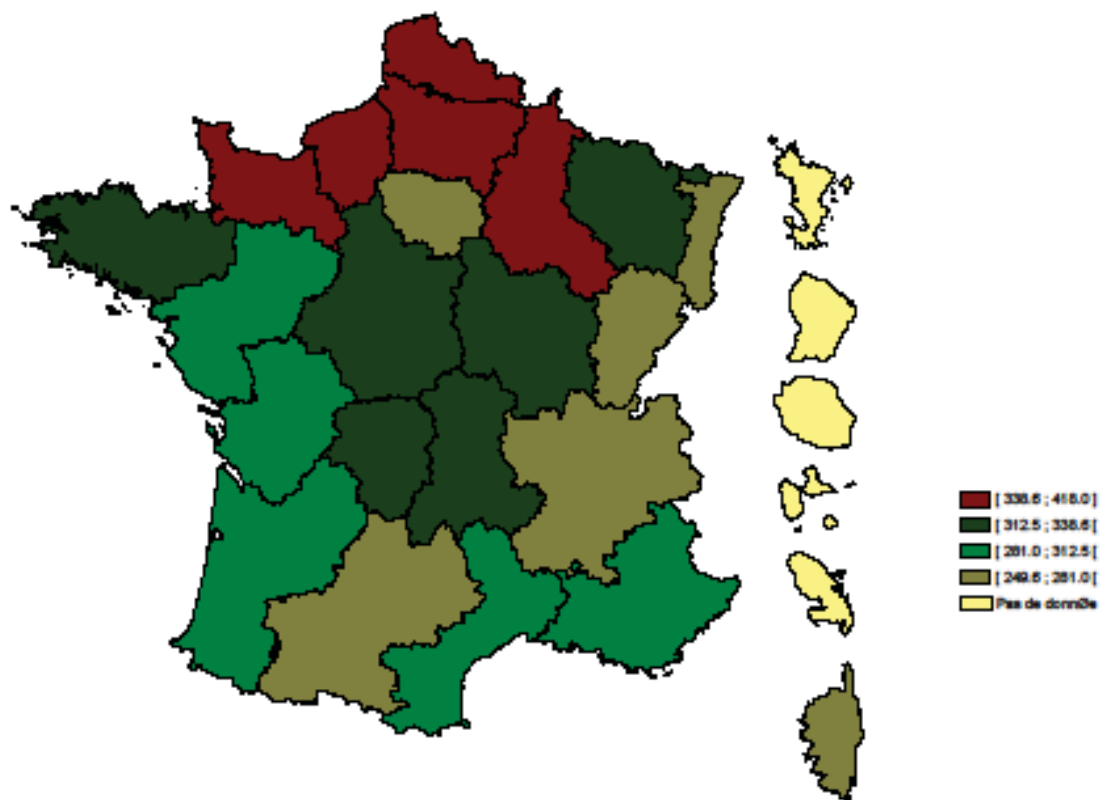
Codes CIM9	Codes CIM10	Libellés
042-044	B20-B24	Sida et infections par le VIH
140-149	C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
150	C15	Tumeur maligne de l'œsophage
161		Tumeur maligne du larynx
162	C32-C34	Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon
291,303	F10	Psychose alcoolique et alcoolisme
571.0-3,5	K70., K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie
E810-E819/E826-E829	V01-V89	Accidents de la circulation
E880-E888	W00-W19	Chutes accidentelles
E950-E959	X60-X84	Suicides
	Y87.0	Séquelles de suicides

Carte 1 : Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité prématurée pour les femmes en France métropolitaine - Année 2010



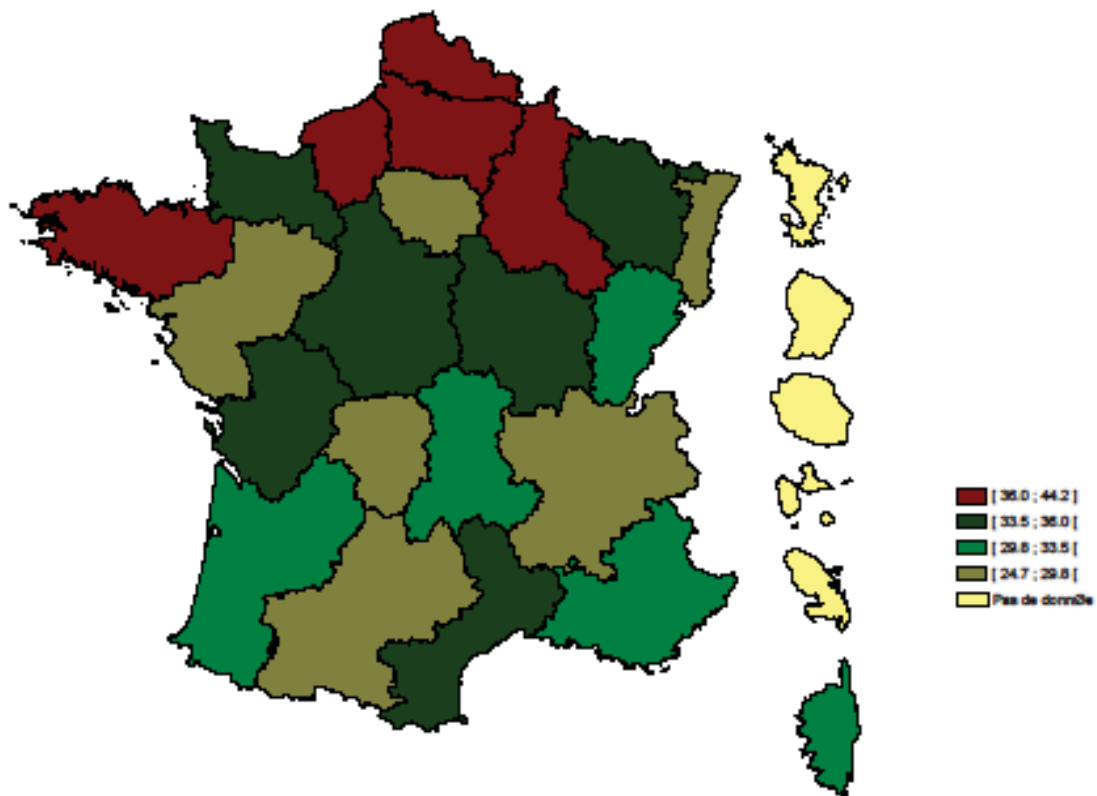
*Taux standardisés de décès pour 100.000 habitants - Population de référence pour la structure d'âge : Européenne & European Free Trade Association
Sources : INSERM-CépiDc.

Carte 2 : Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité prématurée pour les hommes en France métropolitaine - Année 2010



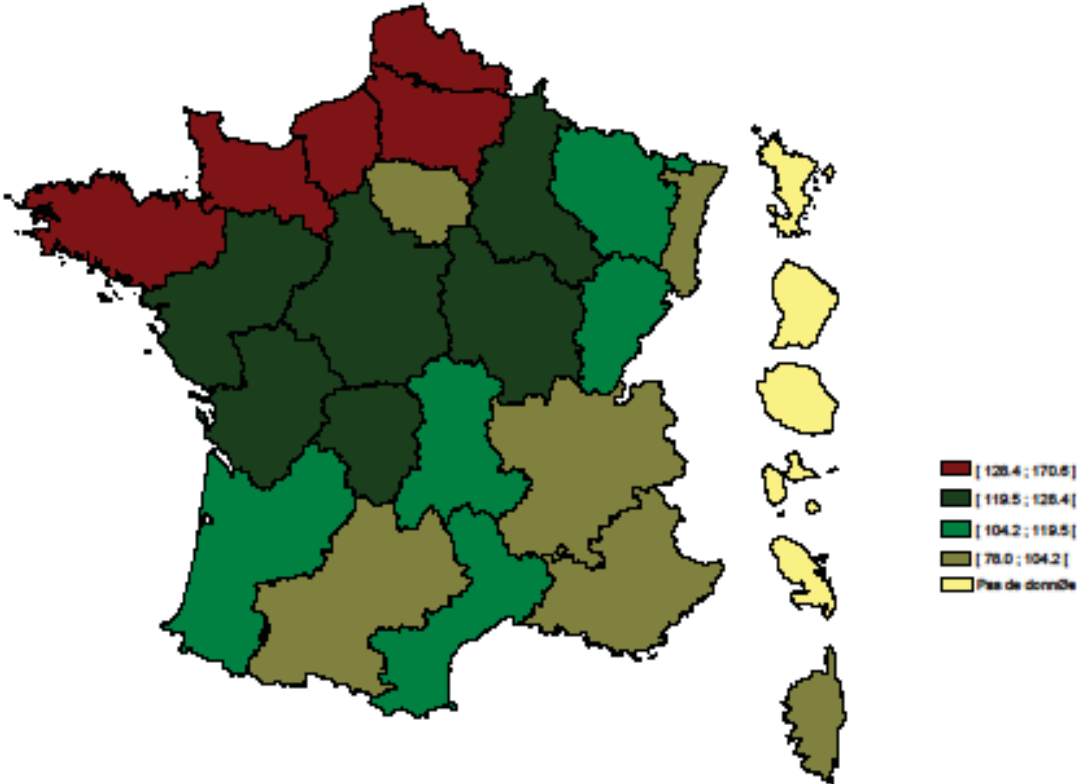
*Taux standardisés de décès pour 100.000 habitants - Population de référence pour la structure d'âge : Européenne & European Free Trade Association
Sources : INSERM-CépiDc.

Carte 3 : Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité « évitable » pour les femmes en France métropolitaine - Moyennes années 2008-2010



*Taux standardisés de décès pour 100.000 habitants - Population de référence pour la structure d'âge : Européenne & EFTA
Sources : INSERM-CépiDc.

Carte 4 : Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité « évitable » pour les hommes en France métropolitaine - Moyennes années 2008-2010



*Taux standardisés de décès pour 100.000 habitants - Population de référence pour la structure d'âge : Européenne & EFTA
Sources : INSERM-CépiDc

Références bibliographiques

Jouglu E., Pavillon G., 2008, «Vivre plus vieux, mourir plus jeune», La Recherche, 418, 52-54

Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jouglu E., 2007, «Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004», Le Concours médical, 31-32: 1085 -1094.

Salem G., Rican S., Jouglu E., 2000, Atlas de la santé en France – les causes de décès, John Libbey ed.; 1:187 p.

Jouglu E., Rey G., Bovet M., Pavillon G., 2009, «La mortalité prématurée», in Bourdillon F., Traité de prévention, Flammarion.

Bellamy V. et Beaumel C., « Bilan démographique 2013 : Insee Première n°1482, janvier 2014

INDICATEURS SYNTHÉTIQUES RELATIFS À LA MORBIDITÉ DÉCLARÉE

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

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

68 % DES FRANÇAIS DÉCLARENT ÊTRE EN BONNE OU TRÈS BONNE SANTÉ

L'auto-évaluation de la santé permet de construire un indicateur synthétique reflétant la distribution des personnes selon qu'elles déclarent que leur santé est très bonne, bonne, assez bonne, mauvaise ou très mauvaise. Cet indicateur global peut refléter ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, comme la gravité des maladies, certains aspects positifs de l'état de santé, certains troubles qui ne donnent pas lieu à un recours au système de soins, les composantes physiologiques ou encore certaines dimensions psychologiques, mentales, culturelles et sociales de la santé.

Selon l'enquête Statistique sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) 2012 de l'INSEE, 68 % des personnes de 16 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé, soit la même proportion qu'en 2004, alors qu'un peu moins d'une sur quatre considère que son état de santé est assez bon et 8,5 %, qu'il est mauvais voire très mauvais (11 % en 2004). Les hommes ont une plus grande propension que les femmes à estimer que leur santé est très bonne (tableau 1). La perception d'une bonne (a fortiori d'une « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus (graphique 1). La santé perçue des hommes reste constamment meilleure que celle des femmes pour toutes les tranches d'âge en dessous de 75 ans et devient proche ensuite.

Tableau 1 : État de santé perçue selon le sexe en 2012* (en %)

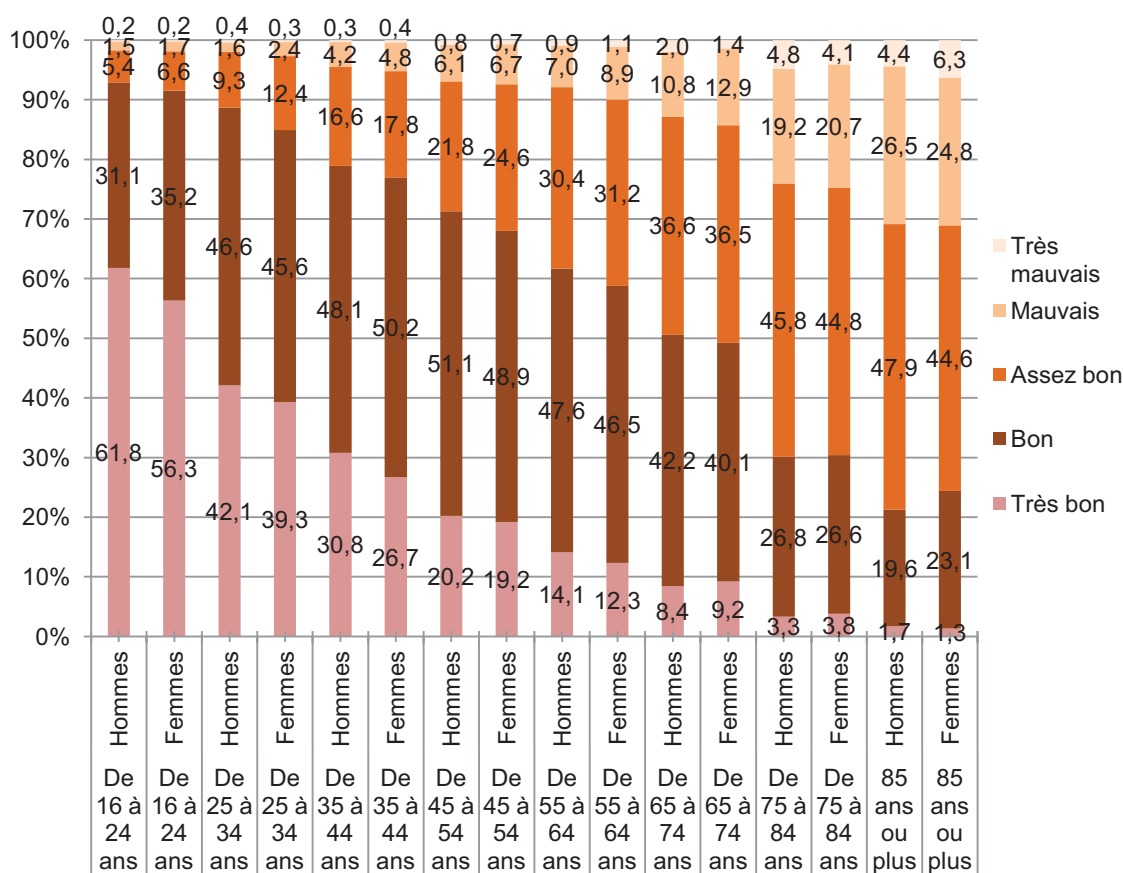
État de santé général	Ensemble	Hommes	Femmes
Très bon	25,2	27,1	23,4
Bon	42,9	43,3	42,5
Assez bon	23,4	22,1	24,6
Mauvais	7,4	6,5	8,2
Très mauvais	1,1	1,1	1,2

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

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) - SILC, INSEE - Eurostat, 2012.

Graphique 1 : État de santé perçue selon l'âge et le sexe en 2012* (en %)



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

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

MOINS DE 15 % DES PERSONNES ÂGÉES DE 16 À 24 ANS DÉCLARENT AVOIR UNE MALADIE OU UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE, CONTRE 73 % DES PERSONNES ÂGÉES DE 85 ANS OU PLUS

La proportion de personnes déclarant avoir actuellement une maladie chronique est relativement élevée (37 %) (tableau 2), y compris chez les plus jeunes (graphique 2). Cette réponse ne renvoie pas toujours à des maladies graves : la déclaration de problèmes de santé ou de maladies chroniques recouvre probablement des problèmes tels que des troubles mineurs de vision aisément corrigés par des lunettes, des problèmes dentaires ou encore des facteurs de risque cardiovasculaires (hypercholestérolémies, surpoids, etc.). La proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de moins de 15 % pour les 16-24 ans à 73 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Tableau 2 : Maladie chronique selon le sexe en 2012* (en %)

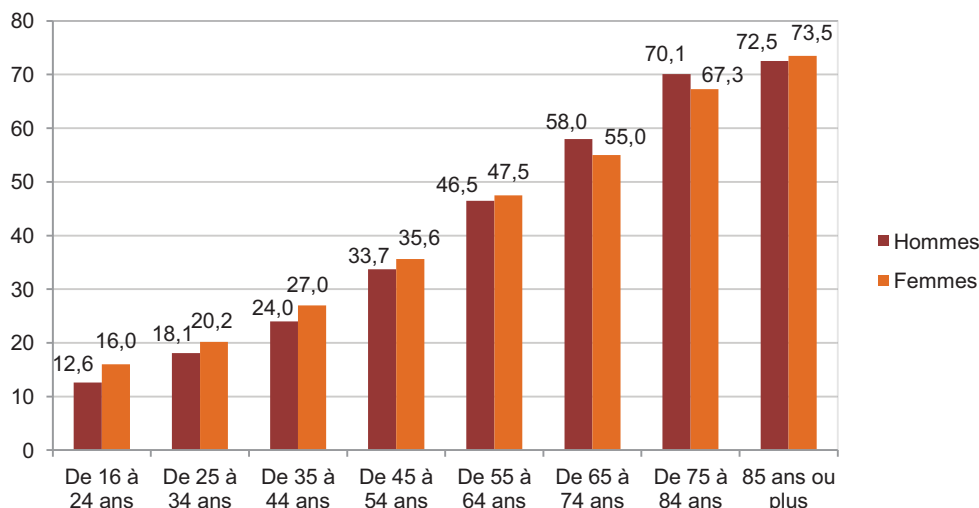
	Ensemble	Hommes	Femmes
2004	36,1	34,6	37,4
2006	34,4	32,8	35,9
2008	36,7	35,1	38,2
2010	36,9	35,0	38,6
2012	36,6	34,9	38,2

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

Champ: France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Graphique 2 : Déclaration de « maladie chronique » selon le sexe et l'âge en 2012 (en %)



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

Champ: France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

À PARTIR DE 75 ANS, UNE MAJORITÉ DE PERSONNES DÉCLARENT ÊTRE LIMITÉES DURABLEMENT DANS LES ACTIVITÉS QUE FONT LES GENS HABITUELLEMENT

En 2012, 25 % de la population de 16 ans ou plus déclarent une limitation durable (depuis au moins six mois) dans les activités que les gens font habituellement à cause de problèmes de santé (tableau 3). Ils étaient 23 % en 2004.

Cette proportion est faible chez les jeunes (moins de 10 % chez les 16-24 ans). Elle augmente progressivement avec l'âge, passant d'environ 30 % pour les personnes de 55-64 ans à epersonnes sur 4 pour les 85 ans et plus. Cette proportion est globalement un peu plus élevée pour la population féminine (77,5 % contre 72,9 % pour les hommes chez les 85 ans et plus) (graphique 3).

Tableau 3 : Limitation d'activité depuis au moins six mois selon le sexe en 2012* (en %)

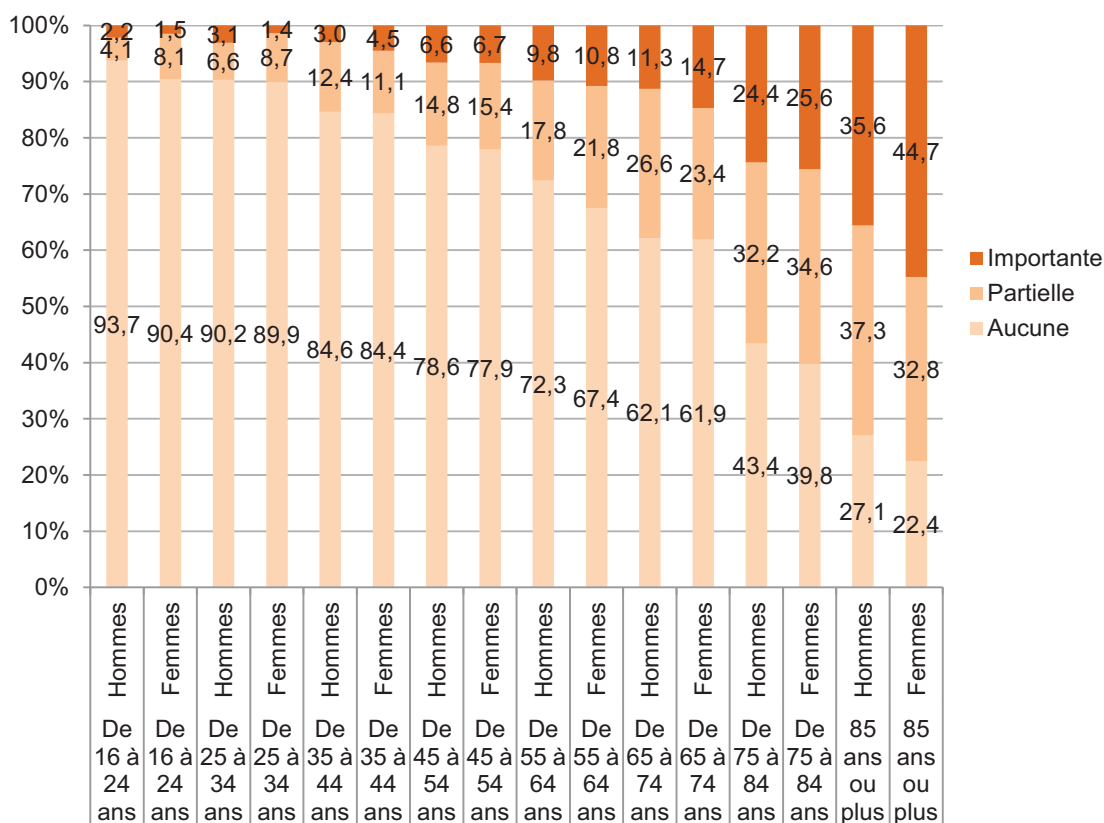
Limitation d'activité depuis au moins 6 mois	Total	Hommes	Femmes
Très limité(e)	8,8	7,8	9,7
Limité(e)	16,3	15,2	17,3
Non	74,9	77,1	73,0

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

Champ: France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Graphique 3 : Répartition des personnes déclarant une limitation d'activité* depuis au mois six mois selon l'âge et le sexe en 2012 (en %)



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

Champ: France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

Pour la première fois en 2004, les données des enquêtes européennes EU-SILC ont été rendues disponibles pour 13 pays européens. En 2012, on dispose de données pour 31 pays (tableau 4). Ces enquêtes permettent de comparer les réponses aux trois questions du mini-module sur la santé déclarée. Il faut cependant rester prudent sur l'interprétation de ces données. En effet, les écarts constatés peuvent relever notamment de propensions différentes à déclarer certains troubles de santé comme les maladies chroniques. C'est en Irlande (83 % - Données 2011), en Suisse (82 %) et en Suède (81 %), que l'on trouve la plus forte proportion de la population jugeant sa santé bonne ou très bonne. La France se place en 18e position (68 %). C'est en Croatie que la proportion de personnes se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé est la plus élevée : une personne sur quatre est concernée (8,5 % en France). La Bulgarie est le pays où la proportion de personnes déclarant ne pas être atteintes de maladies chroniques est la plus forte (81 %). La France se situe dans une position plutôt défavorable : seuls 63 % de la population déclarent ne pas avoir de maladie chronique. Cette notion dépend également de la capacité des systèmes de soins à détecter ces pathologies. Concernant les limitations d'activité, la France arrive au 17e rang : 75 % de personnes déclarent ne pas être limitées dans leurs activités. Elle se situe derrière Malte (89,9 %), la Norvège (86,5 %), la Suède (84,4 %) et l'Irlande (83 % - Données 2011) qui ont les taux les plus élevés. En Finlande, Allemagne, Slovaquie et Estonie, moins de 70 % de personnes déclarent ne pas être limitées dans les activités habituelles en raison de problèmes de santé.

Tableau 4 : Comparaison de l'état de santé déclaré* en Europe en 2012

	Santé perçue (%)			Maladie chronique (%)	Limitation d'activité		
	Bonne ou très bonne	Assez bonne	Mauvaise ou très mauvaise		Non	Oui, limité(e)	Oui, très limité(e)
Belgique	74,3	16,8	8,9	24,4	78,2	14,2	7,5
Bulgarie	66,6	21,5	11,9	18,6	81,5	14,6	3,9
Rép tchèque**	60,4	26,8	12,8	30,0	76,3	17,5	6,2
Danemark	70,8	21,6	7,7	28,9	72,4	20,8	6,8
Allemagne	65,3	26,0	8,5	37,0	66,0	23,2	10,9
Estonie	52,4	31,4	16,3	43,7	67,4	22,8	9,8
Irlande (2011)	83,1	14	2,8	26,5	83	12	4,9
Grèce	74,8	15,8	9,3	23,8	77,3	12,6	10,1
Espagne	74,3	17,6	8,1	26,2	78,2	16,7	5,1
France	68,1	23,4	8,5	36,6	74,9	16,3	8,8
Croatie	47,2	27,0	25,8	29,4	76,9	17,8	5,3
Italie	68,4	19,2	12,4	24,5	70,8	19,8	9,5
Chypre	77,1	16,1	6,7	32,6	79,6	12,5	7,9
Lettonie	47,6	37,5	14,9	35,2	71,2	21,9	6,9
Lituanie	44,3	35,1	20,6	29,6	74,2	17,7	8,2
Luxembourg	73,8	18,9	7,4	20,2	80,5	13,7	5,8
Hongrie	57,6	26,4	16,1	36,0	74,6	17,5	7,9
Malte	73,7	23,0	3,4	28,9	89,9	7,3	2,8
Pays-Bas	75,6	18,6	5,8	34,6	71,9	22,3	5,8
Autriche	70,0	21,0	9,0	33,1	72,9	17,6	9,6
Pologne	57,7	27,6	14,7	34,5	76,5	16,1	7,5
Portugal (2011)	48,1	33,8	18,2	37,1	70,5	20,3	9,3
Roumanie	70,3	20,2	9,6	19,8	74,5	17,5	8,0
Slovénie	63,1	24,4	12,4	35,3	66,6	22,0	11,5
Slovaquie	65,6	21,7	12,6	29,8	66,8	23,2	10,0
Finlande	67,1	26,1	6,7	46,7	65,7	27,1	7,1
Suède	81,1	14,7	4,3	34,0	84,4	9,5	6,1
Royaume-Uni	74,7	17,1	8,2	32,9	78,2	11,1	10,6
Islande	76,9	18,1	5,0	28,8	83,0	6,8	10,2
Norvège	78,8	14,9	6,3	30,8	86,5	9,2	4,3
Suisse	81,9	14,9	3,1	34,0	81,0	13,2	5,8

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

** Peu fiable

Champ: 31 pays d'Europe, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ À 65 ANS

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) permet d'évaluer le nombre d'années de vie avec et sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale. L'incapacité mesure des difficultés au niveau de l'activité des personnes en raison de problèmes de santé. Elle recouvre différentes dimensions qu'il est pertinent de distinguer puisqu'elles correspondent à des situations et des besoins différenciés. Les formes les plus fréquentes sont les troubles des fonctions physiques et sensorielles qui augmentent fortement avec l'âge mais qui, pour bon nombre d'entre elles, peuvent être efficacement compensées par des aides techniques, l'aménagement du domicile ou la rééducation. Les formes les plus complexes sont les situations dans lesquelles les individus sont gênés dans leurs activités du quotidien : par exemple pour les tâches domestiques ou les soins personnels. Ces personnes ont alors besoin de l'assistance d'un tiers pour assurer ces activités.

On estime plusieurs indicateurs d'EVSI pour refléter ces diverses dimensions de la santé fonctionnelle afin de pouvoir distinguer les situations des personnes et les besoins qui leur sont associés. L'enquête « Handicap-Santé » a permis de calculer de nouvelles EVSI pour 2008 : les espérances de vie sans limitations fonctionnelles, sans gênes dans les activités en général, sans restrictions dans les activités domestiques et sans restriction dans les activités de soins personnels.

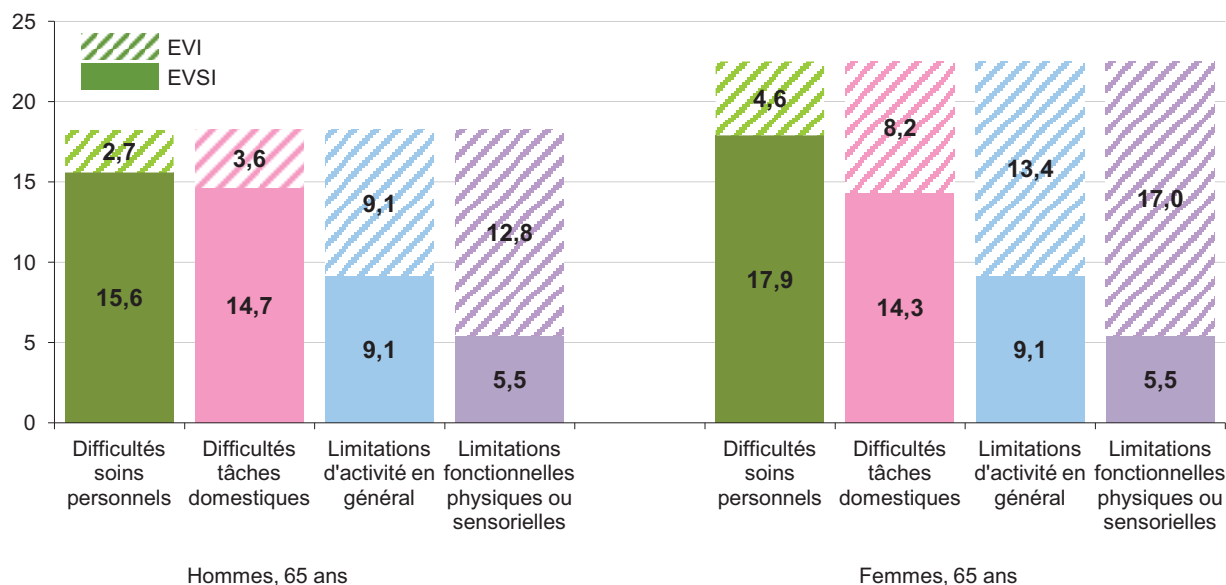
Des années de vie avec incapacité souvent concentrées en fin de vie et qui concernent plus les femmes

En 2012 (données Eurostat), l'espérance de vie totale des hommes de 65 ans est de 19,1 ans et celle des femmes de 23,4 ans. À cet âge, les Français peuvent encore espérer vivre 9,4 ans (pour les hommes) et 10,4 ans (pour les femmes) sans limitations d'activités (« être limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement »).

Selon l'enquête Handicap-Santé 2008, à 65 ans, l'espérance de vie sans restrictions d'activité de soins personnels est de 15,6 ans pour les hommes et presque 18 ans pour les femmes (« avoir des difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, etc. ») ; l'espérance de vie sans restrictions dans les activités domestiques est de presque 15 ans pour les hommes et un peu plus de 14 ans pour les femmes (« avoir des difficultés ou besoin d'aide pour faire les courses, les repas, gérer les tâches administratives courantes, prendre ses médicaments, etc. »). L'espérance de vie sans limitations physiques ou sensorielles est de 5,5 ans pour les hommes comme pour les femmes.

Ainsi, à 65 ans, les troubles fonctionnels courants occupent en moyenne les deux tiers des années restantes. La part des années de vie avec ce type de problèmes augmente fortement avec l'âge, reflétant le lien entre l'âge et les risques d'altérations fonctionnelles. Mais si bon nombre d'années de vie aux âges élevés s'accompagnent de troubles fonctionnels, ceux-ci ne se traduisent pas systématiquement par des gênes dans les activités ; les limitations d'activité en général occupent un peu plus de la moitié de l'espérance de vie à 65 ans et les difficultés pour les activités de soins personnels occupent 15 % des années restant à vivre des hommes et 20 % de celles des femmes. L'espérance de vie des femmes à 65 ans est plus longue que celle des hommes. Elles passent aussi plus de temps avec des incapacités au sein de cette vie plus longue (graphique 4).

Graphique 4 : Espérance de vie avec et sans incapacité* à 65 ans, par sexe, selon quatre indicateurs d'incapacité en 2008**



* EV : espérance de vie ; EVSI : espérance de vie sans incapacité ; EVI : espérance de vie avec incapacité.

** Ces quatre indicateurs sont les limitations fonctionnelles sensorielles et physiques, les limitations dans les activités en général, les restrictions dans les activités domestiques et les restrictions dans les activités de soins personnels
Champ: France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 65 ans ou plus.

Sources : Enquête Santé-Handicap ménage, INSEE, 2008.

L'évolution de l'espérance de vie sans incapacité

Cet indicateur compte dorénavant parmi les indicateurs structurels de l'Union européenne (healthy life years). Dans les comparaisons européennes réalisées à partir des enquêtes européennes SILC, on estime l'espérance de vie sans limitations d'activité. Cet indicateur est proche de celui présenté plus haut à partir de l'enquête Handicap-Santé 2008 mais son calcul diffère légèrement. Ainsi, pour la France, l'espérance de vie sans incapacité est légèrement supérieure dans le calcul européen, en particulier pour les femmes.

Les enquêtes en population générale permettant de produire ces indicateurs ne sont pas strictement comparables. Il n'est donc pas possible de déterminer avec précision comment ont évolué les espérances de vie sans incapacité. Toutefois, l'analyse des estimations portant sur les mêmes dimensions de l'incapacité, permettent de dégager de grandes tendances. Ainsi, jusque dans les premières années de la décennie 2000, les années de vie avec restrictions dans les activités de soins personnels étaient sur une tendance stable, les années de vie avec des limitations fonctionnelles étaient plutôt en augmentation : les années d'espérance de vie gagnées après 65 ans s'accompagnaient de troubles fonctionnels mais pas de restrictions d'activité sévères (restrictions pour les soins personnels). Les nouvelles estimations indiquent une légère rupture dans le sens où l'évolution de l'espérance de vie sans difficultés pour les soins personnels continue de croître mais plus faiblement que l'espérance de vie totale. On peut évoquer plusieurs hypothèses pour éclairer ces évolutions : le rôle du progrès médical induisant une survie plus grande de personnes atteintes de maladies chroniques qui vivent avec des incapacités ; une meilleure sensibilisation des populations qui pourrait conduire les personnes à mieux repérer mais aussi à mieux gérer leurs troubles fonctionnels ; le rôle des conditions de vie et des fins de carrières sur la santé des 50-65 ans par rapport aux générations qui les précèdent²².

22 Cambois E. Robine, JM. Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France ADSP n°80 2012.

L'espérance de vie sans incapacité en Europe

En 2012 de grandes variations en matière d'espérance de vie sans limitations d'activité subsistent entre les pays, même parmi ceux qui ont une espérance de vie proche (tableaux 5A et 5B).

Pour les hommes, un premier groupe de 13 pays se caractérise par une espérance de vie à 65 ans élevée, comprise entre 18 et 20 ans. La France est en troisième position dans ce groupe derrière l'Islande et la Suisse. Pour ces pays, l'espérance de vie sans limitation d'activité est également élevée sauf l'Allemagne et l'Italie où elle est inférieure à 8 ans et représente moins de 50 % de l'espérance de vie à 65 ans. Toujours dans ce groupe, 6 pays, dont la France, ont une espérance de vie avec limitation d'activité sévère supérieure à 20 % de l'espérance de vie globale à 65 ans. Par comparaison, elle est inférieure à 15 % pour 6 autres pays. Le deuxième groupe rassemble des pays (huit) qui ont une espérance de vie plus basse, située entre 16 et 18 ans, et une espérance de vie avec limitations d'activité sévères supérieure à 20 % de l'espérance de vie à 65 ans pour 3 pays (Chypre, Portugal et Slovénie), et inférieure à 15 % pour 4 d'entre eux. Le troisième groupe, enfin, est constitué de 10 pays d'Europe de l'Est. Il rassemble les pays dont l'espérance de vie à 65 ans est la plus basse. Si les années de vie avec incapacités sévères occupent moins de 20 % de l'espérance de vie à 65 ans pour la Bulgarie, la République Tchèque, la Croatie, la Hongrie et la Lituanie, elle y est supérieure (jusqu'à plus de 30 % pour la Slovaquie) pour les autres alors que l'espérance de vie globale y est déjà parmi les plus basses.

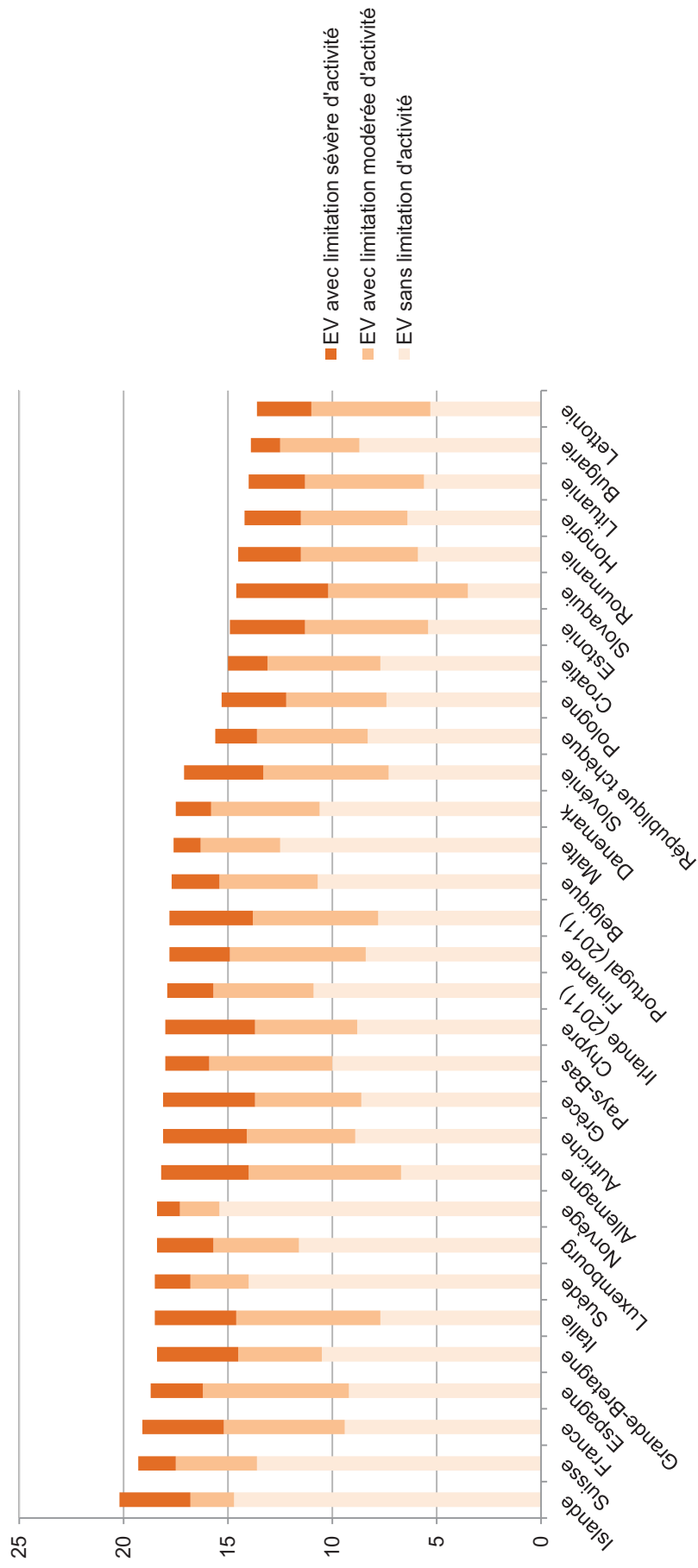
Pour les femmes, 22 pays sur les 31 analysés ont une espérance de vie à 65 ans supérieure à 20 ans. La France est en tête de ce classement avec 23,4 ans en 2012. Parmi ceux-ci, 10 d'entre eux, dont la France, ont une espérance de vie avec limitations sévères d'activité supérieure à 20 % de l'espérance de vie globale. Concernant l'espérance de vie sans aucune limitation d'activité, 12 pays de ce groupe dépassent 10 ans (15,9 ans pour la Norvège qui a la valeur la plus élevée).

Les 9 pays suivants ont une espérance de vie totale comprise entre 17,3 ans pour la Bulgarie et 19,9 ans pour la Pologne. Tous font partie de l'ancienne Europe de l'Est. La part de l'espérance de vie avec incapacité sévère est supérieure à 20 % pour 6 d'entre eux (allant jusqu'à 35,7 % en Slovaquie), et inférieure à 15 % pour un seul pays, la Bulgarie (11,6 %).

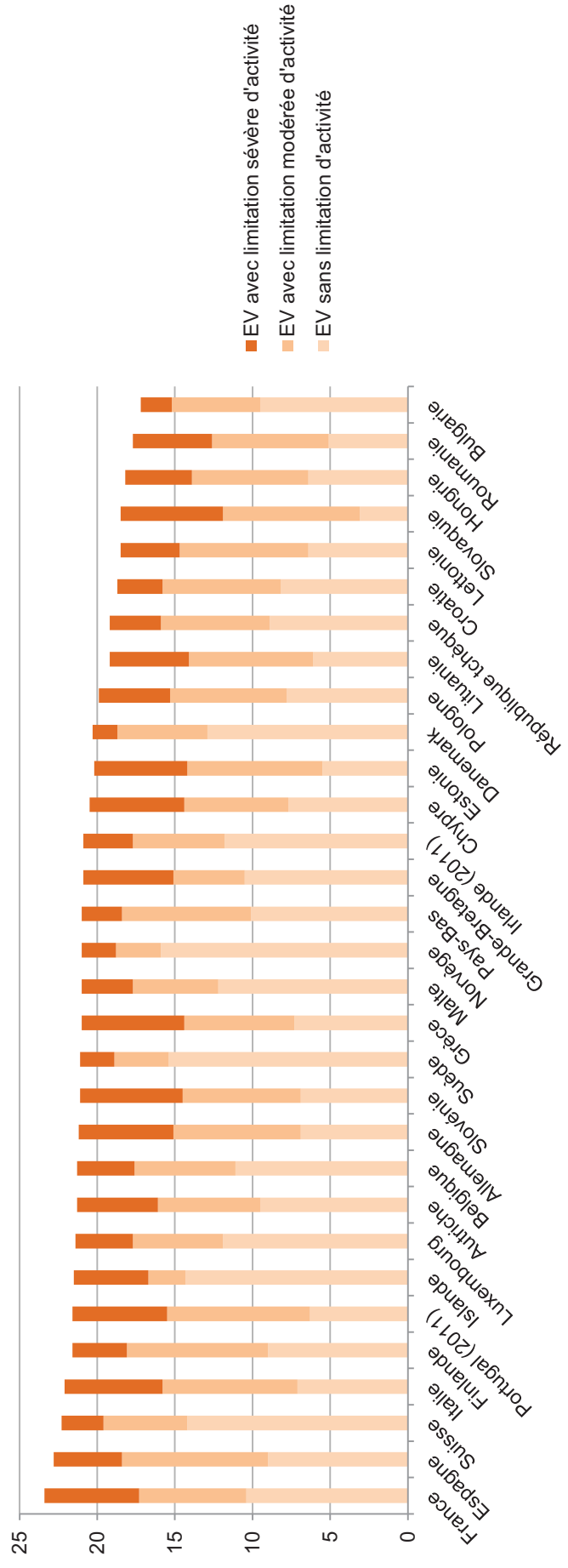
Les disparités constatées, y compris au sein de groupes homogènes au regard de l'espérance de vie, s'expliquent en partie par des différences assorties aux données et aux difficultés de traduction ou de choix de formulation des questions d'enquêtes. Des ajustements se font progressivement et permettront à terme un calcul annuel d'espérance de vie sans incapacité assurant une meilleure comparabilité entre pays. Des analyses plus poussées montrent cependant qu'une partie des différences est aussi liée à des variations dans la prévalence des incapacités et dans la propension à ressentir et à déclarer les limitations d'activité. Il a été démontré que l'organisation sociale des différents pays et la manière de gérer les troubles de santé contribuent aussi à ces disparités géographiques d'espérance de vie sans limitations d'activité²³.

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

Graphique 5A : Espérance de vie (EV) des hommes à 65 ans en 2012 selon le degré de sévérité des limitations d'activité



Graphique 5B : Espérance de vie (EV) des femmes à 65 ans en 2012 selon le degré de sévérité des limitations d'activité



* Sans limitations d'activité (tous niveaux de sévérité confondus), avec limitations d'activité modérées et limitations d'activité sévères.
 NB : Des variations minimales peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.
 Sources : Enquête EU-SILC (site www.EHEMU.eu), 2012.

Tableau 5 : Espérance de vie (EV) à 65 ans dans l'UE (25 pays) en 2012, selon le degré de sévérité des limitations d'activité*

	Hommes					Femmes				
	EV totale à 65 ans	EV sans limitation d'activité	EV avec limitation sévère d'activité	% sans limitation d'activité	% avec limitation sévère	EV totale à 65 ans	EV sans limitation d'activité	EV avec limitation sévère d'activité	% sans limitation d'activité	% avec limitation sévère
Autriche	18.1	8.9	4.0	49.0	22.0	21.3	9.5	5.2	44.8	24.5
Belgique	17.7	10.7	2.3	60.7	12.7	21.3	11.1	3.7	52.2	17.3
Bulgarie	13.9	8.7	1.4	62.4	10.1	17.3	9.5	2.0	55.3	11.8
Croatie	15.0	7.7	1.9	51.7	12.5	18.7	8.2	2.9	43.6	15.6
Chypre	17.9	8.8	4.3	48.8	24.1	20.4	7.7	6.1	37.5	29.8
Rép. tchèque	15.7	8.3	2.0	53.3	13.0	19.2	8.9	3.3	46.3	17.3
Danemark	17.5	10.6	1.7	60.8	9.7	20.2	12.9	1.6	63.5	7.8
Estonie	14.9	5.4	3.6	36.5	23.9	20.3	5.5	6.0	27.4	29.4
Finlande	17.8	8.4	2.9	46.9	16.4	21.6	9.0	3.5	41.6	16.4
France	19.1	9.4	3.9	49.4	20.2	23.4	10.4	6.1	44.2	26.1
Allemagne	18.2	6.7	4.2	37.0	22.8	21.2	6.9	6.1	32.4	28.7
Grèce	18.1	8.6	4.4	47.6	24.2	21.0	7.3	6.6	34.7	31.5
Hongrie	14.3	6.4	2.7	45.0	19.1	18.1	6.4	4.3	35.3	23.5
Islande	20.1	14.7	3.4	73.1	16.7	21.5	14.3	4.8	66.4	22.2
Irlande (2011)	17,9	10,9	2,2	60,8	12,3	20,9	11,8	3,2	56,5	15,4
Italie	18.5	7.7	3.9	41.7	20.9	22.1	7.1	6.3	32.2	28.5
Lettonie	13.6	5.3	2.6	38.9	19.1	18.5	6.4	3.8	34.4	20.8
Lituanie	14.1	5.6	2.7	39.8	19.5	19.2	6.1	5.1	31.9	26.4
Luxembourg	18.4	11.6	2.7	63.3	14.6	21.4	11.9	3.7	55.5	17.3
Malte	17.6	12.5	1.3	71.2	7.4	21.0	12.2	3.3	58.0	15.9
Pays-Bas	18.0	10.0	2.1	55.5	11.5	21.0	10.1	2.6	47.9	12.5
Norvège	18.3	15.4	1.1	83.9	5.8	21.0	15.9	2.2	75.8	10.6
Pologne	15.4	7.4	3.1	48.3	20.2	19.9	7.8	4.6	39.4	22.9
Portugal (2011)	17,8	7,8	4,0	43,6	22,6	21,6	6,3	6,1	29,4	28,2
Roumanie	14.5	5.9	3.0	40.7	20.7	17.7	5.1	5.1	28.7	29.1
Slovaquie	14.6	3.5	4.4	24.0	29.9	18.5	3.1	6.6	16.5	35.8
Slovénie	17.1	7.3	3.8	42.5	22.3	21.1	6.9	6.6	32.5	31.3
Espagne	18.7	9.2	2.5	49.1	13.3	22.8	9.0	4.4	39.5	19.2
Suède	18.5	14.0	1.7	75.7	9.1	21.1	15.4	2.2	73.2	10.3
Suisse	19.3	13.6	1.8	70.5	9.3	22.3	14.2	2.7	63.6	12.0
Grande-Bretagne	18.5	10.5	3.9	57.1	21.4	20.9	10.5	5.8	50.4	27.7

* Sans limitations d'activité (tous niveaux de sévérité confondus), avec limitations d'activité modérées et limitations d'activité sévères.

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

Sources : Enquête EU-SILC (site www.EHEMU.eu), 2012.

Références bibliographiques

Cambois Emmanuelle, Robine Jean-Marie, septembre 2012, Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France. ADSP n°80, p.28-32

Cambois E., Clavel A., Robine J.-M., avril 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 2,.

Desalvo K.B., Fan V.S., McDonell M.B., Fihn S.D., 2005. « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, 40, 4, p. 1234-46.

Idler E.L., Russell L.B., Davis D., 2000, « Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey », *American Journal of Epidemiology*, 152, 874-83.

Idler E.L., Benyamini Y., 1997 «Self-rated health and mortality : a review of twentyseven community studies », *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, p. 21- 37.

Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., octobre 2005, « L'état de santé en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 436,

Lee Y., 2000, « The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54,123-9.

Robine JM., Cambois E., avril 2013, « Les espérances de vie en bonne santé des européens ». *Population et sociétés*, n°499.

Sieurin Audrey, Cambois Emmanuelle, Robine Jean-Marie, 2011, Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé. Document de travail de l'INED n° 170, 30 p.

PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES ET ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE LA POPULATION

PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ GÉNÉRALE²⁴ : LES TUMEURS SONT DEPUIS 2004 LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ, DEVANT LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET LES MORTS VIOLENTES

En 2010, 539 080 décès ont été enregistrés en France métropolitaine²⁵. Si l'on considère l'ensemble de la population, les causes de décès les plus fréquentes sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire, qui représentent chacune près de 30 % des décès, les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès), qui représentent un décès sur quinze, et les maladies de l'appareil respiratoire (autres que les tumeurs), qui représentent un décès sur seize. Ces quatre groupes de maladies correspondent à près de trois quarts des décès (tableau 1).

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies évolue peu d'une année sur l'autre mais de manière relativement régulière. On note ainsi un recul du poids relatif des maladies de l'appareil circulatoire. Entre 2002 et 2010, on note une baisse sensible de la mortalité par accidents de transports (-47 %), ainsi que de la mortalité par tuberculose (-51 %), asthme (-43 %), mort subite du nourrisson (-23 %) et grippe (-87 %). Pour ces causes, les variations sont importantes d'une année sur l'autre, du fait des faibles effectifs concernés. Les tumeurs sont depuis 2002 la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population, devant les maladies de l'appareil circulatoire.

Cependant, la hiérarchie des causes est inversée chez les hommes et chez les femmes. Ainsi, les maladies de l'appareil circulatoire restent la première cause de mortalité chez les femmes, devant les tumeurs. C'est l'inverse chez les hommes.

À âge égal, on observe toutefois une surmortalité masculine : le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire standardisé sur l'âge est 1,6 fois plus élevé chez les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, cette surmortalité est encore plus marquée : le taux standardisé de mortalité par tumeurs malignes est 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles spécifiquement féminines (sein, ovaire, utérus), les taux standardisés de décès sont plus élevés chez les hommes. On retrouve ici le poids de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes. Cependant, l'augmentation des taux standardisés de mortalité féminine observés entre 2002 et 2010 pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et les tumeurs du pancréas et du foie témoigne de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes.

La mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire est également plus importante chez l'homme, notamment pour les causes liées au tabagisme : le taux de mortalité par maladies respiratoires chroniques est près de 3 fois plus élevé chez les hommes. La surmortalité masculine reste également très marquée pour les morts violentes (causes externes) (taux 2,1 fois plus élevé), particulièrement par accidents de transports (3,6) et par suicides (3,2). Tous ces ratios de surmortalité masculine sont stables depuis 2002. Pour les hommes, on observe entre 2002 et 2010 une augmentation des tumeurs malignes du pancréas et des intoxications accidentelles.

²⁴ Statistiques établies à partir du champ « Cause initiale de décès » de la partie médicale du certificat de décès

²⁵ Les indicateurs qui suivent sont produits par l'INSERM-CépiDc. Le champ est pour le moment limité à la France métropolitaine, la qualité des données concernant les départements d'outremer étant jugée encore insuffisante.

Entre 2002 et 2010, les taux standardisés de mortalité ont diminué de 17 % toutes causes confondues, un peu plus chez les hommes (17 %) que chez les femmes (16 %). En effet l'espérance de vie progresse plus vite chez les hommes que chez les femmes depuis 1994. Entre les périodes triennales 2000-2002 et 2009-2011, la mortalité cardiovasculaire a diminuée de 29 % de manière comparable chez les deux sexes, celles par cancers de 11 % pour les deux sexes dont 15 % chez les hommes et moins de 5 % chez les femmes. Ce dernier chiffre témoigne à nouveau certainement de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes.

Au sein de l'Union européenne, la France se situe en 2010 à un niveau favorable pour la mortalité globale avec le taux standardisé le plus faible, bien au-dessous de la moyenne européenne (28 pays), devant l'Espagne et l'Italie. Pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, la France présente les taux standardisés de décès les plus bas, chez les hommes comme chez les femmes (de même que pour la mortalité par cardiopathies ischémiques et par maladies cérébro-vasculaires). En revanche, elle enregistre des taux de mortalité standardisés très élevés pour les morts par suicides chez les hommes (18^{ème} rang sur 28) et parmi les plus élevés chez les femmes (23^{ème} rang sur 28). Pour la mortalité par tumeurs, les hommes se situent au 16^{ème} rang de l'Europe des 28 (et au niveau de la moyenne) pour l'ensemble des tumeurs, et dans la position la plus défavorable de l'ensemble des hommes en Europe pour le cancer du foie. Les femmes, au contraire, présentent des taux standardisés de mortalité par tumeurs moins élevés que la moyenne de l'UE à 28 (6^{ème} rang). Le niveau français de mortalité par cancer du sein se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne (17^{ème} rang sur 28) et celui de la mortalité par cancer du col de l'utérus est largement au-dessous de la moyenne européenne (6^{ème} rang sur 28).

Tableau 1 : Nombre et taux standardisé de décès selon les principales causes de décès en France en 2010

Codes CIM10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2010 (en %)	Femmes	Variations** 2002-2010 (en %)	Ensemble	Variations** 2002-2010 (en %)
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	5 288	5 430	10 718	23,1	-14	14,0	-12	17,6	-13
A15-A19, B90	Tuberculose	307	276	583	1,4	-50	0,7	-52	0,9	-51
B20-B24	Sida et VIH	330	122	452	1,1	-57	0,4	-46	0,7	-55
B15-B19	Hépatites virales	369	281	650	1,4	-31	0,8	-38	1,1	-34
C00-D48	Tumeurs	92 482	66 366	158 848	377,3	-15	189,3	-8	266,7	-11
C00-C97	Tumeurs malignes	89 166	63 043	152 209	362,9	-15	180,6	-7	255,9	-11
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et phar.	3 297	768	4 065	12,4	-23	2,3	-16	6,9	-21
C15	Tum. mal. de l'œsophage	3 115	801	3 916	12,2	-21	2,3	-7	6,7	-19
C16	Tum. mal. de l'estomac	2 903	1 638	4 541	12,0	-23	4,6	-29	7,6	-25
C18	Tum. mal. du côlon	6 591	5 866	12 457	27,8	-13	16,0	-15	20,7	-14
C19-C20-C21	Tum. mal. du rectum et de l'anus	2 490	1 999	4 489	10,2	-12	5,5	-5	7,5	-9
C22	Tum. mal. du foie et des voies biliaires intrahépatiques	5 839	2 154	7 993	23,5	-4	6,1	4	13,7	-1
C25	Tum. mal. du pancréas	4 705	4 498	9 203	18,9	4	12,8	7	15,6	5
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	23 248	7 524	30 772	90,9	-11	22,7	32	52,5	-2
C43	Mélanome malin de la peau	970	818	1 788	3,8	17	2,4	9	3,0	13
C50	Tum. mal. sein	170	11 752	11 922	0,7	-20	34,6	-9	20,0	-10
C53	Tum. mal. col de l'utérus		736	736			2,2	-5	1,2	-6
C54-C55	Tum. mal. d'autres parties de l'utérus		2 391	2 391			6,9	-5	4,0	-7
C56	Tum. mal. ovaire		3 481	3 481			10,3	-9	5,9	-10
C61	Tum. mal. de la prostate	9 031		9 031	40,9	-24			14,8	-21
C64	Tum. mal. du rein	2 250	1 216	3 466	9,2	-1	3,4	-11	5,8	-4
C67	Tum. mal. de la vessie	3 882	1 171	5 053	16,6	-3	3,1	-4	8,4	-2
C81-C96	Tum. mal. des tissus lymph. et hémato.	7 070	6 059	13 129	29,5	-10	16,7	-14	21,9	-11
E00-E90	Mal. endo., nutri. et métaboliques	8 277	10 987	19 264	36,9	-18	28,2	-22	32,0	-20
E10-E14	Diabète	5 093	5 586	10 679	22,1	-17	14,4	-26	17,6	-22
I00-I99	Mal. de l'appareil circulatoire	66 223	76 233	142 456	300,1	-27	190,0	-27	234,9	-27
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	20 291	15 033	35 324	88,4	-32	37,7	-37	58,3	-34
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies	19 113	25 171	44 284	91,2	-21	62,1	-22	73,5	-22
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	13 192	18 447	31 639	59,4	-32	46,1	-30	51,7	-31
J00-J99	Mal. de l'appareil respiratoire	17 133	14 794	31 927	79,2	-24	37,4	-24	52,8	-23
J10-J11	Grippe	35	48	83	0,1	-87	0,1	-87	0,1	-87
J12-J18	Pneumonie	5 086	5 232	10 318	24,7	-25	12,9	-29	17,2	-25
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inf.	5 545	3 477	9 022	24,7	-21	9,0	-14	14,9	-17
J45-J46	Asthme	316	609	925	1,3	-48	1,6	-39	1,5	-43
R00-R99	Symptômes et états mals définis	20 722	24 315	45 037	90,7	8	62,7	3	75,8	6
R95	Mort subite du nourrisson	146	81	227	0,4	-19	0,2	-29	0,3	-23
V01-Y89	Causes externes	22 392	15 023	37 415	87,4	-17	40,6	-22	61,4	-19
V01-X59	Accidents	13 534	11 409	24 943	55,3	-19	29,7	-23	41,0	-21
V01-V99	Accidents de transport	3 009	917	3 926	10,1	-46	2,8	-54	6,3	-47
W00-W19	Chutes accidentelles	2 849	3 041	5 890	12,7	-10	7,7	-10	9,7	-10
X40-X49	Intoxications accidentelles	984	795	1 779	3,7	111	2,2	53	2,9	80
X60-X84	Suicides	7 606	2 728	10 334	27,3	-10	8,5	-13	17,0	-10
X85-Y09	Homicides	249	150	399	0,8	-14	0,5	-30	0,6	-20
A00-Y89	Total	274 600	264 483	539 083	1176,3	-17	692,5	-16	894,0	-16

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon population européenne d'Eurostat 2013 (EU 27+European free trade association (EFTA))

** (Taux 2010 - taux 2002) x 100 / taux 2002.

Champ: France métropolitaine.

Source : INSERM-CépiDc.

PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE : TUMEURS ET MORTS VIOLENTES

En 2010, le nombre de décès prématurés (survenus avant 65 ans) s'élève à 109 000 pour la France métropolitaine, ce qui représente un cinquième de l'ensemble des décès. Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, qui sont responsables de 41 % des décès prématurés (cause initiale), suivies des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès : 15 % des décès avant 65 ans) et des maladies de l'appareil circulatoire (13 % des décès prématurés). Les maladies de l'appareil digestif, les troubles mentaux ou du comportement et les maladies du système nerveux et des organes des sens représentent ensuite respectivement 6 %, 3 % et 2 % de ces décès (tableau 2). Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est 2,2 fois supérieur à celui des femmes. Ce rapport est plus faible pour les tumeurs (1,7), qui ont un poids important dans la mortalité prématurée féminine, mais il est de 3,5 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement et de 3,1 pour les morts violentes et les maladies de l'appareil circulatoire. Au total, les tumeurs sont responsables de 38 % des décès prématurés masculins, les morts violentes de 16 %, et les maladies de l'appareil circulatoire de 14 %, alors que ces proportions s'élèvent à respectivement 49 %, 12 % et 10 % chez les femmes. Chez les femmes, le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée (12 % de la mortalité prématurée en 2010).

Pour la mortalité prématurée par tumeurs malignes, le niveau des hommes est supérieur à celui de la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (UE) et la France a le taux le plus défavorable des pays de l'UE à 15. Elle est également à l'avant dernier rang en ce qui concerne les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Cependant, alors que la position des femmes françaises en Europe est la meilleure pour les maladies cardio-vasculaires et un peu au dessous de la moyenne pour la mortalité par tumeur, la France est plutôt mal située pour ce qui concerne la mortalité prématurée par cancer du sein (17^{ème} rang) : les taux standardisés de mortalité prématurée par cancer du sein chez les femmes sont de 15,8 pour la France métropolitaine contre 15,1 pour l'Europe à 28 comme à 15. Les taux de décès par suicide sont également très élevés pour les hommes (18^{ème} rang de l'UE des 28) comme pour les femmes (23^{ème} rang de l'UE des 28, environ 1,7 fois ceux de la moyenne européenne pour les femmes en France).

Tableau 2 : Nombre et taux de décès standardisé avant 65 ans selon les causes de décès en France en 2010

Codes CIM10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisé*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Variations **		Variations **		Variations **	
					Hommes	2002-2010 (en %)	Femmes	2002-2010 (en %)	Ensemble	2002-2010 (en %)
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	1 299	604	1 903	5,3	-30	2,3	-20	3,8	-28
B20-B24	Sida et VIH	284	108	392	1,2	-61	0,4	-44	0,8	-58
C00-D48	Tumeurs	28 036	16 904	44 940	113,9	-15	65,5	-6	89,0	-12
C00-C97	Tumeurs malignes	27 351	16 513	43 864	111,2	-15	64,0	-6	86,9	-12
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et phar.	1 872	324	2 196	7,6	-27	1,3	-18	4,4	-26
C18	Tum. mal. du côlon	1 327	876	2 203	5,4	-12	3,4	-13	4,4	-12
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	9 290	3 122	12 412	37,8	-12	12,1	41	24,6	-4
C50	Tum. mal. sein	45	4 087	4 132	0,2	-24	15,9	-14	8,2	-14
C81-C96	Tum. mal. des tissus lymph. et hémato.	1 528	927	2 455	6,2	-22	3,6	-27	4,8	-24
E00-E90	Mal. endo., nutritionnelles et métaboliques	1 564	883	2 447	6,3	-8	3,4	-6	4,8	-7
E10-E14	Diabète	873	367	1 240	3,6	-10	1,4	-22	2,5	-14
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	2 587	776	3 363	10,6	-1	3,0	-5	6,7	-2
F10	Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	1 767	411	2 178	7,2	-9	1,6	-16	4,4	-11
G00-H95	Mal. du système nerveux et des organes des sens	1 965	1 267	3 232	7,9	-9	4,9	-6	6,3	-8
I00-I99	Mal. de l'appareil circulatoire	10 352	3 518	13 870	42,1	-23	13,6	-20	27,5	-22
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	4 103	755	4 858	16,7	-26	2,9	-19	9,6	-25
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	1 760	975	2 735	7,2	-23	3,8	-24	5,4	-23
J00-J99	Mal. de l'appareil respiratoire	1 935	842	2 777	7,8	-13	3,3	-3	5,5	-10
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inf.	690	304	994	2,8	-18	1,2	-9	2,0	-16
J45-J46	Asthme	109	114	223	0,4	-45	0,4	-27	0,4	-37
K00-K93	Mal. de l'app. digestif	4 727	1 780	6 507	19,2	-18	6,9	-25	12,9	-20
K70, K73-K74	Maladie chronique du foie	3 224	1 108	4 332	13,2	-22	4,3	-34	8,6	-25
V01-Y89	Causes externes	12 257	4 052	16 309	49,2	-18	15,8	-21	32,3	-19
V01-X59	Accidents	6 110	1 849	7 959	24,3	-26	7,1	-25	15,6	-26
V01-V99	Accidents de transport	2 504	589	3 093	9,8	-45	2,3	-55	6,0	-47
W00-W19	Chutes accidentelles	706	230	936	2,9	-22	0,9	-15	1,9	-21
X60-X84	Suicides	5 524	1 937	7 461	22,4	-6	7,6	-12	14,9	-8
A00-Y89	Total	74 036	35 040	109 076	298,8	-14	135,2	-10	215,1	-13

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon population européenne d'Eurostat 2013 (EU27+EFTA).

** (Taux 2010 - taux 2002) x 100 / taux 2002.

Champ: France métropolitaine.

Source : INSERM-CépiDc.

PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE « ÉVITABLE » LIÉE AUX PRATIQUES DE PRÉVENTION PRIMAIRE : CANCERS DU POUMON, SUICIDES, MALADIES DU FOIE ET ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la « mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire » dénommée ici plus simplement « mortalité prématurée évitable » (cf. « Données synthétiques de mortalité »). Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

Le nombre de décès correspondant à la « mortalité prématurée évitable » est de 34 460 en 2010 pour la France métropolitaine, soit environ un tiers des décès prématurés (tableau 3). La mortalité prématurée évitable est plus élevée chez les hommes: 77 % des décès observés concernent des hommes et les taux de décès standardisés sont multipliés par plus de 3 par rapport aux femmes. La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité prématurée est de 36 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes.

Entre 2002 et 2010, les diminutions les plus importantes s'observent pour les accidents de la circulation, le sida et les causes de décès liées à l'alcool. En revanche, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon augmentent de 33 % chez les femmes et ne diminuent que faiblement chez les hommes (-13 %). Ces cancers ont connu un développement important chez les femmes : en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé et cette augmentation a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans. Le suicide reste aussi une cause de mortalité « évitable » préoccupante : il baisse peu chez les hommes comme chez les femmes.

Parmi les 28 pays de l'UE, les taux standardisés par causes de décès prématurés « évitables » enregistrés en France sont supérieurs à la moyenne européenne pour les cancers du poumon, des voies aériennes supérieures et de l'œsophage, et pour les suicides pour les deux sexes.

Tableau 3 : Nombre et taux standardisé* de mortalité prématurée « évitable » selon les causes de décès en France en 2010

Codes CIM10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisé*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Variations**		Variations**		Variations**	
					Hommes	2002-2010 (en %)	Femmes	2002-2010 (en %)	Ensemble	2002-2010 (en %)
B20-B24	Sida et VIH	284	108	392	1,2	-61	0,4	-44	0,8	-58
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et phar.	1 872	324	2 196	7,6	-27	1,3	-18	4,4	-26
C15	Tum. mal. de l'œsophage	1 278	248	1 526	5,2	-27	1,0	9	3,0	-23
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	9 290	3 122	12 412	37,8	-12	12,1	41	24,6	-4
F10	Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	1 767	411	2 178	7,2	-9	1,6	-16	4,3	-11
K70, K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	3 216	1 094	4 310	13,1	-22	4,2	-34	8,6	-26
V01-V89	Accidents de la circulation	2 465	582	3 047	9,7	-44	2,2	-55	5,9	-47
W00-W19	Chutes accidentelles	706	230	936	2,9	-23	0,9	-15	1,9	-21
X60-X84, Y87.0	Suicides et séquelles de suicides	5 527	1 939	7 466	22,4	-6	7,6	-12	14,9	-8
A00-Y89	Total mortalité prématurée évitable	26 405	8 058	34 463	107,1	-231	31,4	-145	68,4	-223
	Total mortalité prématurée	74 036	35 040	109 076	298,8	-14	135,2	-10	215,1	-13

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon population européenne d'Eurostat 2013 (EU27+EFTA).

** (Taux 2010 - taux 2002) x 100 / taux 2002.

Champ: France métropolitaine, personnes âgées de moins de 65 ans.

Sources : INSERM-CépiDc.

PRINCIPAUX MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS AMBULATOIRES : LES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES POUR LES PLUS JEUNES, LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES POUR LES PLUS ÂGÉS

Le nombre de motifs de consultation augmente avec l'âge. Avant 25 ans, selon l'enquête permanente sur la prescription médicale en 2011-2012²⁶, la consultation porte fréquemment sur un seul motif. Pour cette tranche d'âge, on enregistre 119 motifs de recours pour 100 séances contre 140 motifs entre 25 et 64 ans et 206 à partir de 65 ans.

Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours est identique chez les filles et les garçons (118 pour 100 séances). On retrouve cette tendance chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans (respectivement 141 et 140 motifs de recours pour 100 séances). À l'inverse, chez les 15-24 ans, le nombre de motifs de recours est plus élevé chez les filles : il s'élève à 123 motifs de recours pour 100 séances contre 114 chez les garçons. Il en est de même à partir de 65 ans (208 motifs de recours pour 100 séances chez les femmes contre 201 chez les

26 L'Enquête permanente sur la prescription médicale de la société IMS-Health (EPPM) a pour objet de suivre de manière détaillée l'évolution des prescriptions des médecins libéraux en France. Chaque trimestre, 835 médecins (dont 435 spécialistes) sont interrogés pendant sept jours consécutifs. Sur un an, l'EPPM porte sur les ordonnances d'environ 2 000 praticiens (médecins généralistes ou spécialistes) exerçant en pratique libérale en France métropolitaine. Elle enregistre le(s) diagnostic(s) d'une prescription médicamenteuse ainsi que des informations complémentaires telles que la date et le lieu de la séance, le sexe, l'âge et la profession du patient. Les résultats bruts sont ensuite redressés afin de les étendre à l'ensemble des médecins français. Ne sont conservés que les diagnostics ayant donné lieu, dans les classes thérapeutiques considérées, à plus de 50 prescriptions annuelles auprès de l'échantillon de médecins. Les autres diagnostics sont classés « comme non significatifs ».

hommes). Les raisons qui ont amené à consulter sont différentes selon l'âge (tableau 4). Les pathologies respiratoires sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : elles représentent 25 motifs pour 100 séances chez les nourrissons de moins d'un an, 43 entre 1 et 14 ans et 26 entre 15 et 24 ans. Viennent ensuite les actes de prévention et les motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux, etc.), qui représentent une part considérable des consultations : 60 motifs pour 100 séances pour les moins d'un an, 17 motifs pour les enfants âgés de 1 à 14 ans et 24 pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans. À cela, s'ajoutent les consultations organisées par les services de protection maternelle et infantile (PMI) pour les enfants de moins de 6 ans. Ces services assurent également une activité importante de prévention : environ 1,9 millions d'examen cliniques ont été réalisés auprès de 700 100 enfants consultant dans la France entière en 2012²⁷. On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et états de santé mal définis et les maladies infectieuses (respectivement 12 pour les garçons et 11,5 pour les filles et 12 pour les garçons et 11 pour les filles). Les maladies de la peau représentent également une part importante des motifs de recours, en particulier chez les 15-24 ans (11 % des motifs de séances).

Entre 25 et 64 ans, les motifs de recours aux soins de ville diffèrent entre les hommes et les femmes. Pour les hommes, 20 séances sur 100 sont motivées par une maladie respiratoire, 20 par un problème cardiovasculaire et 18 par une pathologie ostéo-articulaire. Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (15 motifs pour 100 séances) et les troubles mentaux (15 motifs pour 100 séances) se situent juste après. Pour les femmes, les maladies de l'appareil respiratoire sont également le motif le plus fréquent de recours (18 pour 100 séances), suivies des troubles mentaux (16 pour 100 séances). Il est intéressant de noter que les motifs gynéco-obstétricaux ne figurent pas parmi les premiers. À partir de 65 ans, les pathologies cardiovasculaires prédominent nettement chez les hommes (60 motifs de recours pour 100 séances) comme chez les femmes (52). Viennent ensuite les maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques (32 motifs pour 100 séances, pour les hommes comme pour les femmes), les maladies ostéo-articulaires (25), plus fréquentes chez les femmes (29 contre 18 chez les hommes) et les maladies de l'appareil respiratoire (13), plus fréquentes chez les hommes (14) que chez les femmes (12).

27 Activité de la Protection maternelle et infantile, consultations infantiles, résultats 2012, exploitation DREES.

Tableau 4 : Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (1er septembre 2011-31 août 2012)

	Moins de 25 ans		25 à 64 ans		65 ans ou plus	
	H	F	H	F	H	F
Ensemble des pathologies	117	119,9	140,5	139,9	200,7	208,3
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0	0	0	0	0	0
Causes externes de morbidité et de mortalité	0	0	0	0	0,1	0,1
Prévention et motifs administratifs	19,3	27	6,2	14,5	7	6,4
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0,4	0	1	0	0
Lésions traumatiques	5,2	3,5	5,1	3,2	2,1	2,5
Maladies de l'appareil circulatoire	0,5	0,6	20,1	11,6	59,6	51,7
Maladies de l'appareil digestif	3,3	3,3	7,8	6,9	11,8	13,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,9	4,7	2,6	7,6	10,3	4,6
Maladies de l'appareil respiratoire	37,5	32,8	20,3	18,4	14	12
Maladies de l'œil et de ses annexes	3,5	2,9	2,6	2,6	4,9	5,6
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	7,5	6,3	2,1	1,7	1,2	1,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	7,8	7,8	5,2	5,4	4,4	3,9
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,1	0,3	0,1	0,5	0,6	0,6
Maladies du système nerveux	1,1	1,4	5,1	6,2	9,4	11,7
Maladies du système ostéo-articulaire	3,3	3,2	17,6	15,8	18,2	29,1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0,6	0,8	15,2	11,5	31,9	32,4
Maladies infectieuses et parasitaires	12,3	10,9	6,7	6,6	3,1	3,6
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0	0,1	0,1	0,1	0	0,1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire	12,1	11,5	8,4	9,7	11,2	13,4
Troubles mentaux et du comportement	1,9	2,2	14,6	15,9	8,2	14,7
Tumeurs	0,1	0,1	0,7	0,8	2,6	1,5

Note : Les motifs de recours ont été classés, dans chaque groupe d'âges, par ordre décroissant d'importance deux sexes réunis.

Champ: France métropolitaine (hors Corse) - Médecine libérale ; étude réalisée entre le 1er septembre 2011 et le 31 août 2012.

Sources : IMS-HEALTH, étude permanente de la prescription médicale, exploitation DREES.

PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITÉ DÉCLARÉE : TROUBLES DE LA VUE, AFFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES ENTRE 25 ET 64 ANS, MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE APRÈS 65 ANS

L'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES permet d'apprécier la prévalence de la morbidité déclarée en population générale. En principe, la morbidité déclarée correspond aux affections présentes le jour de l'enquête, connues et effectivement déclarées par la personne interrogée (ou, pour les enfants, par leurs parents). Compte tenu des oublis et omissions possibles, les déclarations sont vérifiées par des médecins et confrontées à divers éléments des questionnaires (consommation médicamenteuse la veille, interventions chirurgicales, port de prothèse, etc.). Les données commentées sont issues de l'enquête 2010²⁸.

Quel que soit l'âge, les femmes font état de problèmes de santé nettement plus fréquents que les hommes. En effet, elles déclarent en moyenne plus de maladies ou de troubles de la santé que les hommes (3,3 contre 2,3 en 2010 hors caries ou prothèses dentaires et troubles de la vue). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences. On peut, d'une part, penser que les femmes présentent effectivement davantage de problèmes de santé, notamment de moindre gravité, et d'autre part qu'elles ont une plus grande propension à les

²⁸ Les résultats correspondent à l'échantillon des individus de plus de 16 ans ayant renvoyé l'auto-questionnaire correspondant.

déclarer. Par ailleurs, elles auraient une meilleure perception de leur état de santé, compte tenu d'un recours aux soins plus fréquent et d'une plus forte implication dans la prévention.

Comparés à l'ensemble de la population, les jeunes âgés de moins de 25 ans déclarent peu de maladies (tableau 5). La plupart sont bénignes et accompagnent le développement normal de l'individu : troubles de la vision, dont la plupart sont aisément corrigés, pathologies infectieuses de l'appareil respiratoire, maladies de la peau dominées par l'eczéma. Entre 25 et 64 ans, les affections le plus souvent déclarées sont les maladies de l'œil et les troubles de la vue (58 % des hommes et 71 % des femmes en déclarent). Puis viennent les affections ostéo-articulaires, qui touchent plus de 33 % des personnes, et les maladies de l'appareil circulatoire, dominées par l'hypertension artérielle, et, chez les femmes, par des troubles veineux trois fois plus fréquents que chez les hommes. Les maladies psychiques, comprenant notamment l'anxiété et les troubles dépressifs, sont ici encore plus fréquemment déclarées par les femmes (20 % contre 10 % chez les hommes). Enfin, c'est évidemment dans cette classe d'âge que se retrouvent toutes les préoccupations de santé liées à la maternité et à la contraception pour les femmes. Au-delà de 64 ans, les enquêtés déclarent 5,6 affections en moyenne pour les femmes et 5,1 pour les hommes. Après les troubles de la vue qui concernent 90 % des plus de 64 ans, plus de trois quarts des enquêtés présentent au moins une maladie de l'appareil circulatoire ; la seule hypertension artérielle est déclarée par la moitié des personnes de cette tranche d'âge. Les maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, ostéoporose, lombalgies, etc.) viennent au troisième rang de fréquence des maladies déclarées (52 % chez les hommes et 69 % chez les femmes). Les maladies endocriniennes et métaboliques incluant l'obésité sont déclarées par 58 % des hommes et 59 % des femmes. Le diabète à lui seul est déclaré par 13 % des femmes et 17 % des hommes.

Le niveau socio-économique est aussi associé au nombre de maladies déclarées et met en évidence un gradient social. Les personnes ayant un revenu inférieur à 1 200 euros déclarent plus de maladies que ceux déclarant des revenus plus élevés. L'indice comparatif du nombre moyen de maladie à âge et sexe égal est de 1,10 pour les revenus inférieurs à 1 200 euros versus 0,93 pour les revenus de 2 000 euros ou plus. Plus le niveau d'études est élevé, plus le nombre de maladies déclarées est faible. Ainsi, les personnes ayant suivi des études supérieures déclarent en moyenne 2,5 maladies tandis que celles ayant un niveau de cours primaire en déclarent en moyenne 5,7 et l'indice à âge et sexe comparable est de 0,91 pour les personnes ayant un niveau d'étude supérieur versus 1,12 pour celles ayant un niveau d'étude primaire.

Au total, le suivi de la morbidité déclarée provenant des enquêtes ESPS 2004, 2006, 2008 et 2010 met en évidence une grande stabilité de la fréquence des affections déclarées dans le temps, en particulier pour les maladies chroniques. En dehors d'épisodes épidémiques spécifiques, il ne faut donc pas s'attendre à observer des évolutions rapides dans la déclaration des maladies, sauf évolutions importantes en termes de progrès technique (disparition de certaines affections grâce à l'apparition de nouveaux traitements ou au contraire apparition de nouveaux troubles liés par exemple à la mise en place de nouvelles mesures de dépistage ou de diagnostic).

Tableau 5 : Principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge (en %) en 2010

	< 25 ans			de 25 à 64 ans			65 ans et plus			Ensemble
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
01 - Maladies de l'appareil circulatoire	1,4	1,9	1,7	24,3	31,4	28,1	72,3	73,7	73,1	28,2
02 - Tumeurs	0,2	0,2	0,2	2,8	5,1	4,1	16,2	11,8	13,8	4,6
03 - Maladies de l'appareil respiratoire	19,8	17,6	18,7	17,8	22,7	20,4	24,2	24,8	24,5	20,6
04 - Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	3,5	3,9	3,7	7,2	6,7	6,9	27,8	22,8	25,0	9,1
05 - Maladies de l'oeil et troubles de la vue	22,7	28,4	25,5	57,9	70,8	64,8	87,4	92,5	90,2	57,8
06 - Maladies de la bouche et des dents *	8,1	9,2	8,6	18,1	24,5	21,6	16,9	19,8	18,5	17,3
07 - Maladies de l'appareil digestif	3,8	5,2	4,5	15,0	20,0	17,7	27,0	30,0	28,7	15,8
08 - Maladies du système ostéo-articulaire	4,1	6,9	5,5	29,4	36,8	33,3	52,3	66,8	60,3	29,9
09 - Maladies ou problèmes génito-urinaires	0,6	5,4	2,9	3,7	15,9	10,3	24,4	11,1	17,1	9,3
10 - Maladies endocriniennes et métaboliques**	3,8	4,9	4,3	24,1	28,8	26,6	57,7	58,8	58,3	25,6
11 - Maladies ou problèmes psychiques	5,6	5,4	5,5	10,2	20,2	15,6	14,2	30,4	23,1	14,0
12 - Maladies du système nerveux	3,1	6,2	4,6	8,5	17,1	13,1	11,0	16,7	14,1	10,8
13 - Maladies de la peau	8,4	11,5	9,9	8,5	11,6	10,2	8,0	7,7	7,9	9,7
14 - Maladies infectieuses et parasitaires	2,3	2,6	2,5	1,2	1,7	1,5	1,2	1,4	1,3	1,7
15 - Maladies du sang et organes hématopoïétiques	0,4	0,5	0,5	0,2	0,9	0,6	0,6	0,9	0,8	0,6
16 - Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques	1,7	1,3	1,5	1,3	1,0	1,1	0,5	0,2	0,4	1,1
17 - Symptômes, maladies illisibles	2,9	3,5	3,2	2,0	4,7	3,4	5,2	7,3	6,4	3,9
18 - Causes externes, lésions traumatiques et facteurs influant sur l'état de santé	9,8	11,6	10,7	47,8	54,8	51,5	72,0	79,7	76,2	44,0

*Prothèses dentaires et caries exclues.

**Dont obésité calculé à partir du Body Mass Index (BMI) (=Poids/Taille² déclaré).

Lecture : 1,4 % des garçons de moins de 25 ans déclarent une maladie de l'appareil circulatoire.

Champ: Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

Sources : Enquête ESPS, 2010.

PRINCIPALES PATHOLOGIES ENTRAÎNANT UN SÉJOUR HOSPITALIER : LES TRAUMATISMES POUR LES ENFANTS, LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE POUR LES PLUS DE 64 ANS

En 2012, ce sont, comme les années précédentes, les enfants de moins d'un an, les hommes à partir de 55 ans et les femmes à partir de 65 ans qui présentent les risques d'hospitalisation les plus élevés dans les services hospitaliers de soins de courte durée publics et privés français (métropole et DOM). La fréquentation hospitalière est majoritairement féminine (270 séjours pour 1000 femmes, contre 241 séjours pour 1 000 hommes). Mais en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour accouchement normal, le taux d'hospitalisation féminin ainsi standardisé est équivalent à celui des hommes (240 pour mille).

En 2012, l'hospitalisation des personnes de moins de 25 ans représente 16 % des séjours hospitaliers en soins de courte durée. Si l'on exclut les nourrissons (moins d'un an), le taux de recours à l'hôpital des enfants est beaucoup plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Avec un taux de recours de 533²⁹ pour 1 000 en 2012, la fréquentation hospitalière des enfants de moins d'un an se situe nettement au-dessus de la moyenne tous âges (256 pour 1 000), mais elle reste inférieure à celle des personnes de plus de 74 ans (584 pour 1 000 pour les personnes de 75 à 84 ans et 690 pour 1 000 pour celles de 85 ans ou plus). Avant un an, ce sont naturellement les affections périnatales qui génèrent le plus d'hospitalisations, avec 42,5 % des séjours, suivies par les maladies de l'appareil respiratoire, avec 14 %. Ces dernières constituent d'ailleurs la première cause d'hospitalisation des moins de 15 ans (16 % des séjours pour les garçons comme pour les filles).

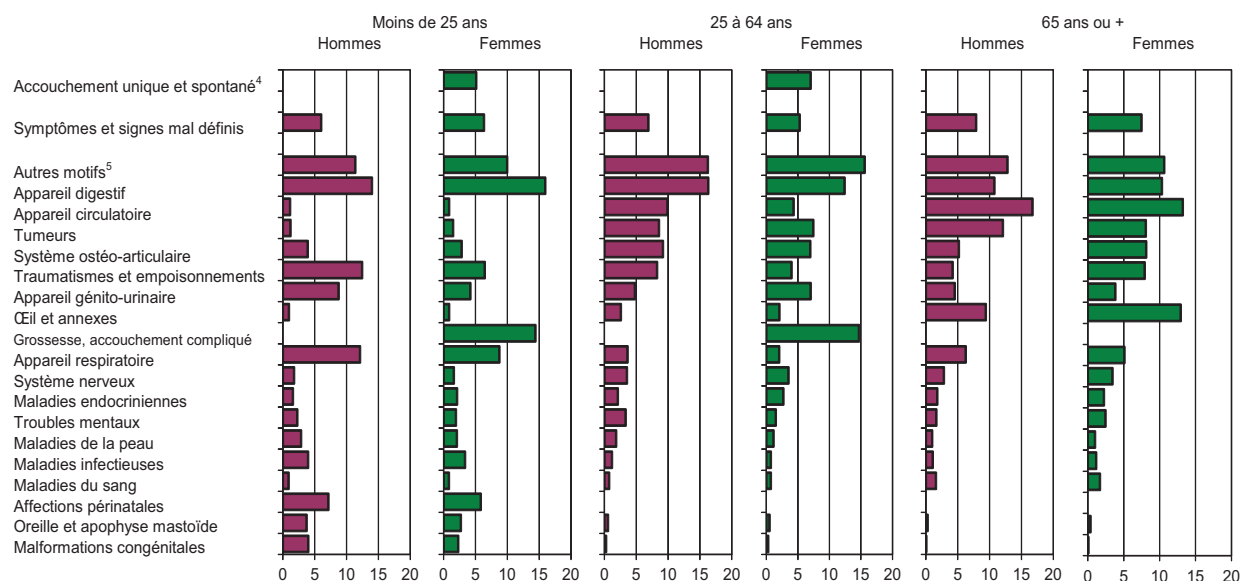
Pour l'ensemble des moins de 25 ans, les pathologies digestives (maladies des dents et appendicite notamment), représentent le motif d'hospitalisation le plus fréquent des hommes (14 % des séjours) et la maternité celui des femmes (19,5 % des séjours) (graphique 2). Les causes accidentelles arrivent au deuxième rang pour les hommes (12,5 %) et les pathologies digestives pour les femmes (16 %). Les atteintes respiratoires (pathologies des amygdales, des végétations adénoïdes, asthme), au nombre de 12 pour 100 séjours chez les hommes et de 9 chez les femmes, et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention (11 chez les hommes contre 10 chez les femmes) viennent ensuite, respectivement au 3^e et 4^e rang pour les hommes et au 4^e et 3^e rang pour les femmes. Chez ces dernières, les traumatismes ne représentent que le 5^e motif de recours à l'hospitalisation dans ce groupe d'âge (6,5 % des séjours).

Entre 25 et 64 ans, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22 % des séjours), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention et les maladies de l'appareil digestif arrivent en tête des motifs de recours à l'hôpital pour les hommes comme pour les femmes (à égalité avec 16 % des séjours chez les hommes, et respectivement, 16 % et 12 % des séjours chez les femmes). Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements sont un motif fréquent de recours chez les hommes (à rapprocher de la mortalité par morts violentes tels que les accidents ou les suicides dans cette tranche d'âge) : ils représentent le 2^e motif pour les 25-34 ans et le 3^e pour les 35-44 ans. Chez les femmes, les maladies de l'appareil génito-urinaire sont également un motif courant de recours aux établissements de santé avant 45 ans. Pour les 45-64 ans, les fréquences d'hospitalisation pour des tumeurs pour les hommes comme pour les femmes, des maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et des maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent pour se rapprocher de celles causées par les maladies digestives.

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près de 1 séjour hospitalier sur 7 (17 % des séjours chez les hommes et 13 chez les femmes). Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont également très fréquents (respectivement 13 et 11 pour 100 séjours). Pour les femmes, les maladies de l'œil motivent 13 % des séjours, avec notamment la cataracte qui est responsable à elle seule de 12 % des hospitalisations. Quatre groupes interviennent ensuite dans des proportions proches : les maladies de l'appareil digestif (10 % des séjours), les tumeurs et les maladies ostéo-articulaires, les traumatismes en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral en particulier chez les plus âgées (8 % des séjours chacun). Pour les hommes, les affections les plus représentées après les maladies cardiovasculaires et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'œil (respectivement 12, 11 et 9 pour 100 séjours).

29 Les résumés de sortie anonymes (RSA) des nouveau-nés restés auprès de leur mère, dits « nouveau-nés non hospitalisés », ne sont pas clairement identifiés dans la base nationale support de l'exploitation et le taux d'hospitalisation élevé observé pour les enfants de moins d'un an laisse à penser qu'un certain nombre d'entre eux présentant une pathologie peu grave ne nécessitant pas une hospitalisation mais entraînant la dispensation de soins médicaux spécifiques et donc l'affectation d'un diagnostic principal de maladie sont considérés dans l'exploitation comme des nouveau-nés hospitalisés.

Graphique 1 : Répartition des séjours¹ annuels dans les services de soins de courte durée MCO² selon la pathologie traitée³, l'âge et le sexe du patient en 2012 (en %)



Note: En dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences pour les deux sexes, tous âges réunis.

1. Hospitalisations d'une durée supérieure ou égale à 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

2. Médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie.

3. Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM10 de l'OMS.

4. Code O80 de la CIM10.

5. Motifs de recours aux services de santé autres que maladies ou traumatismes, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Champ: Établissements publics et privés. Résidents de France (métropole et DOM hors Mayotte).

Sources: Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

Références bibliographiques

Aouba A., Eb M., Rey G., Pavillon G. et Jouglu E, «Données sur la mortalité en France : principales causes de décès et évolutions depuis 2000», Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°22, InVS, 2011.

Hourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 ». Rapport Irdes N°553, juillet 2012.

Labarthe G., «Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie», Études et Résultats, DREES, n° 315, juin 2004.

Mouquet M.C., « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », Document de travail, Série Études et Recherche n°128, novembre 2013

Liens utiles

Causes de décès en France : <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

Causes de décès en Europe :

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr&lang=en

Données de morbidité hospitalière :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-disponibles-sur-la-morbidite-hospitaliere,3369.html>

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET MESURE DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

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

L'état de santé de la population s'est globalement amélioré en France et dans les pays de niveau socio-économique équivalent. Mais des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France, selon une distribution socialement stratifiée appelée « gradient social » des inégalités de santé. De nombreux travaux leur ont été consacrés en France depuis plus de 10 ans³⁰. En 2009, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) soulignait que si l'on observe des inégalités sociales de santé (morbidity, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, les inégalités de mortalité demeurent dans notre pays plus importantes que dans d'autres pays européens et se sont aggravées au cours des dernières décennies.

Le 8 mars 2011, le Parlement européen a adopté une résolution³¹ en faveur de la réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne. Cette résolution rappelle aux États membres que la lutte contre les inégalités de santé est une priorité qui doit être mise en œuvre dans les principes du « Health in all policies » (une inclusion de la santé dans toutes les politiques), que la lutte contre les inégalités de santé ne pourra être efficace sans une politique commune et des stratégies de santé publique coordonnées, et que la lutte contre les inégalités socio-économiques a également un impact fort sur les inégalités de santé. Le conseil régional Europe de l'OMS a inscrit en 2012 la réduction des inégalités de santé comme premier objectif stratégique³².

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

Il paraît donc très important de décrire la situation et d'en observer les évolutions à l'aide d'indicateurs. Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé suppose, d'une part, de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et, d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts³³. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs est un élément déterminant de leur choix.

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

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

Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*.

Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2013, *Indicateurs de suivi des inégalités de santé*.

31 <http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=INI/2010/2089>

32

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

33 Institut national de santé publique, 2013, *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé du Québec*.

Cette partie du rapport sur l'état de santé de la population présente donc :

- Des indicateurs sociaux considérés comme déterminants de la santé et utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé.
- La prise en compte des caractéristiques sociales dans des indicateurs transversaux et synthétiques de santé comprenant, d'une part, des indicateurs de santé perçue, de santé fonctionnelle et des maladies chroniques déclarées ; d'autre part, des indicateurs d'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale – ce seuil de 35 ans correspond à l'âge auquel les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population (les études sont terminées et la vie professionnelle entamée).

Concernant la mesure du gradient social, deux variables de stratification ont été retenues dans le cadre des indicateurs synthétiques :

- la répartition de la population en six catégories selon la classification en Profession et catégorie sociale (PCS) qui est la plus utilisée en France ;
- la répartition de la population selon le niveau d'études en quatre catégories (primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur). Cette variable, utilisée par Eurostat, permet d'établir des comparaisons européennes.

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

Par ailleurs, dans l'ensemble du rapport sur l'état de santé, la mesure des inégalités de santé est déclinée pour les indicateurs spécifiques, lorsqu'au moins une variable de mesure est disponible dans les systèmes d'information utilisés pour l'indicateur de santé concerné. Pour de nombreux indicateurs issus des bases médico-administratives, l'information « sociale » individuelle est inexistante ou très limitée.

INDICATEURS SOCIAUX

Différents indicateurs sociaux sont utilisés pour rendre compte des inégalités sociales. Les sources statistiques d'où sont issus ces indicateurs sont différentes, expliquant les différences concernant la fraîcheur des données.

Niveau d'instruction : 71 % des femmes et 62 % des hommes de 25 à 34 ans ont obtenu le baccalauréat

La part des diplômés au sein de chaque tranche d'âge augmente de façon très sensible au fil des générations, mais elle tend à se stabiliser pour les plus jeunes. En 2012, en France métropolitaine, 79 % des jeunes de 18 à 24 ans ont acquis un diplôme du second cycle de l'enseignement supérieur (CAP, BEP ou baccalauréat).

Ce constat se vérifie à la fois pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, en 2012, 33 % des femmes âgées de 55 à 64 ans déclarent avoir obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur ; cette proportion atteint 71 % chez les femmes âgées de 25 à 34 ans. De la même façon, 32 % des hommes de 55-64 ans ont obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur, contre 62 % des hommes âgés de 25 à 34 ans (tableau 1). Si dans le passé la proportion des hommes ayant obtenu le baccalauréat était plus forte que celle des femmes, cette tendance s'est maintenant inversée pour toutes les tranches d'âge. En 10 ans, la proportion de diplômés de l'enseignement supérieur a augmenté de 8 points chez les femmes et de 9 points chez les hommes.

Tableau 1 : Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2012 (%)

	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Aucun diplôme ou CEP	10,0	11,9	14,2	16,3	22,9	23,0	34,7	30,0
BEPC seul	5,0	6,5	5,4	5,1	9,9	6,9	10,0	6,8
CAP, BEP ou équivalent	13,7	20,0	19,7	26,2	26,3	35,1	22,2	31,2
Baccalauréat ou brevet professionnel	24,0	23,3	20,4	17,5	16,3	12,0	13,7	12,3
Baccalauréat + 2 ans	19,4	14,4	17,9	15,7	12,6	9,4	9,8	6,6
Diplôme supérieur	27,9	23,8	22,4	19,1	12,0	13,6	9,7	13,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Part de bacheliers ou plus	71,3	61,5	60,7	52,4	40,9	35,1	33,1	32,0

Note : résultats en moyenne annuelle.

Champ: France métropolitaine, population des ménages, personnes de 25 à 64 ans (âge au 31 décembre).

Sources : INSEE, enquêtes Emploi.

Population active : 21 % d'ouvriers et 18 % de cadres en 2012

Le taux d'activité se définit comme le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et la population totale correspondante. En 2012, en France, le taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans est globalement de 71 %. Il reste assez stable depuis plus de 10 ans mais est très variable selon la classe d'âge considérée. Le taux d'activité apparaît faible pour les personnes âgées de plus de 50 ans (tableau 2) mais est en augmentation depuis 4 ans³⁴. Il est également faible pour les jeunes de moins de 24 ans, sachant qu'une proportion importante de cette tranche d'âge est encore en cours d'études initiales (90 % des 15-19 ans et 42 % des 20-24 ans). Par ailleurs, le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âge considérée.

34 France portrait social, fiches thématiques : emploi, salaires, 2013, INSEE.

Tableau 2 : Taux d'activité des femmes et des hommes selon l'âge en 2012 (en %)

Taux d'activité (en %)	Femmes	Hommes	Ensemble
15-64 ans	51,8	61,9	56,7
15-64 ans	66,6	75,3	70,9
15-24 ans	34,0	40,6	37,3
25-49 ans	83,8	94,2	88,9
50-64 ans	57,5	65,0	61,1
dont : 55-64 ans	44,8	51,2	47,9
65 ans ou plus	1,7	3,1	2,3

Champ : Personnes de 15 à 64 ans, France métropolitaine.
Sources : INSEE, enquêtes Emploi 2012

La situation professionnelle de la population active à un moment donné comprend 2 dimensions : la profession et le statut vis-à-vis de l'emploi.

La répartition des actifs ayant un emploi selon la tranche d'âge et la catégorie sociale, en 2012 (tableau 3) met en lumière un vieillissement des agriculteurs exploitants dont la proportion parmi les actifs augmente avec l'âge. De même, la part des artisans, commerçants et chefs d'entreprise est moins importante chez les jeunes générations. A l'inverse, la part des ouvriers parmi les actifs diminue avec l'âge et la part des employés est sensiblement plus importante dans les nouvelles générations. Cette évolution était déjà observée sur des données antérieures³⁵.

Tableau 3 : Répartition des actifs selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012 (%)

Catégorie socioprofessionnelle	15 à 29 ans	30 à 49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Agriculteurs exploitants	0,5	1,7	3,4	2,0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	2,6	6,7	8,5	6,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11,4	19,4	19,8	18,0
Professions intermédiaires	25,5	25,8	21,8	24,7
Instituteurs et assimilés	3,2	3,8	3,0	3,5
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	6,4	5,1	4,6	5,2
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	8,4	7,9	5,9	7,4
Techniciens	5,3	4,7	3,7	4,5
Employés	33,1	26,4	28,0	28,1
Employés civils et agents de service de la fonction publique	7,3	8,8	10,3	8,9
Policiers et militaires	2,5	2,0	0,9	1,8
Employés administratifs d'entreprises	6,8	6,0	5,5	6,0
Employés de commerce	8,5	3,6	2,3	4,2
Personnels des services directs aux particuliers	8,0	6,1	9,0	7,3
Ouvriers	26,8	19,8	18,4	20,8
Ouvriers qualifiés de type industriel	4,3	4,6	4,2	4,4
Ouvriers qualifiés de type artisanal	7,5	4,9	4,3	5,2
Chauffeurs	1,8	2,4	2,6	2,3
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	1,5	1,8	1,4	1,7
Ouvriers non qualifiés de type industriel	5,5	3,1	2,6	3,4
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	4,7	2,3	2,4	2,8
Ouvriers agricoles	1,5	0,8	0,7	0,9
Catégorie socioprofessionnelle indéterminée	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : résultats en moyenne annuelle.

Champ : France métropolitaine, population des ménages, actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi 2012.

35 Drees, 2011, l'état de santé de la population en France, collection études et statistiques.

En 2012, en France métropolitaine, parmi les actifs occupés de plus de 15 ans, près de 9 sur 10 sont des salariés. Parmi ceux-ci, 8,5 % ont un contrat de travail à durée déterminée, 2 % sont intérimaires et 1,5 % sont des apprentis. Les femmes sont plus souvent salariées que les hommes (92,3 % versus 85,1 %) mais sont plus nombreuses à avoir un contrat en durée déterminée (10,6 % versus 6,5 %).

Les personnes en situation de sous emploi représentent 5,3 % des actifs occupés. Cette proportion est plus importante chez les femmes (7,9 % versus 2,8 %).

Le taux de chômage poursuit son augmentation

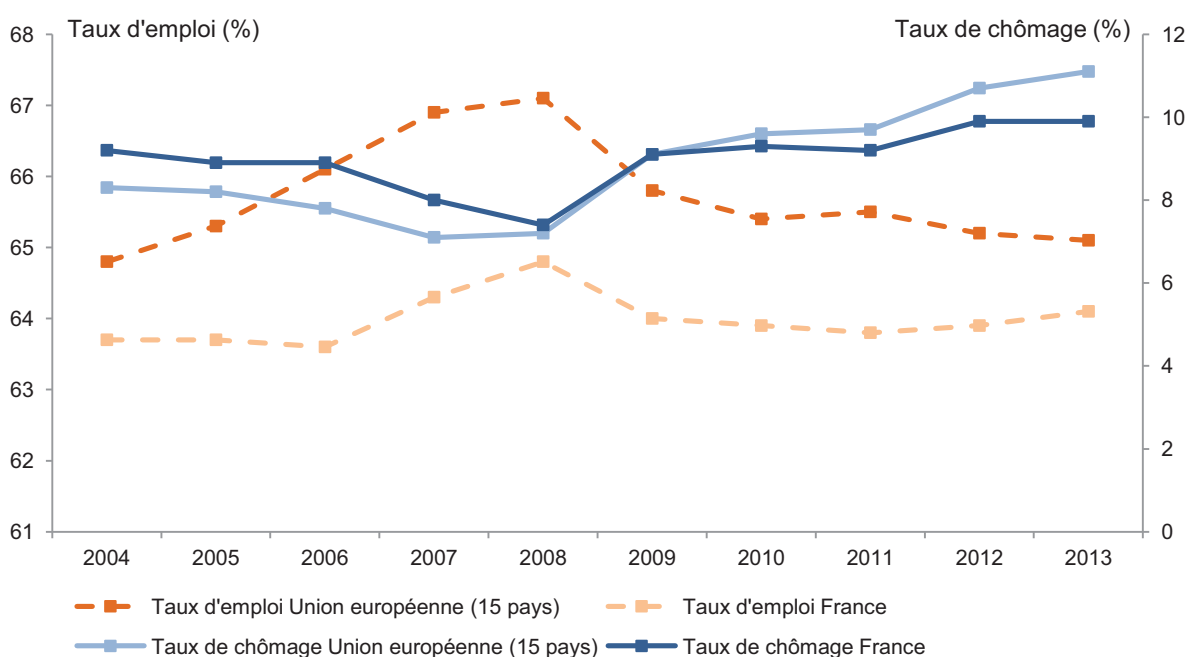
Le taux d'emploi est le rapport entre le nombre de personnes ayant un emploi et la population totale. Le taux de chômage représente la part des chômeurs dans la population active (personnes en emploi ou « actifs occupés » et chômeurs).

Le taux d'emploi des 15-64 ans s'établit au 1er trimestre 2014 et en France métropolitaine à 64,3 %. Les évolutions des taux d'emploi sont les plus contrastées entre les seniors et les moins de 50 ans : le taux d'emploi des personnes de 25-49 ans évolue à la baisse depuis 2008 alors qu'il est en augmentation pour les personnes de 55-64 ans.

Le taux d'emploi des hommes est plus élevé que celui des femmes (+7,9 points) mais il évolue à la baisse (- 1,6 points) depuis 2005 alors que celui des femmes est plus stable sur la même période, en lien avec les reculs d'âge de départ à la retraite.

Le taux de chômage s'établit en France entière à 10,2 % au quatrième trimestre 2013. En moyenne sur l'année 2013, en France métropolitaine, 2,8 millions de personnes sont au chômage au sens du BIT et le taux de chômage s'élève à 9,9 % de la population active en moyenne annuelle (tableau 4). Ce taux reste inférieur à la moyenne européenne (graphique 1). Le taux de chômage augmente plus particulièrement chez les jeunes actifs de 15 à 24 ans et, selon les groupes d'âge, les taux sont très différents : de 23,9 % chez les 15-24 ans à 6,5 % chez les 50 ans et plus. Le taux de chômage des hommes augmente de manière un plus importante que celui des femmes.

Graphique 1 : Évolution du taux de chômage et du taux d'emploi en France et dans l'Europe des quinze (2004-2013)



* Données 2013 provisoires.

Champ: France entière, EU 15 pays – 15-64 ans.

Sources : Eurostat 2014, INSEE.

En 2012, dernière année disponible pour cette catégorisation, seuls les cadres ont été épargnés par la hausse du chômage, augmentant de 0,4 point par rapport à 2011 pour les professions intermédiaires à 1,9 point pour les ouvriers non qualifiés (tableau 4). Le taux de chômage dépend fortement du niveau de diplôme, atteignant 17 % des personnes sans diplôme ou de niveau d'études primaires versus 5,4 % des personnes avec un niveau supérieur à bac+2.

Le nombre de chômeurs de longue durée atteint 1 118 000 personnes en 2012. Le chômage de longue durée (plus d'un an) et celui de très longue durée (plus de 2 ans) poursuivent leur progression entamée en 2008 : en 2012, 3,9 % des actifs sont chômeurs depuis plus d'un an (+ 1,2 point par rapport à 2008) et 1,9 % depuis plus de deux ans (+ 0,6 point). Cette proportion reste plus forte chez les plus de 50 ans que parmi les plus jeunes ; elle atteint 57,9 % en 2012 contre 40,1 % pour les 25-49 ans et 28,5 % pour les 15-24 ans.

Tableau 4 : Nombre de chômeurs et taux de chômage* entre 2007 et 2013 (moyennes annuelles)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ^p
Nombre de chômeurs (milliers)	2223	2064	2573	2635	2604	2811	2825
Hommes	1092	1014	1316	1329	1295	1451	1492
Femmes	1131	1050	1257	1306	1309	1361	1333
Taux de chômage (en %)	8	7,4	9,1	9,3	9,2	9,8	9,9
Par sexe							
Hommes	7,5	6,9	8,9	9	8,7	9,7	10
Femmes	8,6	7,9	9,4	9,7	9,7	10	9,8
Par âge							
15-24 ans	19,1	18,6	23,2	22,9	22,1	23,9	23,9
25-49 ans	7,2	6,5	8	8,3	8,3	9	9,2
50 ans ou plus	5,3	4,9	6	6,3	6,3	6,8	6,5
Par catégorie socioprofessionnelle							
Cadres	3,2	3	3,8	3,9	3,8	3,7	
Professions	4,6	4	5,3	4,9	5	5,4	
Employés	8,2	7,4	8,8	9,5	9,8	10,3	
Ouvriers	10,6	10,2	13,1	13,4	12,9	14,4	
<i>Ouvriers qualifiés</i>	7,5	7,4	9,2	9,9	9,6	11	
<i>Ouvriers non qualifiés</i>	15,8	15,3	19,9	19,4	18,5	20,4	
Rapport ouvriers non qualifiés/cadres	5	5,1	5,3	4,9	4,9	5,5	

^p données provisoires

* Chômage au sens du BIT.

Champ: France métropolitaine, individus de 15 ans ou plus.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi : moyennes annuelles, France portrait social 2013, fiche chômage

Inégalités de revenus

En 2012, en France métropolitaine, le niveau de vie médian de la population s'élève à 19 740 euros annuels ; il baisse de 1,0 % en euros constants par rapport à 2011. Toute l'échelle des niveaux de vie est en recul, mais de manière plus marquée en bas et en haut de la distribution. Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 10 610 euros. Les 10 % les plus aisées disposent d'au moins 37 430 euros, soit 3,5 fois plus.

Seuil de pauvreté : 13,9 % de la population en 2012

Le seuil de pauvreté qui correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 987 euros mensuels. La pauvreté, mesurée par référence à ce seuil, diminue et revient à un niveau proche de celui de 2010 : elle concerne 8,5 millions de personnes (13,9 % de la population), après 8,7 millions en 2011 (14,3 %).

Dans le même temps, l'intensité de la pauvreté augmente : le niveau de vie des personnes pauvres est relativement plus éloigné du seuil de pauvreté. De fait, la moitié des personnes pauvres vivent avec moins de 784 euros par mois, soit, en euros constants, un niveau qui n'avait pas été aussi bas depuis 2006. L'intensité de la pauvreté augmente donc nettement, passant de 19,1 % en 2011 à 20,5 % en 2012 : les personnes pauvres sont globalement plus éloignées du seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté au seuil de 50 %, qui cible une population plus pauvre que le taux au seuil de 60 % (seuil retenu le plus souvent au niveau européen) passe d'ailleurs de 7,9 % en 2011 à 8,1 % en 2012.

La composition de la population la moins favorisée se modifie un peu : parmi les adultes pauvres, la part des chômeurs augmente, quand celle des retraités diminue. Les familles monoparentales sont plus nombreuses : leur part dans la population pauvre passe de 20,6 % en 2011 à 22,3 % en 2012. Le taux de pauvreté des enfants de moins de 18 ans atteint 19,6 %.

INDICATEURS D'ACCÈS AUX SOINS

Les bénéficiaires de la CMUC : 4,5 millions en 2012

Le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, en complétant les remboursements de la sécurité sociale, permet de limiter les restes à charges et favorise l'accès aux soins. Ainsi, les dépenses de ville des bénéficiaires d'une couverture complémentaire sont 20 % plus élevées que celles des personnes qui en sont dépourvues, et le renoncement aux soins pour raisons financières est diminué de moitié. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis en place couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) puis l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) pour permettre aux plus modestes de bénéficier d'une couverture. L'accord national interprofessionnel (ANI) signé en 2013 prévoit une généralisation de la couverture maladie complémentaire pour tous les salariés en 2016.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) constitue l'un des dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées.

Tableau 5 : Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMUC entre 2000 et 2012 (en millions)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
5,0	4,7	4,5	4,6	4,7	4,4	4,4	4,4	4,2	4,2	4,2	4,3	4,4

Champ: France entière. Bénéficiaires affiliés à la CNAMTS, RSI et MSA, hors sections locales mutualistes.

Source : CNAMTS, RSI et MSA

Note : rupture de série entre 2004 et 2005 (doubles comptes non repérables avant 2005)

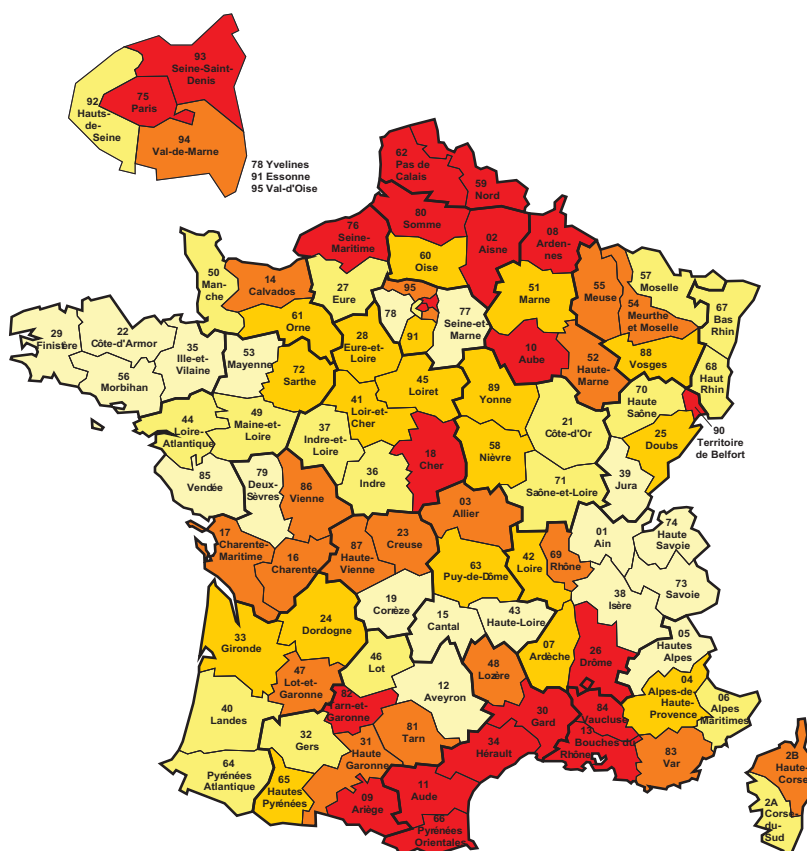
De 2005 à 2009, le nombre de bénéficiaires a connu une diminution, passant de 4,4 à 4,2 millions puis progresse depuis 2010 (tableau 10). Au 31 décembre 2012, 4,4 millions de personnes sont bénéficiaires de la CMUC en France pour les 3 grands régimes d'assurance maladie, soit 6 % de la population en Métropole et 30 % dans les DOM.

Depuis 2000, date de création de la CMUC, les bénéficiaires de la CMUC conservent les mêmes grandes caractéristiques. Selon les données de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2010, c'est une population jeune, féminine, appartenant plus souvent à des familles monoparentales au sein de laquelle les ouvriers et les employés, particulièrement ceux exposés au chômage, sont surreprésentés.

En 2012, 6 % de la population métropolitaine bénéficie de la CMUC. Ce taux de couverture varie de 2,4 % dans le département de la Haute-Savoie à 12 % en Seine-Saint-Denis (carte 1). Deux zones géographiques se distinguent par une part élevée de bénéficiaires, l'une au Nord de la France (Seine-Maritime, Somme, Nord, Pas-de-Calais, Aisne et Ardennes) et l'autre dans un croissant Sud – Sud-est (du département de l'Ariège au Vaucluse, en passant par les Pyrénées-Orientales, l'Aude, l'Hérault, le Gard, les Bouches-du-Rhône). Dans les DOM, le taux de couverture atteint 30 %, entre 24 % pour les DFA et

35 % pour la Réunion. La répartition territoriale a subi peu de modifications depuis la mise en œuvre de la CMUC. Elle est proche de celle observée pour les bénéficiaires du RSA socle.

Carte 1 : Répartition des départements par quintile selon la proportion de bénéficiaires de la CMUC en France métropolitaine en 2012



Couleur	Pourcentage CMU-C / Population	Nombre	Nombre CMU-C	Répartition CMU-C
	>= 2,4% < 4,2%	18	319 026	8,3%
	>= 4,2% < 4,9%	19	711 856	18,5%
	>= 4,9% < 5,7%	19	517 865	13,4%
	>= 5,7% < 6,5%	20	819 082	21,2%
	>= 6,5% <= 12,0%	20	1 489 627	38,6%
		96	3 857 456	100,0%

Champ: France métropolitaine
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA.

La CMUC a permis d'augmenter le taux de personnes couvertes par une protection maladie complémentaire. Mise en place en 2005, l'aide pour une complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC complémentaire et ce même plafond majoré de 35 % depuis le 1er janvier 2012 (26 % en 2011 et 20 % en 2010). Le nombre de bénéficiaires de l'attestation atteint 1,16 million au 31 décembre 2013. Au 30 novembre 2013, 77 % ont utilisé leur attestation pour souscrire une couverture complémentaire. Selon les premiers résultats de l'enquête ESPS 2012, 5 % de la population enquêtée déclare ne pas être couverts par une complémentaire santé.

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

Selon l'enquête Santé protection sociale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2012³⁶, près de 26 % de la population métropolitaine

36 Premiers résultats de l'enquête Santé protection sociale 2012, IRDES (www.irdes.fr).

déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois³⁷ : 18 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 10 % les soins d'optique et 5 % les soins de médecins. 19 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins, contre 16 % des hommes. Le renoncement est maximal entre 40 et 64 ans (19 %) et minimal au-delà de 65 ans (16 %).

L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement. Les personnes sans complémentaires santé déclarent plus souvent renoncer aux soins : 24 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optique contre 15 % pour les bénéficiaires de la CMUC et moins de 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMUC. Le taux de renoncement varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages : il atteint 28 % pour les individus du premier quintile, contre 9 % pour ceux du dernier. Les ménages d'employés, d'employés de commerce, d'ouvriers non qualifiés et d'employés administratifs sont ceux qui déclarent le plus renoncer à des soins (respectivement 26 %, 23 % et 21 %). Les familles monoparentales sont également plus nombreuses (27 %) à renoncer aux soins que les couples sans enfant et les couples avec enfant (respectivement 14 % et 17 %).

INDICATEURS SYNTHÉTIQUES D'INEGALITES DE SANTÉ

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

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la « santé perçue » apparaît comme un indicateur pertinent de l'état de santé et très lié aux autres indicateurs de cet état. Des travaux³⁸ montrent l'existence d'une hétérogénéité de déclarations, liée à la situation démographique, affectant l'ensemble des indicateurs considérés. Parmi ceux-ci, la déclaration de maladies chroniques souffre d'un « biais de pessimisme » lié à l'éducation, à la profession et aux revenus. Au contraire, les indicateurs de santé perçue et de limitations d'activité semblent moins biaisés et peuvent être considérés comme de bons outils de mesure dans l'objectif d'une surveillance globale des inégalités sociales de santé. On observe un gradient social certain pour ces indicateurs d'état de santé : les ouvriers et les agriculteurs exploitants déclarent moins souvent être en bonne santé et plus souvent des limitations d'activité que les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les différences sont plus marquées entre les actifs et les inactifs. Cela s'explique en partie par le fait que cette dernière catégorie surreprésente des personnes plus âgées n'ayant jamais travaillé, et les personnes handicapées (tableau 5), la proportion de femmes n'ayant jamais travaillé diminuant au fil du temps.

37 En 2012, le nouveau questionnement entraîne par construction un taux de renoncement aux soins plus élevé qu'auparavant. Du fait de cette rupture de série, le suivi du renoncement dans le temps au travers des données de l'enquête ESPS doit être rebasé à partir de 2012.

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

Tableau 6 : Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la profession et catégorie socioprofessionnelle en 2011 (en%)

Catégorie socio-professionnelle	Part de la population déclarant...			Part dans la population
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Agriculteurs exploitants	92,7	36,8	18,0	1,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	96,7	24,8	13,1	3,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,0	22,0	8,7	8,7
Professions intermédiaires	97,9	25,7	12,6	14,0
Employés	95,5	27,7	16,4	14,8
Ouvriers (yc ouvriers agricoles)	94,7	26,3	17,5	11,8
Retraités	81,9	59,7	45,9	27,3
Autres inactifs	88,2	36,8	28,7	18,7
Total	91,2	36,5	24,9	100,0

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

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

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

Champ: Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2011, INSEE.

L'état de santé déclaré varie également selon le niveau de diplôme des personnes interrogées : en excluant les personnes retraités et les étudiants, moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état santé, des limitations d'activité et des maladies chroniques (tableau 6).

Selon les enquêtes EU-SILC (*European Union – Statistics on Income and Living Conditions*), on constate également dans l'Union européenne (UE) une amélioration de l'état de santé ressenti avec le statut vis-à-vis de l'emploi (tableau 7). De même, l'activité est associée à un meilleur état de santé déclaré : pour l'ensemble de l'UE : hors personnes retraitées, les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail) sont ceux qui présentent les plus forts taux de personnes considérant que leur état de santé était mauvais ou très mauvais.

Tableau 7 : Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études en 2011 (en %)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant ...			Part dans la population ****
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Sans diplôme	85,9	40,8	33,4	9,3
BEPC-CAP-BEP	92,2	33,6	22,5	51,0
Bac	95,8	25,9	14,5	16,1
Bac+2	97,0	25,3	12,8	9,8
Supérieur à bac+2	98,2	21,3	9,3	13,8
Ensemble	93,9	29,7	18,5	100,0

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

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

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

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

Champ: Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2011, INSEE-Eurostat.

Tableau 8 : Santé perçue selon le statut d'emploi en Europe et en France en 2012 (%)

Statut d'emploi	Part de la population déclarant être au moins en assez bonne santé	
	Union européenne (28 pays)	France
Personnes occupées	97,2	96,6
Chômeurs	90,7	91,2
Retraités	78,8	82,5
Autres personnes inactives	85,9	89,2
Ensemble de la population	90,3	91,2

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».
 Champ: Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.
 Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2012, INSEE-Eurostat.

Par ailleurs, selon l'enquête 2012 sur les bénéficiaires des minima sociaux, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population (tableau 8) : moins de 60 % se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé, contre près de 80 % parmi l'ensemble des 18-59 ans. De même, ils déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de problèmes de santé mentale.

Tableau 9 : État de santé déclaré, maladies chroniques et limitations fonctionnelles parmi les bénéficiaires du RSA comparés à l'ensemble de la population

		RSA socle non majoré	RSA socle majoré	RSA activité seul	Ensemble RSA	Ensemble population
État de santé déclaré	<i>Bon ou très bon</i>	54	66	66	58	77
	<i>Assez bon</i>	27	25	24	26	18
	<i>Mauvais ou très mauvais</i>	19	9	10	16	5
Maladies chroniques	<i>Oui, au moins une</i>	34	23	26	31	27
	<i>Non</i>	65	77	73	69	69
	<i>Refus/Non réponse</i>	1	-	1		4
Limitations fonctionnelles	<i>Oui, fortement limité</i>	15	7	8	12	4
	<i>Oui, limité mais pas fortement</i>	18	11	13	16	13
	<i>Non, pas limité du tout</i>	67	82	79	72	83

Champ : Population âgée de 18 à 59 ans, France métropolitaine.
 Sources : DREES, Enquête 2012 auprès des bénéficiaires des minima sociaux. IRDES, Enquête santé et protection sociale, 2010.

Espérance de vie à 35 ans : un peu plus de 6 années d'écart entre les cadres et les ouvriers, chez les hommes

L'espérance de vie continue sa progression, mais de façon plus ou moins rapide selon la position sociale (tableau 9). Entre le début des années 1980 et la fin des années 2000, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Au cours de la période 2000-2008, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont à 35 ans une espérance de vie de 47,2 ans supplémentaires, contre 40,9 ans pour les ouvriers. À 35 ans, les femmes ont une espérance de vie de 51,7 ans quand elles sont cadres et 47,5 ans quand elles sont ouvrières (graphique 3). Ainsi, les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : pour la période 2000-2008, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de trois ans celle des

ouvrières, alors que l'écart entre les hommes cadres et ouvriers s'élève à 6,3 ans³⁹. Quelle que soit leur catégorie sociale les femmes vivent plus longtemps que les hommes, et l'espérance de vie des ouvrières est supérieure d'un an et demi à celle des hommes cadres. De telles inégalités se retrouvent dans toute l'Europe, même si l'ampleur des écarts ne peut être précisément comparée.

Tableau 10 : Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie socioprofessionnelle (en années)

	Cadres	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble	Écart cadres-ouvriers
Homme									
1976-1984	41,7	40,5	40,3	39,6	37,2	35,7	27,7	37,8	6,0
1983-1991	43,7	41,6	41,7	41,0	38,6	37,3	27,5	39,2	6,4
1991-1999	45,8	43,0	43,6	43,1	40,1	38,8	28,4	40,8	7,0
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8	6,3
Écart									
2000-2008 et 1976-1984	5,5	4,6	4,3	5,2	5,1	5,2	2,7	5,0	
Femme									
1976-1984	47,5	46,4	45,7	46,0	45,6	44,4	44,3	45,0	3,1
1983-1991	49,7	48,1	46,8	47,4	47,4	46,3	45,4	46,4	3,4
1991-1999	49,8	49,5	48,8	48,8	48,7	47,2	47,1	48,0	2,6
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4	3,0
Écart									
2000-2008 et 1976-1984	4,2	4,8	3,9	4,3	4,3	4,3	2,7	4,4	

Champ : France entière.

Sources : INSEE, échantillon démographique permanent et état civil.

Espérance de vie sans incapacité : des inégalités aggravées

Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent plus de temps qu'eux avec des incapacités⁴⁰. La prévalence de l'incapacité provient de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003 : les données sont donc anciennes et nécessitent une mise à jour. Des travaux européens sont actuellement conduits dans le cadre de l'action conjointe EHLEIS^{41,42}.

Trois indicateurs d'incapacité ont été examinés (voir l'encadré sur l'estimation de l'espérance de vie sans incapacité) :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sans gêne sur les activités du quotidien (difficultés à voir, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, (etc.) ;
- les problèmes fonctionnels plus lourds qui gênent la réalisation d'activités courantes ;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui reflètent dans la quasi-totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.).

39 Blanpain N. octobre 2011, « l'espérance de vie s'accroît, l'inégalité sociale face à la mort demeure », INSEE, Insee première, n°1372

40 Cambois E., Laborde C., Robine J.- M., 2007, « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », Population et sociétés, n° 441, p. 1-4.

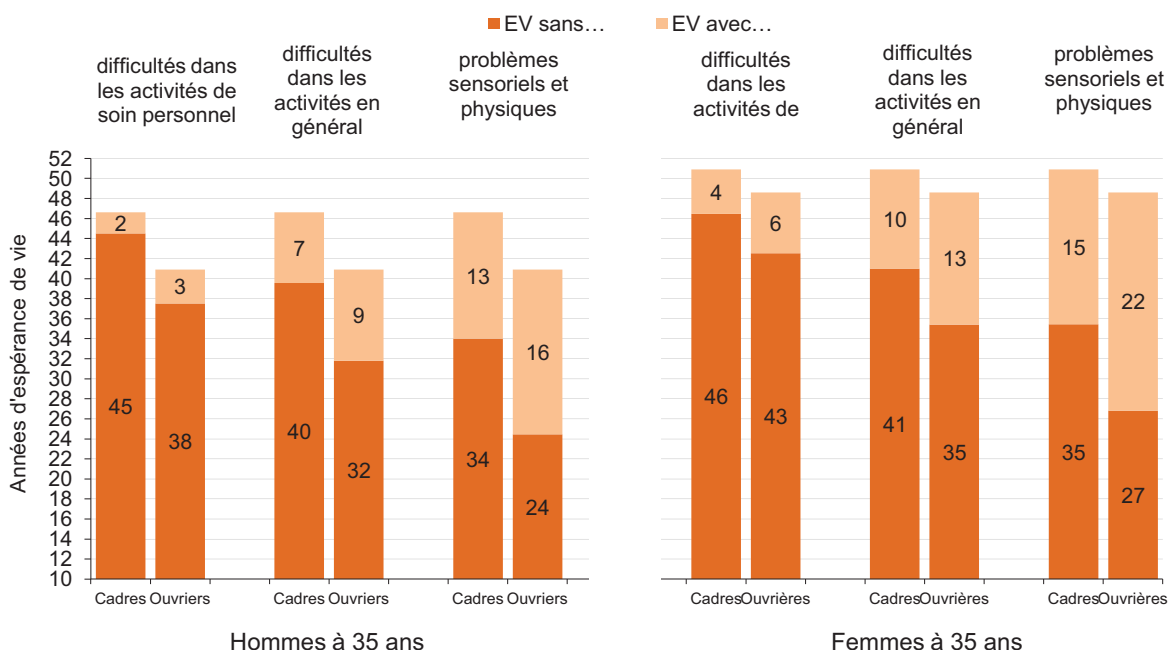
41 http://www.eurohex.eu/pdf/Reports_2014/2014_TR6%201_Monitoring%20socioeconomic%20differentials%20in%20HLY%20across%20Europe.pdf

42 Maki, N., P. Martikainen, et al. (2013). "Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries".

L'analyse de l'espérance de vie à 35 ans selon ces indicateurs d'incapacité montre que les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, 8 années de plus sans gêne dans les activités et 7 ans de plus sans dépendance (graphique 4). De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Seuls les agriculteurs bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne mais avec aussi davantage d'années avec des limitations fonctionnelles. Ces différences très marquées chez les hommes s'expliquent par le fait que leur catégorie socioprofessionnelle est très représentative de leurs conditions de vie et qu'elle est dès lors liée à toutes sortes de facteurs et déterminants de la santé (conditions de travail, niveau de vie, accès à la prévention et aux soins, exposition aux risques de mauvaise santé, etc.). Les années de vie avec limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sont particulièrement présentes dans les catégories de professions manuelles. C'est ce qui explique le paradoxe des agriculteurs exploitants : plutôt protégés en termes d'espérance de vie (ils sont aujourd'hui proches des professions indépendantes et chefs d'entreprise), ils restent plus exposés que d'autres professions d'indépendants à des conditions de travail difficiles (activités physiquement exigeantes, en extérieur, sous contrainte de temps, horaires décalés, etc.) d'où les relativement nombreuses années de limitations fonctionnelles.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité s'observent également après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie professionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées. L'ensemble de ces résultats se retrouve aussi pour les femmes, même si les écarts sont moins marqués (tableaux 10 et 11). Ces moindres écarts s'expliquent en partie par le fait que la catégorie socioprofessionnelle des femmes est moins représentative de leurs conditions de vie que celle des hommes : elles sont plus souvent inactives ou appartiennent à des professions qui ne correspondent pas à leur formation et qualifications ou encore à leur niveau de vie qui peut être déterminé par la profession du conjoint.

Graphique 2 : Espérance de vie à 35 ans selon trois indicateurs d'incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, en 2003



Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs des auteurs (Cambois *et al.*) d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003.

Tableau 11 : Espérance de vie des hommes selon leur incapacité et leur catégorie socioprofessionnelle, en 2003

	Espérance de vie	EV avec et sans difficultés dans les activités "soins personnels"		EV avec et sans difficultés dans les activités en général		EV avec et sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels	
		Années	EVI	EVSI/EV (%)	EVI	EVSI/EV (%)	EVI
Hommes, 35 ans							
Cadres supérieurs	46,6	2,1	95,50	7	84,90	12,6	72,90
Professions intermédiaires	44,8	2,4	94,80	7,9	82,40	14	68,80
Agriculteurs exploitants	45,3	2,9	93,50	8,2	81,80	16,3	64,00
Indépendants	44,4	2,5	94,30	7,4	83,40	14,3	67,80
Employés	42,1	3,1	92,70	8,1	80,80	13,7	67,40
Ouvriers	40,9	3,4	91,70	9,1	77,80	16,5	59,80
Inactifs	30,4	8,7	71,20	20,4	32,80	19,9	34,60
Total	42,8	3	92,90	8,7	79,60	15,1	64,70
<i>Écart cadres-ouvriers</i>	5,7	-1,3	3,80	-2	7,10	-3,9	13,20
Hommes, 60 ans							
Cadres supérieurs	23,1	2,1	90,90	5,8	74,80	10,5	54,70
Professions intermédiaires	21,9	2,3	89,40	6,1	72,00	10,7	51,10
Agriculteurs exploitants	21,9	2,9	86,60	5,7	73,90	12,2	44,30
Indépendants	21,4	2,3	89,30	5,8	73,00	10,9	49,30
Employés	20,5	3,2	84,30	6,3	69,10	10,7	47,60
Ouvriers	19,4	3,1	83,80	6,6	65,90	12,1	37,80
Inactifs	14,7	5,9	59,60	10,6	27,70	10,6	28,10
Total	20,7	2,7	86,80	6,2	70,00	11,2	45,80
<i>Écart cadres-ouvriers</i>	3,7	-1	7,10	-0,8	8,90	-1,6	16,90

Note : EV = espérance de vie ; EVI = espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs par les auteurs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 (INSEE).

Tableau 12 : Espérance de vie des femmes selon leur incapacité et leur catégorie socioprofessionnelle, en 2003

Femmes, 35 ans	Années	EV avec et sans difficultés dans les activités "soins personnels"		EV avec et sans difficultés dans les activités en général		EV avec et sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels	
		EVI	EVSI/EV (%)	EVI	EVSI/EV (%)	EVI	EVSI/EV (%)
Cadres supérieures	50,9	4,4	91,30	9,9	80,60	15,5	69,60
Professions intermédiaires	49,8	4,4	91,10	11,4	77,20	17,7	64,50
Agricultrices exploitantes	50,1	6,2	87,60	12,3	75,50	20,7	58,70
Indépendantes	50,1	5,3	89,50	11,4	77,30	18,4	63,20
Employées	49,4	5	90,00	11,2	77,20	20,5	58,50
Ouvrières	48,6	6,1	87,50	13,2	72,80	21,8	55,20
Inactives	46,7	5,6	88,00	13,9	70,30	21,2	54,60
Total	48,8	5,3	89,20	12,1	75,20	20	59,00
<i>Écart cadres-ouvriers</i>	2,3	-1,6	3,70	-3,3	7,70	-6,3	14,40
Femmes, 60 ans	Années	EVI	EVSI/EV (%)	EVI	EVSI/EV (%)	EVI	EVSI/EV (%)
Cadres supérieures	26,6	4,4	83,60	7,8	70,70	12,3	53,70
Professions intermédiaires	25,7	4,3	83,30	9,1	64,50	14,1	45,20
Agricultrices exploitantes	25,7	5,5	78,50	10,1	60,60	16,7	34,80
Indépendantes	25,8	4,9	81,00	10,1	60,70	15,4	40,20
Employées	25,4	4,7	81,40	8,9	65,10	16,3	35,70
Ouvrières	24,7	5,5	77,60	10,1	59,00	16,2	34,40
Inactives	23,4	4,4	81,10	8,5	63,60	14	40,40
Total	24,9	4,8	80,50	9,1	63,40	15,3	38,50
<i>Écart cadres-ouvriers</i>	1,9	-1,1	5,90	-2,3	11,60	-3,9	19,30

Note : EV = espérance de vie ; EVI = espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs par les auteurs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 (INSEE).

Une période critique bien avant 65 ans

Les écarts d'espérance de vie avec ou sans incapacités sont déjà présentes dans la tranche d'âges 50-65 ans : sur les 15 années à vivre dans cette tranche d'âge, les ouvriers disposent en moyenne de 9 ans sans limitation fonctionnelle contre 12 ans pour les professions les plus qualifiées⁴³. En élargissant au concept déclaratif de « bonne ou mauvaise santé perçue » selon la question de l'Enquête décennale santé, ces chiffres sont respectivement de 8 ans pour les ouvriers et 12,5 ans pour les professions les plus qualifiées. Il convient également de souligner que même les situations les plus complexes (les difficultés avec les activités de soins personnels) sont présentes avant 65 ans : si en moyenne elles n'occupent qu'une toute petite part de l'espérance de vie à ces âges, elles concernent là encore plus les ouvriers que les autres professions (graphique 5).

⁴³ Cambois Emmanuelle, Robine Jean-Marie, 2011, « Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, (8-9), p. 82-86 (Dossier Inégalités sociales de santé).

ESTIMATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ

MÉTHODE : C'est la méthode de Sullivan qui est utilisée pour combiner la prévalence par âge de l'incapacité, établie à partir des données d'enquête, avec la table de mortalité. Les années vécues de la table sont ainsi décomposées en années vécues en incapacité et en années vécues sans incapacité. Comme les enquêtes Santé concernent en général la population vivant en ménage ordinaire, la méthode de Sullivan suggère de tenir compte, dans le partage des années de vie, de celles passées en institution (déduites des taux de résidence en ménages ordinaire), en les considérant comme des années d'incapacité.

Pour calculer le nombre d'années vécues en institution, les taux d'institutionnalisation par groupes de professions sont déduits des données de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de 1998-1999 (INSEE). Cette enquête a mis en évidence des différences selon le groupe de professions dans les chances de rester à domicile.

MORTALITÉ : Les tables de mortalité par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) ont été modélisées à partir des données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003 selon la PCS repérée au recensement de 1999), à l'aide du logiciel IMaCh.

Références bibliographiques

- Cambois E, Sole-Auro A., Robine J.M., « l'espérance de vie, la mortalité prématurée et les espérances de vie sans incapacité », dossier « démographie et état de santé des personnes âgées », revue ADSP n°85, décembre 2013.
- Celant N., Guillaume S., Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport Irdes n°556, Juin 2014.
- Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 ». Rapport Irdes N°553, juillet 2012.
- Guggemos F., Vidalenc J., division Emploi, Insee, « Une photographie du marché du travail en 2012 », Insee Première N° 1466 - septembre 2013
- France, portrait social - Insee Références - Édition 2013.
- Pichetti S, Raynaud D, Vidal G., « Les déterminants individuels des dépenses de santé » dans le Traité d'économie et de gestion de la santé, 2009, presses de Sciences Po
- Reduron V., Van Wassenhove T. (Cnaf), « Les allocataires du RSA fin juin 2013 », Études et résultats n°864, janvier 2014 ;
- L'économie française - Comptes et dossiers, fiches thématiques, Insee Références, Édition 2014.
- Moisy M., « État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA », Études et Résultats, n°882, Drees, juin 2014.
- Robine J.M., Cambois E., pour l'action conjointe EHLEIS, « les espérances de vie en bonne santé des européens », population et sociétés, n°499, juillet 2013.