



# 1. Synthèse

# Vue d'ensemble et faits marquants

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ► Une espérance de vie élevée

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### FAIT MARQUANT

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

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

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



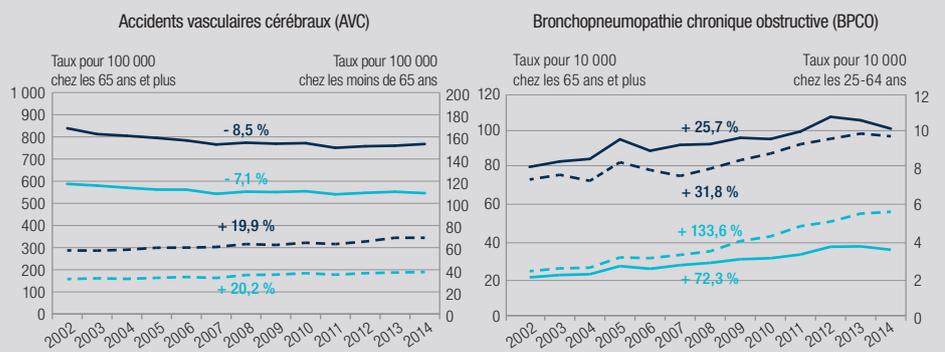
Parmi les patients de moins de 65 ans, la diminution de l'incidence standardisée des patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques (CPI) est plus faible chez les femmes que chez les hommes (- 4,8 % *versus* - 15,6 %) et la mortalité des femmes de moins de 65 ans par CPI a diminué moins vite que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

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

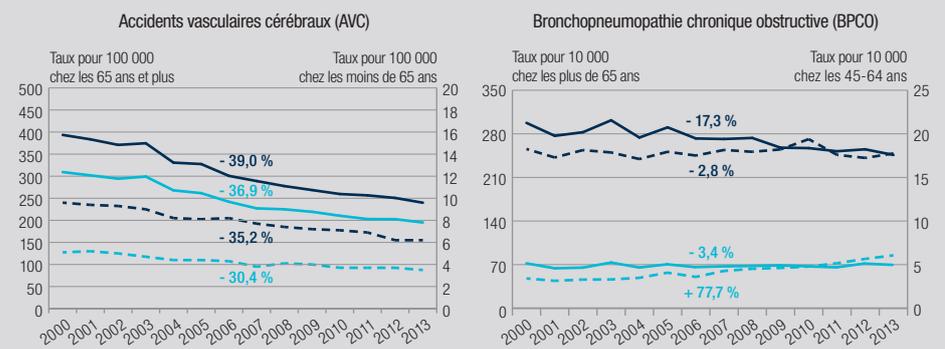
On observe une très forte augmentation de l'incidence des hospitalisations pour exacerbation de la BPCO à tout âge, particulièrement importante chez les femmes de moins de 65 ans (+ 134 % entre 2002 et 2014). La mortalité pour BPCO a presque doublé (+ 93 %) pour les femmes de moins de 65 ans alors qu'elle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

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

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



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



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

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

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



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

Évidemment, la détérioration ou la moindre amélioration de l'état de santé ne s'expliquent pas seulement par la consommation de tabac. D'autres déterminants connus entrent en ligne de compte et peuvent de surcroît interagir entre eux. Ainsi, l'alimentation, la sédentarité, l'activité physique et la corpulence jouent également un rôle déterminant. La prévalence de personnes atteintes d'obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) continue de progresser même si la croissance a eu tendance à ralentir au tout début des années 2010, passant tant chez les hommes que chez les femmes de 10 % environ (données déclarées) au début des années 2000 à 15 % environ (données déclarées) en 2014.

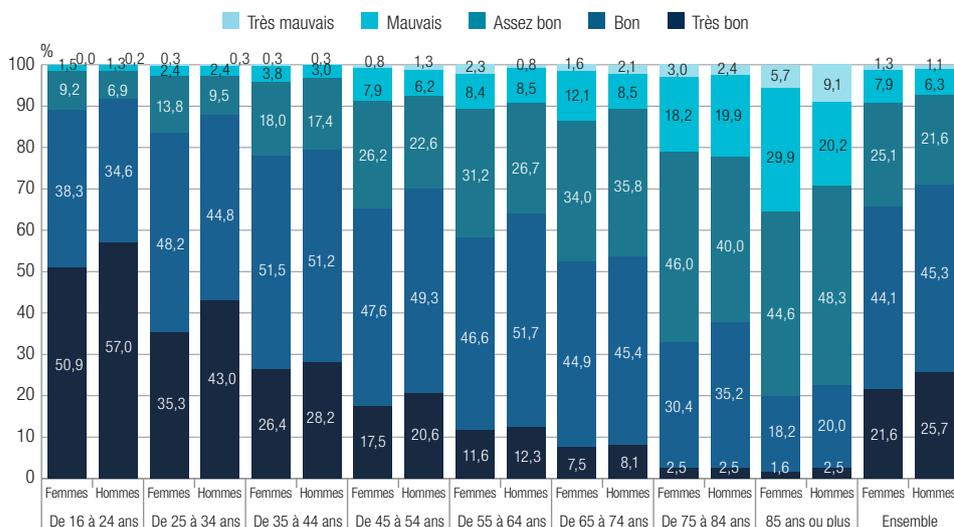
### ► Une fréquence importante des troubles mentaux

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

## La santé perçue

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

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



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

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

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

## Les déterminants de santé, enjeux de la prévention

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

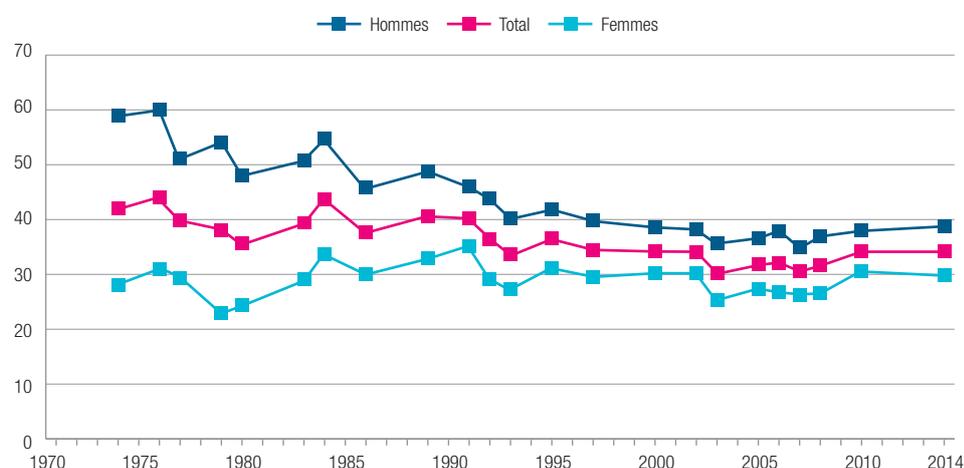
### ► Une proportion de fumeurs quotidiens trop importante

Après la hausse observée entre 2005 et 2010 faisant suite à plusieurs décennies de baisse, la prévalence du tabagisme quotidien apparaît en légère diminution en 2014 (de 29,7 % en 2010 à 28,6 % en 2014). La consommation de tabac des femmes et des hommes s'est cependant rapprochée, avec une légère inflexion récente : parmi les 15-75 ans, la prévalence du tabagisme quotidien s'avère stable chez les hommes (de 32,4 % en 2010 à 32,9 % en 2014) alors qu'elle apparaît en légère baisse chez les femmes (de 26,0 % à 24,6 %). L'importante baisse du tabagisme chez les

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

## GRAPHIQUE 2

### Évolution de la prévalence de fumeurs actuels\* au sein de la population adulte, entre 1974 et 2014 (en %)



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

**Champ** • France métropolitaine. Population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

**Sources** • Enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002 (OFDT) ; Enquêtes Prévalences 2003-2005 (INPES) ; Baromètres santé 2005, 2010 et 2014 (INPES), Baromètre santé environnement 2007 (INPES) ; Baromètre santé nutrition 2008 (INPES).

## ► La consommation quotidienne d'alcool en diminution ?

L'excès de consommation d'alcool est également à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La consommation d'alcool diminue de manière régulière en France depuis plusieurs décennies. Ainsi, la France n'occupe plus la tête du classement européen comme cela a longtemps été le cas, même si elle demeure dans le groupe des pays les plus consommateurs. Selon le Baromètre santé 2014, 18,5 % des 18-75 ans consomment régulièrement de l'alcool (au moins dix fois dans le mois au cours des 12 derniers mois) et 10 % quotidiennement. La part de la population française âgée de 18 à 75 ans concernée par au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année a augmenté de 36 % à 38 % entre 2010 et 2014. Cette évolution à la hausse est plus marquée chez les jeunes âgés de 18 à 25 ans (augmentation de 52 % à 57 % entre 2010 et 2014). Il faut observer, toutefois, que les données déclaratives sont très inférieures à celles issues des achats d'alcool : en 2012, la quantité d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français s'établit à 11,8 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards par habitant de 15 ans et plus et par jour.

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

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

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

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

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

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

En 2010, 12,0 % des salariés français sont exposés à au moins un agent cancérigène (chimique ou non). Ce sont principalement des hommes, notamment des ouvriers (voir encadré ci-contre). Les femmes en âge de procréer représentent 15 % de l'ensemble des salariés exposés et sont essentiellement des professionnelles de santé (infirmières, sages-femmes et aides-soignantes). En 2010, 1,1 % des salariés sont exposés à au moins un agent chimique reprotoxique : la part de salariés exposés a moins diminué entre 2003 et 2010 que celle des salariés exposés aux autres produits chimiques cancérigènes.

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

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

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

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

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

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

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

#### FAIT MARQUANT

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

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

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

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

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

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

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

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

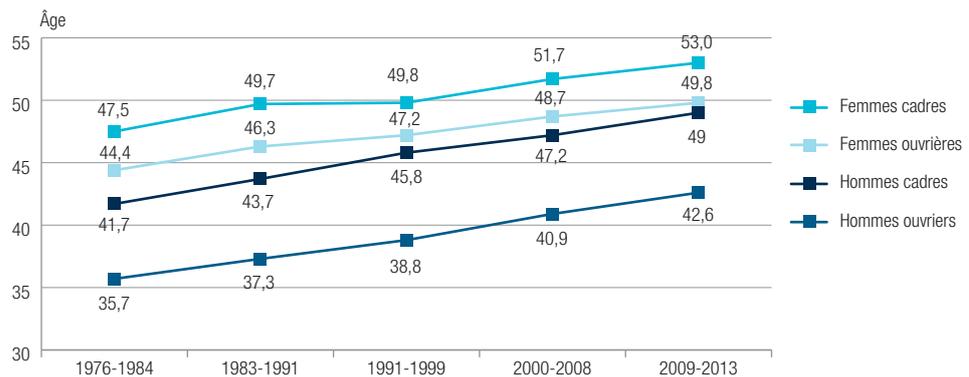
### ► Des expositions environnementales qui concernent un grand nombre de personnes

L'intensité des expositions environnementales en population générale (qualité de l'air, de l'eau, perturbateurs endocriniens...) est moins forte que celle des expositions professionnelles, mais ces expositions concernent un nombre très important de personnes. Malgré la réduction des émissions nationales des principaux polluants, les concentrations mesurées dans l'air ambiant de nombreux polluants atmosphériques (notamment les particules, le NO<sub>2</sub> et l'O<sub>3</sub>) restent stables dans la plupart des villes françaises, et dépassent généralement les lignes directrices établies par l'OMS en 2005 et les valeurs réglementaires européennes et nationales. En particulier, la pollution par les particules fines PM2.5 émises par les activités humaines est à l'origine chaque année, en France continentale, d'au moins 48 000 décès prématurés (soit 9 % de la mortalité en France).

## Des inégalités sociales de santé importantes

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

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

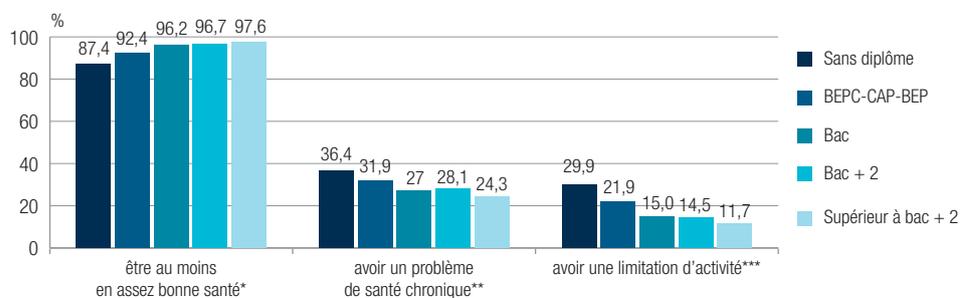


**Lecture** • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

**Champ** • France métropolitaine.

**Source** • Échantillon démographique permanent (INSEE).

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



**Champ** • France métropolitaine, population active vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus, standardisation sur l'âge.

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

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

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

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

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

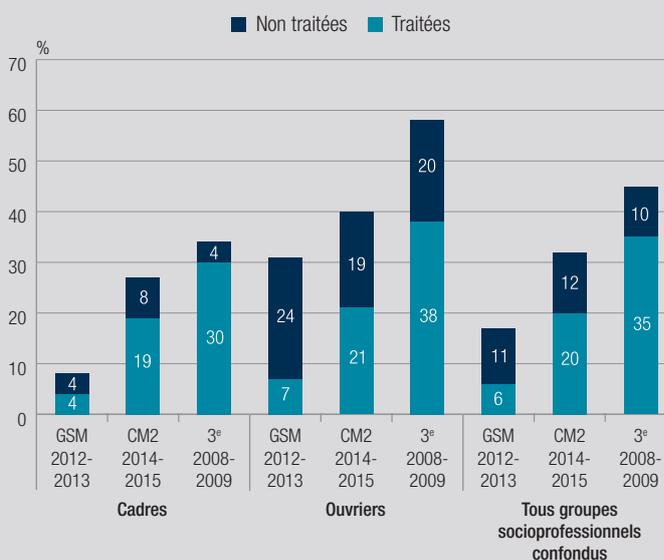
Les inégalités de recours aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important pour les plus démunis. Ainsi, la participation aux dépistages est différente selon la situation sociale ; les campagnes de dépistage généralisé du cancer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

### FAIT MARQUANT

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

Les inégalités s'inscrivent avant même la naissance, au cours de la grossesse, entraînant un taux de prématurité et de petit poids de naissance plus important dans les foyers à faibles revenus, comme le montrent les enquêtes nationales périnatales. De même, les enfants d'ouvriers et les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire ou en zone rurale ont un état de santé bucco-dentaire moins bon et sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres. La proportion d'enfants souffrant d'obésité s'élève à 5,8 % pour les ouvriers contre 1,3 % pour les cadres en grande section de maternelle et 5,5 % contre 1,4 % en CM2. Quel que soit l'âge, les enfants d'ouvriers ont plus fréquemment des atteintes carieuses que ceux de cadres. Dès 5-6 ans, 31 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre 8 % des enfants de cadres ; en CM2 les pourcentages s'élèvent respectivement à 40 % et 27 % et ils sont de 58 % et 34 % en 3<sup>e</sup>.

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



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

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

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

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

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

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

## Des disparités territoriales de santé en lien avec les inégalités sociales

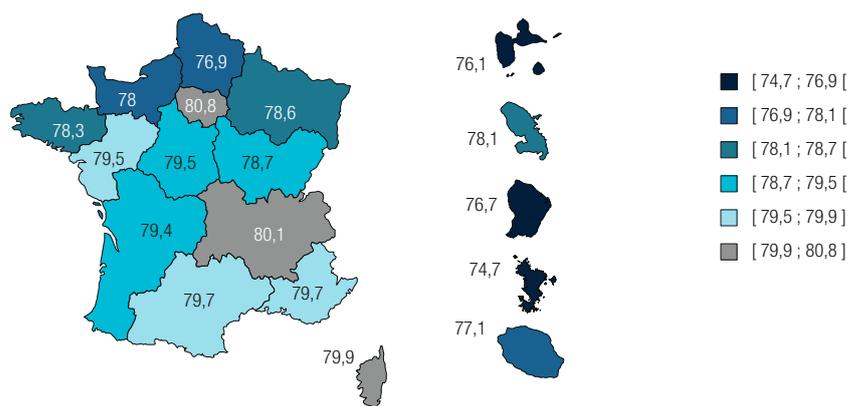
Les différentes catégories socioprofessionnelles étant inégalement réparties sur le territoire, les disparités sociales de santé s'accompagnent de disparités territoriales. De surcroît, les situations sont souvent accentuées par le contexte économique et la disponibilité locale de services, notamment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

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

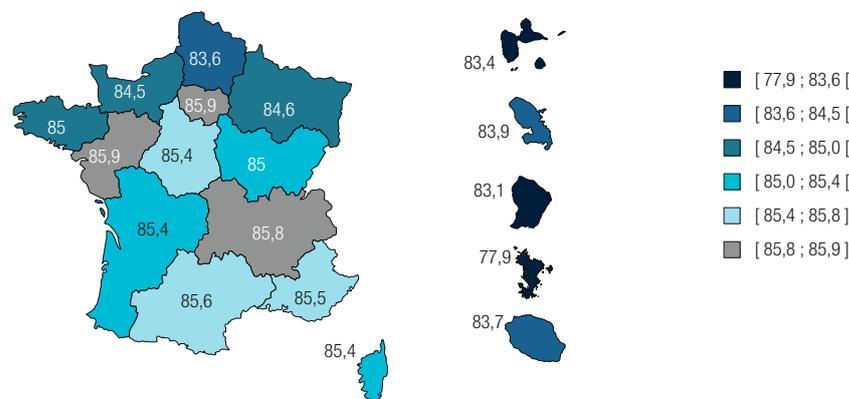
### CARTES 1A ET 1B

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

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



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



**Champ** • France entière.

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

### FAIT MARQUANT

#### Mortalité prématurée et mortalité évitable : une cartographie régionale très contrastée

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

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

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

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

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

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

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

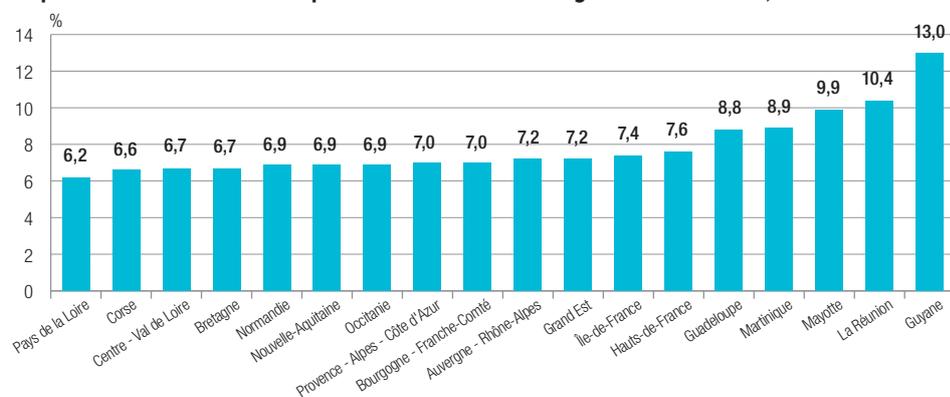
Parmi les comportements qui contribuent aux inégalités territoriales de santé, on peut citer la consommation d'alcool : la proportion de buveurs quotidiens parmi les 15-75 ans est ainsi nettement plus élevée en Occitanie (18 %, contre 11 % pour la moyenne nationale) et elle est plus faible en Île-de-France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

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

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

### GRAPHIQUE 5

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



**Champ** • Naissances vivantes, France entière.

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

### FAIT MARQUANT

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

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

#### Des indicateurs plus défavorables en périnatalité

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

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

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

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

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

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

• • •

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

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

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

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

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

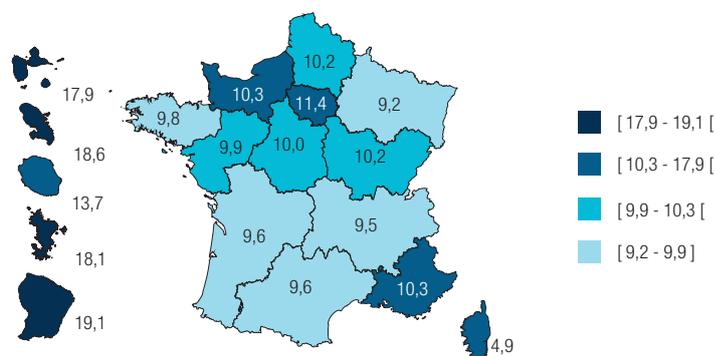
Chacune des fiches régionales présentées dans ce rapport analyse plus finement ces disparités sociales et de mortalité. Une thématique de santé particulière à la région a, de plus, été développée pour éclairer un problème plus spécifique, en lien avec les politiques de santé menées par les agences régionales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

## **La santé aux différents âges**

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

### **► Santé périnatale et enfance**

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

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

\* Corse : moyenne des taux 2012-2014.

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

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

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

Si la couverture vaccinale chez le nourrisson est élevée pour certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, *haemophilus influenzae* et pneumocoque), elle doit être nettement améliorée pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dont les niveaux de couverture actuels sont incompatibles avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale ; par le BCG chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France et de la Guyane ; contre la méningite à méningocoque du groupe C ; contre l'hépatite B, bien qu'en progression, et pour le vaccin HPV chez la jeune fille, qui est très nettement insuffisante.

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

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

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

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

### ► La santé sexuelle et reproductive

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

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

En 2013, 97 % des femmes de 15 à 49 ans<sup>1</sup> utilisent un moyen de contraception. La pilule demeure la méthode la plus utilisée, pour les femmes qui ont recours à un moyen contraceptif, suivie par le stérilet et le préservatif. Cependant, suite au débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de troisième et quatrième générations, les femmes ont modifié leur comportement, en abandonnant ces pilules au profit d'autres moyens de contraception. Les femmes sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait), tandis que celles qui détiennent un CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif et les plus diplômées (bac + 4) pour le stérilet.

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

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

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

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

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

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

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

### ► Santé et vieillissement : un enjeu majeur

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

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

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

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

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

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

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

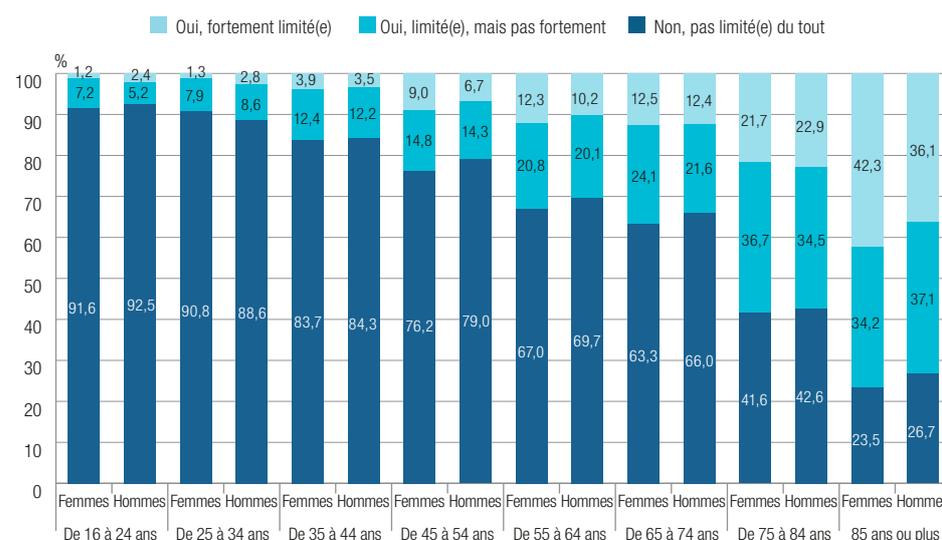
Dès lors que l'on considère, reprenant la définition de l'OMS, que « la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>3</sup>, il convient d'élargir l'analyse au retentissement des maladies et des infirmités sur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

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

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

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

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



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

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

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

En 2015<sup>4</sup> en France, l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans est de 9,7 ans pour les hommes sur une espérance de vie à 65 ans de 19,0 ans. Pour les femmes, elle est de 10,6 ans pour une espérance de vite totale à 65 ans de 23,5 ans<sup>5</sup>.

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

4. Données établies d'après la méthodologie EHEMU : [www.eurohex.eu](http://www.eurohex.eu)

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