Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003

- édition 2003 -

Ce rapport est un ouvrage collectif de la DREES

Coordination générale :	*Anne Evans*
En collaboration avec :	*Christine de Peretti, Emmanuelle Salines, Frédéric Bousquet, Hélène Michaudon*
Secrétaire de rédaction :	*Ezra Daniel*
Composition et maquette :	*Régis Gourraud*
Couverture :	*Laurent Ouard*
Directrice de la publication :	*Mireille Elbaum*
n° SICOM :	*03169*

Ont participé à l'élaboration de cet ouvrage :

Marie Anguis, Sophie Audric, Dominique Baubeau, Claire Baudier-Lorin, Vanessa Bellamy, Nathalie Blanpain, Bénédicte Boisguérin, Christine Bonnardel, Sophie Bressé, Pascale Breuil, Guillemette Buisson, Emmanuelle Cambois, Valérie Carrasco, Jean-Marie Chanut, Nicole Coëffic, Magali Coldefy, Audrey Daniel, Nathalie Dutheil, Martine Eenschooten, Claude Gissot, Nathalie Guignon, Roselyne Kerjosse, Annie Mesrine, Christian Monteil, Marie-Claude Mouquet, Xavier Niel, Denis Raynaud, Pierrette Schuhl, Daniel Sicart, Édith Thomson, Christophe Trémoureux, Lauren Trigano, Annick Vilain, N'ouara Yahou.

L'annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) constitue un ouvrage annuel de synthèse sur la situation sanitaire et sociale en France, avec un accent traditionnellement mis sur l'état de santé de la population.

Cette année, la préparation de cet ouvrage s'est située dans le contexte du projet de loi sur la santé publique, qui sera présenté au Parlement à l'automne 2003. Dans ce cadre, cent objectifs de santé publique ont été retenus dans le rapport annexé au projet de loi, à partir des propositions d'un groupe technique national, une partie de ces objectifs ayant été définis de façon quantifiée.

Les indicateurs quantitatifs associés au suivi de ces objectifs devront être régulièrement produits et analysés, notamment en vue de l'évaluation prévue par le projet de loi avec une périodicité quinquennale. Au rythme annuel, cet ouvrage de synthèse sur les données sanitaires et sociales, d'abord destiné aux parlementaires, a vocation à être adapté pour faire état des indicateurs qui seront au fur et à mesure produits et rendus disponibles en référence aux objectifs de la loi de santé publique, et donner des indications sur leur évolution.

À titre transitoire, et tout en conservant à ce stade le plan et le contenu habituels de l'ouvrage, la présente édition a d'ores et déjà été aménagée pour tenir compte des objectifs figurant dans le projet de loi. Lorsqu'ils étaient disponibles, les indicateurs qui pouvaient leur être associés, ou des informations approchées s'y référant, ont ainsi été systématiquement intégrés et commentés.

Une liste en a été dressée dans le tableau ci-joint, qui met en regard l'objectif évoqué par le projet de loi déposé au Parlement, les données qui s'y réfèrent mentionnées dans le présent ouvrage, et l'indication de leur source. Les collectes d'informations prévues ou indispensables pour compléter le jeu des indicateurs disponibles, ou les thèmes de recherches prioritaires en vue de leur élaboration ont été évoqués au fil du texte.

Au-delà des indicateurs directement liés aux objectifs mis en avant par la loi, l'appréciation de l'état sanitaire de la France repose bien évidemment, comme dans les éditions précédentes, sur le suivi et l'analyse d'indicateurs globaux : espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité, mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues ou encore santé perçue, qui sont la base des comparaisons internationales servant à apprécier les performances d'ensemble du système de santé français.

De plus, analyser l'évolution des indicateurs, qu'ils soient globaux ou spécifiques, nécessite de s'appuyer également sur des éléments de contexte, lesquels peuvent être de plusieurs types. Les contextes démographique, bien sûr, mais aussi socioéconomique doivent ainsi être pris en compte pour interpréter l'évolution des indicateurs d'état de santé ou de recours aux soins. L'évolution de la structure par sexe et âge de la population s'accompagne bien sûr d'abord d'une modification de son état de santé ; ce mécanisme, bien connu, est généralement traité en construisant des indicateurs standardisés par sexe et âge. Mais ce type de méthode est moins courant et pourtant indispensable lorsque sont impliquées les caractéristiques socioéconomiques des personnes ou des ménages, par exemple pour analyser les disparités régionales de situations d'alcoolisation excessive, de suicide ou de recours aux examens de prévention.

Les indicateurs disponibles, calculables ou approchables aujourd'hui sont le plus souvent construits à l'aide des grands systèmes d'information permanents (fichiers administratifs comme les fichiers de l'assurance maladie, les déclarations de décès, le PMSI, ou de grandes enquêtes périodiques comme l'enquête Santé et protection sociale (SPS) *du Credes, les enquêtes Insee sur les Conditions de vie ou l'enquête décennale sur la santé… Certains sont disponibles en routine sur une base annuelle ou moins fréquente, mais régulière.*

D'autres données sont potentiellement disponibles mais leur traitement doit faire l'objet d'approfondissements méthodologiques. C'est le cas, pour le PMSI, de l'utilisation du chaînage des séjours des patients, par exemple. Certaines sources actuellement peu mobilisées mériteraient une investigation supplémentaire, comme les données des centres d'examens de santé des caisses d'assurance maladie. D'autres systèmes encore sont en cours de développement, comme le SNIIRAM, qui contiendra l'ensemble des informations issues des feuilles de soins présentées au remboursement et doit être progressivement enrichi d'informations médicales.

La définition des indicateurs les plus pertinents nécessitera, pour une partie d'entre eux, un effort de recherche. Les résultats de ces travaux seront bien entendu, essentiels, ainsi que leur appropriation par le système statistique.

Certains indicateurs, enfin, sont envisagés par le rapport annexé du projet de loi mais n'existent pas dans le système d'information actuel. Leur production nécessitera un effort d'élaboration et de spécification ainsi que la définition des supports d'information nécessaires à leur collecte. Il s'agira souvent, dans un nombre important de cas, d'envisager des enquêtes ad hoc, *notamment auprès des populations ou des usagers du système de soins. La mise en œuvre de ces opérations nécessitera des moyens statistiques adaptés, et leur méthodologie comme leur périodicité devront être précisées et coordonnées.*

Données et indicateurs de santé globaux repris dans l'ouvrage	Référence	Source	Année
Espérance de vie à la naissance (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.1	Insee	1980-1985-1990-1995 et annuel de 1997 à 2002
Espérance de vie à 65 ans (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.3	Insee	1981-1991
Espérance de vie sans incapacité à la naissance (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.2	Inserm-Insee	1981-1991
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans (hommes-femmes)	I-1-1 Tableau 1.3	Inserm-Insee	1981-1991
Mortalité totale et par cause	I-1-2 Tableau 1.4	Inserm CépiDc	1999
Mortalité prématurée et par cause	I-1-2 Tableau 1.4	Inserm CépiDc	1999
Mortalité prématurée dans l'Union européenne	I-1-2 Graphique 1.2	OMS	1999
Santé perçue	I-2-1 Graphique 1.5	Credes (SPS)	2000
Morbidité déclarée par sexe et âge	I-2-1 Graphique 1.6	Credes (SPS)	2000
Motifs de recours aux soins ambulatoires pour 100 séances de médecins	I-2-1 Tableau 1.5	IMS-Health	2001-2002
Admissions en affections de longue durée (ALD)	I-2-2 Tableau 1.6	Cnamts	2001
Répartition des séjours hospitaliers selon la pathologie	I-2-2 Tableau 1.6	PMSI	2001
Fréquences relatives des problèmes de santé selon l'approche (la source) par tranches d'âge	I-2-3 Encadré 1.1 : Graphique Tableau	CépiDC, PMSI, SPS, CépiDC,PMSI,IMS-health, SPS, HID, ALD	

Libellé de l'objectif dans le rapport annexéà la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Déterminants de santé	1 à 13				
Alcool	1 à 2				
Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20 % (de 10,7l/hab/an en 1999 à 8,5 d'ici 20008	1	Consommation annuelle d'alcool par habitant	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	Insee, (WDT)	2001, (2000)
		Fréquence de consommation d'alcool en population générale	Graphique 2-3	Inpes	2000
Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	2	Âge moyen de la première ivresse	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	OFDT	2002
	2	Prévalence des comportements d'ivresse répétée	II-2-3 Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes	Inpes, OFDT	2000, 2001
	2	Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse	II-3-2 Un meilleur suivi des grossesses...	Inserm-Drees-DGS	1998
		Mortalité directement liée à la consommation chronique d'alcool	II-2-3 Plus de 35 000 décès par an...	Inserm : CépiDc	1999
		Proportion de patients présentant une alcoolisation excessive dans le système de soins	II-2-3 Un cinquième de l'activité du système de soins...	Drees	2000
Tabac	3 à 4				
		Mortalité attribuée au tabac	II-2-3 Le tabagisme : une cause majeure de mortalité prématurée	Inserm : CépiDc	1999
		Ventes de cigarettes	II-2-3 Le tabagisme : une cause majeure de mortalité prématurée	Altadis	1974-2000
Abaisser la prévalence du tabagisme quotidien (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence)	3	Prévalence des fumeurs quotidiens par sexe, classe d'âge et CSP	II-2-3 Diminution de la fréquence du tabagisme des hommes La consommation de tabac est liée à l'âge et à la situation sociale, graphique 2-6	Insee, Inpes, OFDT	2001, 2000, 2002
	3	Age moyen d'initiation au tabac	II-2-3 Diminution de la fréquence du tabagisme des hommes...	OFDT	2002
	3	Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse	II-3-2 Un meilleur suivi des grossesses...	Inserm-Drees-DGS	1998

Nutrition et activité physique	5 à 13				
Obésité : réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg /m2) chez les adultes : passer de 10 % en 2000 à 8% en 2008 (objectif PNNS)	5	Prévalences du surpoids et de l'obésité en population adulte (IMC)	II-2-1 Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide, graphique 2.1	ObEpi, Credes, Insee	2003, 2000, 1991
Rachitisme carentiel, carence en vitamine D : disparition du rachitisme carentiel	8	Nombre d'hospitalisations pour rachitisme	I-2-1 Le recours à l'hospitalisation...	PMSI	2001
	8	Consommation de vitamine D dans la population pédiatrique	I-2-1 Le recours à l'hospitalisation...	PMSI	2001
Sédentarité et inactivité physique : augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant chaque jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine	9	Temps de marche ou activité sportive la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
Faible consommation de fruits et légumes : diminuer d'au moins 25 % la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes	10	Consommation de fruits la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
	10	Consommation de fruits et légumes la veille de l'enquête	II-2-1 Insuffisance des apports alimentaires...	Inpes	2002
Obésité : interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants	12	Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 5-6 ans et les adolescents de classe de troisième	II-2-1 Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide	Drees-Desco	1999-2000, 2000-2001
Santé et travail	14 à 17				
		Accidents du travail ayant entraîné un décès (hors accidents de trajet)	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts, MSA	2001, 1999
		Accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente (hors accidents de trajet)	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts, MSA	2001, 1999
		Accidents de trajet ayant entraîné un décès ou une incapacité permanente	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts	2001
Réduire le nombre d'accidents routiers liés au travail	14	Nombre d'accidents du travail dus aux déplacements pendant les heures de travail	II-1-3 Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment, tableau 2.4	Cnamts	2001
Réduire le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine	15	Proportion de travailleurs soumis à des contraintes articulaires	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
Réduire de 10 % le nombre de travailleurs soumis à des niveaux de bruit de plus de 85 db plus de 20 heures par semaine sans protection auditive	16	Proportion de salariés subissant un bruit supérieur à 85 décibels plus de vingt heures par semaines, et parmi eux, proportion de ceux qui disposent d'une protection auditive	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
Réduire les effets sur la santé des expositions aux agents cancérogènes par la diminution des niveaux d'exposition	17	Proportions de salariés et d'ouvriers exposés pendant leur travail à des produits estimés cancérigènes pour l'homme et fréquences des protections individuelles et collectives	II-1.3 Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER	enquête SUMER	1994
		Maladies professionnelles reconnues et indemnisées	II-2-1 Des maladies profesionnelles mieux reconnues	Cnamts	2001

Libellé de l'objectif dans le rapport annexéà la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Santé et environnement	18 à 25				
Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les limites européennes dans toutes les villes	20	Risques attribuables à la pollution atmosphérique urbaine	II-1-2 La pollution atmosphérique : des effets néfastes à court et long termes sont établis	Étude Air Pollution and Health, European Approach	1997 et 1998 (méta-analyse européenne sur les données des années 1980)
Habitat : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone	23	Nombre de décès par intoxication au CO ; Nombre d'hospitalisations pour intoxication au CO	II-1-2 La pollution atmosphérique : des effets néfastes à court et long termes sont établis	Inserm : CépiDc ; PMSI	estimations en 2002 des décès annuels (fourchette) ; hospitalisations : données 2001
Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses	25	Nombre de nouveaux cas déclarés de légionellose	II-1-2 La légionellose : une maladie mieux repérée	InVS	2002
Iatrogénie	26 à 30				
		Mortalité due à des complications de soins médicaux ou chirurgicaux	I- 2 tableau 1.4	Inserm : CépiDc	1999
Douleur	31 à 32				
Réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie	32	Prévalence des douleurs fréquentes jugées « importantes » en population générale	I-2-3 Les personnes âgées de plus de 65 ans	Credes	2000
Précarité et inégalités	33 à 34				
Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans	34	Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquête longitudinale de cohortes)	I-3-1 Des disparités entre milieux sociaux en matière d'espérance de vie, tableau 1.7, I-1-3 Des disparités géographiques..., carte 1.1	Insee	1982-1996

Déficiences et handicap	35				
		Limitations fonctionnelles en population générale	II-5-1	Insee : HID	1998-1999
Réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles	35	Estimation des situations de dépendance chez les personnes âgées	II-5-2	Insee : HID	1998-1999
Maladies infectieuses	36 à 43				
Sida : diminuer l'incidence des cas de sida	36	Incidence annuelle du sida	II-4-4 Arrêt de la diminution des nouveaux cas de sida	InVS	2001, premier semestre 2002
		Estimation des séropositivités découvertes en 2001	II-4-4 Relâchement des comportements de prévention	InVS	2001
		Incidence et mortalité globale par groupe de transmission	II-4-4	InVS	2001, premier semestre 2002
		Pourcentage de personnes ayant découvert leur séropositivité au stade de sida	II-4-4	InVS	2001, premier semestre 2002
Hépatites : réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008		Circonstances de découverte de l'hépatite C	II-4-5	InVS	2001
		Stade clinique à la prise en charge de l'hépatite C	II-4-5	InVS	2001
Tuberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque	38	Incidence annuelle nationale/ régionale dans les groupes à risque	I-1-1 BCG, une protection vaccinale inégale	InVS	2001
		Couverture vaccinale des enfants	II-1-1 BCG : une protection vaccinale inégale	Drees-PMI, Drees-Desco	2002, 1999-2000
Grippe : Atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque (ALD, professionnels de santé, 65 ans et plus)	39	Mortalité due à la grippe chez les 65 ans ou plus	II-3-4 Les pathologies liées au vieillissement	Inserm : CépiDc	1999
Maladies diarrhéiques : diminuer la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins d'un an et les plus de 65 ans	40	Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales par classes d'âge	I-2-1 Faible avant 15 ans, la mortalité chez les jeunes... II-3-4 Les pathologies liées au vieillissement...	Inserm : CépiDc	1999
Maladies à prévention vaccinale relevant de vaccinations en population générale : atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés		Taux de couverture vaccinale des enfants	II-1-1 La couverture vaccinale des enfants continue de s'améliorer, tableaux 2,1 et 2,2	Drees-PMI, Drees-Desco	2002, 1999-2000

Libellé de l'objectif dans le rapport annexéà la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Santé maternelle et périnatale	44 à 47				
Réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne (5 pour 100 000)	44	Taux de mortalité maternelle	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Inserm : CépiDc	1999
Réduire la mortalité périnatale de 15 % en 2008	45	Taux de mortalité périnatale	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Insee	2001
		Mortalité infantile	II-3-1 Un taux de mortalité infantile...	Insee	2002
Santé périnatale : réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme	47	Gémellité, prématurité, petit poids de naissance,	II-3-1 Un meilleur suivi des grossesses...	Insee, PMSI, Inserm-Drees-D-GS	2001, 2001 1998
Tumeurs malignes	48 à 53				
		Mortalité totale par type de tumeur et par sexe	Tableau 2.9	Inserm : CépiDc	1999
		Mortalité prématurée par type de tumeur et par sexe	Tableau 2.9	Inserm : CépiDc	1999
		Incidence estimée des cancers selon le sexe	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
F : Diminuer l'incidence du cancer du col de l'utérus, augmenter le taux de couverture du dépistage (25-69 ans)	48	Nombre de cas annuels de cancer du col de l'utérus	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
Toutes tumeurs malignes : contribuer à l'amélioration de la survie des patients notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée	49	Taux moyen de survie à 5 et 10 ans par types de cancer	Graphique 2.11 : Durée de survie et taux de létalité par site de cancer	DGS, réseau Francim, Inserm : CépiDc	2000
Cancer de la thyroïde	52	Nombre de cas annuels de cancer de la thyroïde	Tableau 2.13	DGS, réseau Francim	2000
Pathologies endocriniennes	54-55				
		Mortalité due au diabète	II-4-6	Inserm : CépiDc	1999
		Nombre de diabétiques (estimations tous types de diabète confondus)	II-4-6	Cnamts	2000
		Admissions en ALD pour diabète	II-4-6	Cnamts	2001
Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonnes pratiques cliniques	54	Prise en charge du diabète de type II	II-4-6 tableau 2.15	InVS-Cnamts	1998-2001

Affections neuro-psychiatriques	56 à 65				
Toxicomanies : maintenir l'incidence des séroconversion VIH à la baisse chez les usagers de drogues et amorcer une baisse de l'incidence du VHC	56	Proportion de nouveaux cas de sida attribués à l'usage de drogues injectables	II-4-4 Arrêt de la diminution des nouveaux cas de sida	InVS	premier semestre 2002
	56	Prévalence déclarée du VHC dans les enquêtes sur les usagers de drogues injectables pris en charge dans les structures sanitaires	II-2-3 L'héroïne, principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales	Drees	1999
Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants	58	Nombre de personnes prises en charge en établissements spécialisés en novembre 1999	II-2-3 L'héroïne, principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales	Drees	1999
		Nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale en médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes)	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Snir	2001-2002
		Nombre de personnes suivies dans l'année par le dispositif public de psychiatrie	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Drees	1999
		Nombre d'enfants et d'adolescents suivis dans l'année par le dispositif public de psychiatrie	II-4.3 Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes	Drees	2000
		Estimation de la prévalence des démences et de la maladie d'Alzheimer dans la population âgée	II-4.3 Aux grands âges, la démence est au premier plan des problèmes de santé mentale	Inserm, Paquid	1999
Maladies des organes des sens	66 à 68				
		Pourcentage de personnes atteintes d'un déficit auditif par tranche d'âge	II-3-3 Les troubles de l'audition : un facteur d'isolement des personnes âgées	enquête SPS	2000
		Pourcentage de personnes déclarant avoir besoin d'un appareil auditif et qui n'en ont pas	II-3-3 Les troubles de l'audition : un facteur d'isolement des personnes âgées	enquête SPS	2000
Atteintes sensorielles chez l'enfant : dépistage et prise en charge précoce	67	Troubles de la vision connus et dépistés à 5-6 ans en ZEP et hors ZEP	I-3-3 tableau 1.10	Drees-Desco	1999-2000
Troubles de la vision : réduire la fréquence des troubles de la vision dans la population adullte et en particulier dans la population agée et prévenir les limitations d'activités	68	Port de lunettes à différents âges	II-3-3 Les troubles de la vue...	SPS	2000
	68	Prévalences de la cécité et de la malvoyance en population générale et en institution (tous âges et chez les 65 ans ou plus)	II-3-3 Les troubles de la vue...	HID	1998, 1999

Libellé de l'objectif dans le rapport annexéà la loi de Santé publique	N° de l'objectif dans le rapport annexé à la loi de Santé publique	Données et indicateurs se référant à cet objectif dans l'ouvrage	Références dans le présent ouvrage	Sources	Années
Cardio-vasculaires	69 à 73				
		Mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires	II-4.2	Inserm : CépiDc	1999
		Mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires	II-4.2	Inserm : CépiDc	1999
Diminuer la mortalité associéeaux cardiopathies ischémiques	69	Nombre annuel de séjours imputables aux cardiopathies ischémiques	II-4-2	PMSI	2001
Réduire la pression artérielle Réduire dans les populations hypertendue et normotendue	71	Pression artérielle moyenne (dans la population hypertendue et dans la population normotendue)	I-2-3 Plus de sept affections déclarées par les personnes âgées de 65 ou plus	SPS	2000
AVC: Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles	72	Nombre annuel de séjours imputables aux accidents vasculaires cérébraux	II-4-2	PMSI	2001
Affections des voies respiratoires	74 à 75				
Asthme : réduire la fréquence des crises nécessitant une hospitalisation	74	Nombre d'hospitalisations pour asthme	II-1-2 Une prise en charge de l'asthme souvent insuffisante	PMSI	2001
		Prévalence de l'asthme déclaré	II-1-2 La prévalence de l'asthme augmente	Credes, SPS	1998
		Proportion d'asthmatiques hospitalisés dans l'année	II-1-2 La prévalence de l'asthme augmente	Credes, SPS	1998
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	76				
Pathologies gynécologiques	77 à 79				
Insuffisance rénale chronique (IRC)	80 à 81				
Stabiliser l'incidence de l'IRC terminale d'ici 2008 (actuellement 112/million d'habitants)	80	Nombre de patients traités par dialyse au 31 décembre de chaque année (prévalence)	II-3-2	SAE	2001
Troubles musculo-squelettiques	82 à 87				
Ostéoporose	82	Nombre d'hospitalisations pour fracture du col du fémur	I-2-3 Recours à l'hôpital et durée d'hospitalisations augmentent après 64 ans	PMSI	2001
Affections d'origine anté-natale	88 à 89				
Maladies rares	90				
Affections bucco-dentaires	91				
Réduire de 30 % d'ici à 2008 l'indice CAO moyen à l'âge de 6 ans, de 12 ans et chez l'adulte	91	Indice CAO à 12 ans	II-3.2 Une amélioration globale de la santé dentaire des enfants	UFSBD	1998
		Estimation de l'état dentaire par tranches d'âge	II-3.2 Moins de prévention régulière chez les adultes Graphiques 2.9 et 2.10	Credes	2000

Traumatismes	92 à 95				
Suicides : diminuer de 20 % le nombre de suicides d'ici à 2008	92	Incidence des suicides par tranches d'âge en population générale	Tableau 2-14 : taux de suicide par tranche dâge	Inserm : CépiDc	1999
Traumatismes non intentionnels dans l'enfance Diminuer de 50 % la mortalité par accident de la vie courante chez les moins de 14 ans d'ici à 2008	93	Mortalité par accidents de la vie courante par tranches d'âge	II-2-4 Les accidents de la vie courante sont à l'origine de plus de 19 000 décès en 1999	Inserm : CépiDc	1999
Violence routière : Réduire de 50 % les décès et séquelles lourdes d'ici à 2008	94	Nombre de morts dues à un accident de la voie publique (décès à 30 jours)	II-2.4 Les accidents de la route, première cause de mortalité des jeunes	Observatoire national interministé-riel de sécu-rité routière	2002
	94	Nombre de personnes déclarant souffrir d'au moins une déficience causée par un accident de la circulation	II-2.4 Les accidents de la route, première cause de mortalité des jeunes	HID	1998-2001
Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population	96 à 100				
Troubles du langage oral et écrit	96				
Amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit	96	Estimations de la prévalence des troubles du langage oral et écrit	II-3-3 Les troubles du langage...	Expertise	2000
Reproduction, contraception, IVG	97				
Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours	97	Taux de recours à la pilule du lendemain	II-2-2 Maitrise de la fécondité...	Inpes	2000
	97	Nombre d'IVG	II-2-2 Le nombre d'interruptions volontaires de grossesses...	Drees (SAE)	2001
	97	Proportion de femmes concernées qui n'utilisent pas, ou pas systématiquent, de contraception"	II-2-2 Maitrise de la fécondité...	Inpes	2000
Santé des personnes âgées	98 à 100				
Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008	99	Nombre de décès dûs à des chutes chez les personnes de plus de 75 ans	II-2.4 Les chutes : un risque majeur pour les personnes agées	Inserm : CépiDc	1999
		Taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur par sexe et tranche d'âge chez les personnes âgées	Encadré 2.1	PMSI	2001

sommaire

AVANT-PROPOS III

CHAPITRE 1 **QUELQUES GRANDES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES FRANÇAIS** 9

1. LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES 11

1.1 Une espérance de vie en moyenne élevée mais de forts écarts entre hommes et femmes 11

1.2 Une surmortalité importante avant 65 ans 13

1.3 Des disparités géographiques encore marquées 20

2. LES GRANDS TRAITS DE LA MORBIDITÉ 22

2.1 Des indicateurs qui témoignent plutôt d'une bonne santé chez les jeunes de moins de 25 ans 22

2.2 Aux âges actifs, l'état de santé des adultes est plus contrasté 32

2.3 Les personnes âgées de 65 ans ou plus : une détérioration de l'état de santé qui justifie un recours aux soins de plus en plus fréquent 37

3. DES DISPARITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET DE RECOURS AUX SOINS QUI PERDURENT 43

3.1 Des disparités entre milieux sociaux en matière d'espérance de vie et de causes de décès 43

3.2 Des différences face à la maladie et ses conséquences 46

3.3 Des problèmes de santé plus marqués pour les personnes en situation précaire 48

3.4 Des différences en matière de santé et de recours aux soins perceptibles dès l'enfance pour les enfants scolarisés en ZEP 50

3.5 Les déterminants de la consommation de soins : à état de santé identique, surtout le milieu social et le niveau d'éducation 52

3.6 L'accès aux soins des plus démunis : la mise en place de la CMU 53

CHAPITRE 2 **LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE** 57

1. ENVIRONNEMENT, MILIEU DE VIE ET PRÉVENTION 59

1.1 Une couverture vaccinale encore insuffisante, notamment pour les adultes 59

1.2 Les risques liés au milieu de vie : une vigilance qui se renforce 65

1.3 La santé au travail : un enjeu majeur de prévention 74

2. SANTÉ, MODE DE VIE ET COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET SOCIAUX 79

2.1 Les comportements alimentaires : de nouveaux enjeux pour la santé à tous les âges de la vie 79

2.2 Les comportements sexuels : une protection largement développée, mais avec la persistance de pratiques à risque 84

2.3 Les conduites addictives : avant tout l'alcoolisme et le tabagisme 89

2.4 Les accidents : problème majeur de santé publique 108

2.5 Un déterminant important de la santé mentale : l'environnement psychosocial 114

2.6 Violences et maltraitances : une prise de conscience qui se développe 117

3. D'AUTRES CHAMPS IMPORTANTS DE LA PRÉVENTION 125

3.1 Le suivi des femmes enceintes s'améliore, mais certains risques demeurent significatifs 125

3.2 La santé bucco-dentaire : des disparités selon l'âge et le milieu social 129

3.3 Les troubles de la vue, de l'audition et du langage : des facteurs d'incapacités 133

3.4 Les pathologies liées au vieillissement qui peuvent souvent être prévenues 138

4. DES PATHOLOGIES CHRONIQUES NÉCESSITANT DES PRISES EN CHARGE COORDONNÉES 140

4.1 Les cancers : un problème majeur de santé publique pour les adultes 140

4.2 Les maladies cardiovasculaires : des actions de prévention centrées sur les facteurs de risque 148

4.3 Les troubles mentaux invalidants à tout âge 149

4.4 L'infection à VIH et le Sida : amélioration de l'état de santé des personnes infectées grâce aux multithérapies rétrovirales 157

4.5 L'hépatite C : besoins de dépistage et améliorations thérapeutiques 160

4.6 Le diabète : une évolution à la hausse et une prévalence élevée dans les départements et territoires d'Outre-mer 163

5. LE DÉVELOPPEMENT DES BESOINS DE PRISES EN CHARGE MÉDICO-SOCIALES 166

5.1 La perte d'autonomie : une caractéristique commune au grand âge et au handicap 167

5.2 Le vieillissement et la dépendance des personnes âgées 173

5.3 Les personnes âgées en établissement : une forte majorité de femmes 179

5.4 L'aide à domicile en faveur des personnes âgées : des prises en charge souvent conjointes 181

5.5 Les prestations sociales liées à la dépendance 188

5.6 La prise en charge des enfants handicapés : prestations, scolarisation, hébergement 193

5.7 La prise en charge des adultes handicapés 199

CHAPITRE 3 **LES ACTEURS ET LES STRUCTURES** 211

1. LES PROFESSIONS DE SANTÉ 213

1.1 Les médecins : l'évolution de la démographie médicale 216

1.2 Les infirmières : un accroissement quasi continu des effectifs depuis 1971 222

1.3 Les masseurs-kinésithérapeutes : une profession peu salariée et de plus en plus féminisée 223

1.4 Les sages-femmes : une profession en expansion 224

2. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ 227

2.1 Le paysage hospitalier en 2001 227

2.2 Une large palette des prestations réalisées en hospitalisation à temps partiel 262

2.3 Les traitements et cures ambulatoires 276

2.4 Les consultations externes plus nombreuses chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et les enfants de moins d'un an 289

2.5 Une évolution régulière et soutenue du recours aux urgences 292

2.6 Les plateaux techniques au centre de l'activité des hôpitaux 302

2.7 Vers de nouveaux modes d'utilisation de l'hôpital par les patients ? 320

3. LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX 323

3.1 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées 323

3.2 Les établissements médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés en France métropolitaine 325

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET CARTE 333

INDEX ALPHABÉTIQUE 339

Signes conventionnels

- - donnée nulle, donnée très faible, donnée non significative
- ... non disponible
- /// sans objet
- e estimation
- p provisoire
- r chiffre redressé

Sigles utilisés

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADSP	Actualité et dossiers en santé publique
AED	Action éducative à domicile
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
AES	Allocation d'éducation spéciale
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGEFIPH	Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie
APE	Allocation parentale d'éducation
API	Allocation de parent isolé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARSM	Allocation représentative de services ménagers
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travaill
ASH	Agent de service hospitalier
ASI	Allocation supplémentaire invalidité
ASS	Allocation de solidarité spécifique
AUDIPOG	Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEA	Bulletin épidémiologique annuel
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BMS	Bulletin mensuel statistique
CAFAD	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CAT	Centre d'aide par le travail
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

C-CLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CEC	Circulation extra corporelle
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CI	Carte d'invalidité
CiH	Classification internationale des handicaps
CIM	Classification internationale des maladies
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIN	Comité de liaison contre les infections nosocomiales
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNIS	Comité national de l'information statistique
CNRS	Centre national de recherche scientifique
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CTIN	Comité technique des infections nosocomiales
DARES	Direction de l'animation et de la recherche, des études et des statistiques
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DG	Dotation globale
DGEFP	Direction générale de l'Emploi et de la formation professionnelle
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EME	Établissement médico-éducatif
ENSM	Échelon national du service médical de l'Assurance-maladie
EPAS	Échantillon permanent des assurés sociaux
EPCV	Énquête permanente sur les conditions de vie
EREA	Établissement régional d'enseignement adapté
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense
ESPAD	*European School survey Project on Alcohol and other Drugs*

ESPS	Enquête *Santé, soins et protection sociale* (enquête CREDOC)
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDT	Foyer à double tarification
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FNS	Fonds national de solidarité
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSV	Fonds de solidarité " vieillesse "
GHM	Groupe homogène de malades
GIR	Groupe iso-ressources
GRTH	Garantie de ressources aux travailleurs handicapés
HAD	Hospitalisation à domicile
HCSP	Haut comité de la santé publique
HID	Handicaps-incapacités-dépendance (enquête INSEE)
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMS	Institut mondial de la santé
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IRM	Imagerie à résonance magnétique
ISAAC	*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MEN	Ministère de l'éducation nationale
MR	Maison de retraite
MSA	Mutualité sociale agricole
MST	Maladie sexuellement transmissible
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
ORS	Observatoire régional de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programmation médicale des systèmes d'information
PSD	Prestation spécifique dépendance
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNSP	Réseau national de santé publique
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAE	Statistique annuelle des établissements

SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SAPAD	Structures d'aide aux personnes à domicile
SCM	Section de cure médicale
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et soins à domicile
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SPS	Santé protection sociale (enquête CREDES)
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
USic	Unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	Unité de soins de longue durée
UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
UPATOU	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
UPI	Unité pédagogique d'intégration
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZEP	Zone d'éducation prioritaire

quelques grandes caractéristiques de l'état de santé des Français

1

1 LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES

L'espérance de vie est globalement élevée en France par rapport aux autres pays, particulièrement pour les femmes, et progresse désormais surtout grâce à l'allongement de la durée de vie aux âges élevés (65 ans ou plus). Cette situation favorable, y compris du point de vue de la qualité des années gagnées, reste toutefois relativement hétérogène : on constate une surmortalité importante avant 65 ans, singulièrement marquée chez les hommes jeunes, et des différences d'espérance de vie varient de trois à cinq ans entre certaines régions.

1.1 UNE ESPÉRANCE DE VIE EN MOYENNE ÉLEVÉE MAIS DE FORTS ÉCARTS ENTRE HOMMES ET FEMMES

L'espérance de vie à la naissance[1] des Français est globalement élevée au regard des autres pays développés, particulièrement pour les femmes[2]. En 2002, elle est estimée en France métropolitaine à 75,6 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes[3] (tableau 1.1). Par rapport à 2001, elle a légèrement progressé pour les hommes mais diminué pour les femmes.

tableau 1.1

ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DE 1980 À 2002

en années

Espérance de vie à la naissance	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000 (p)	2001 (p)	2002 (p)
Hommes	70,2	71,2	72,7	73,9	74,6	74,8	75,0	75,2	75,5	75,6
Femmes	78,4	79,4	81,0	81,9	82,3	82,4	82,5	82,7	83,0	82,9

(p) Données provisoires
Champ : France métropolitaine
Source : Statistiques de l'état civil et enquête « villes », INSEE

Entre 1950 et 2002, l'espérance de vie a augmenté de 12,2 ans pour les hommes et 13,7 ans pour les femmes, soit en moyenne une année supplémentaire envi-

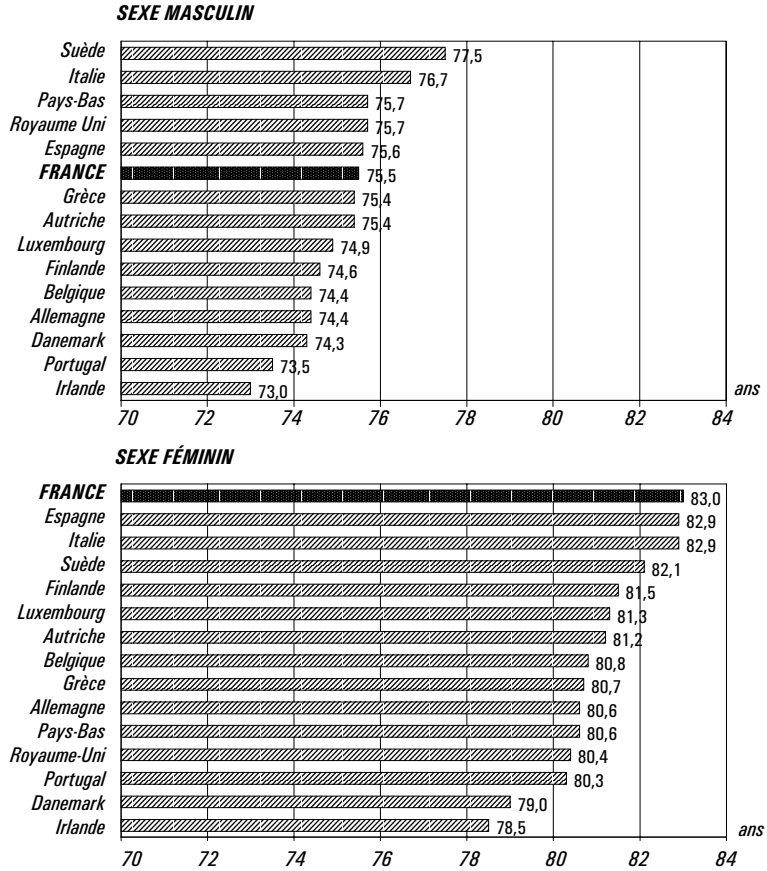
1. Espérance de vie à la naissance : nombre moyen d'années restant à vivre à un nouveau-né si la structure de la mortalité par âge, telle qu'elle existe au moment de sa naissance, ne se modifie pas.

2. Selon le Population Reference Bureau (États-Unis), alors que l'espérance de vie moyenne des pays les plus développés (Europe, Amérique du Nord, Australie, Japon et Nouvelle-Zélande selon la classification américaine), est en 2002 de 72 ans pour les hommes et de 79 ans pour les femmes, elle atteint respectivement 76 et 83 ans en France. Données consultables à l'adresse : www.prb.org/FrenchTemplate.cfm? Section=Donnees

3. DOISNEAU Lionel : « Bilan démographique 2002 », *INSEE première*, n° 882, janvier 2003, Insee.

graphique 1.1

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DANS L'UNION EUROPÉENNE EN 2001



Champ : Union européenne
Source : OCDE

ron tous les quatre ans. Toutefois, ce rythme s'est ralenti ces dernières années en ce qui concerne les femmes : depuis 1994, les hommes ont gagné deux ans d'espérance de vie à la naissance contre une seule année pour les femmes.

En général, dans les pays dont le développement est comparable à la France, l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes. Cependant, la France se signale par un écart qui a été longtemps le plus important constaté entre hommes et femmes dans l'Union européenne. En 2002, cet écart est de 7 ans pour l'ensemble

des pays développés[4], il atteint en moyenne 6,1 ans dans l'Union européenne où il varie de 4,4 à 7,4 ans selon les pays. Il est de 7,3 ans pour la France métropolitaine aujourd'hui devancée par l'Espagne[5] (graphique 1.1).

Bien qu'il ait quelque peu diminué dans les années 1990 (8,2 ans en 1990), cet écart d'espérance de vie s'est stabilisé entre 1999 et 2001. Il a diminué en 2002, les gains étant à nouveau plus importants pour les hommes.

une nette progression des années de vie sans incapacité dans les années 1980

Pendant longtemps, l'allongement de la durée moyenne de vie a été dû à la baisse de la mortalité infantile (voir chapitre II). Désormais, l'espérance de vie progresse surtout du fait de l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés : à 65 ans, le gain moyen a été de 2,9 ans pour les hommes et de 2,7 ans pour les femmes entre 1980 et 1999[6]. Comparés aux pays de niveaux équivalents, les taux de mortalité aux âges élevés sont ainsi relativement faibles en France.

Cet accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question majeure de la « qualité » des années de vie ainsi gagnées. Selon les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux, durant la période 1981-1991, l'espérance de vie sans incapacité a progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale (tableaux 1.2 et 1.3). Les années de vie gagnées ont donc été sur cette période des années de vie en bonne santé[7]. L'enquête décennale sur la santé réalisée par l'Insee en 2002-2003 permettra dans l'avenir de réactualiser ces estimations pour la décennie 1990.

1.2 UNE SURMORTALITÉ IMPORTANTE AVANT 65 ANS

Pour l'ensemble de la population, les causes de décès les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (un peu moins d'un tiers des décès), les tumeurs (un peu plus d'un quart), les maladies de l'appareil respiratoire (un décès sur douze) et les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès). Ces quatre groupes de maladies représentent les trois quarts des décès (tableau 1.4).

---

4. Population Reference Bureau.

5. « Premiers résultats de la collecte de données démographiques pour 2002 en Europe », *Statistiques en bref. Populations et conditions sociales*, n° 20, juillet 2003, Eurostat.

6. OCDE, éco-santé, 2003.

7. ROBINE Jean-Marie, MORMICHE Pierre : « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *INSEE Première*, n° 281, 1993, Insee.

tableau 1.2

VARIATIONS DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE ET DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ ENTRE 1981 ET 1991[1]

en années

		1981	1991	Évolution
HOMMES				
Espérance de vie totale		**70,4**	**72,9**	**2,5**
dont :	*avec incapacité sévère*	*1,5*	*1,2*	*-0,3*
	en institution	*0,6*	*0,5*	*-0,1*
	confiné à domicile	*0,5*	*0,3*	*-0,2*
	alité	*0,4*	*0,4*	*0,0*
Espérance de vie sans incapacité sévère		**68,9**	**71,7**	**2,8**
dont :	*avec incapacité modérée*	*8,1*	*7,9*	*-0,2*
	incapacité permanente	*6,8*	*7,1*	*0,3*
	arrêt d'activité	*1,3*	*0,8*	*-0,5*
Espérance de vie sans incapacité		**60,8**	**63,8**	**3,0**
FEMMES				
Espérance de vie totale		**78,6**	**81,1**	**2,5**
dont :	*avec incapacité sévère*	*2,3*	*2,3*	*0,0*
	en institution	*1,1*	*1,2*	*0,1*
	confiné à domicile	*0,7*	*0,7*	*0,0*
	alité	*0,5*	*0,4*	*- 0,1*
Espérance de vie sans incapacité sévère		**76,3**	**78,8**	**2,5**
dont :	*avec incapacité modérée*	*10,4*	*10,3*	*- 0,1*
	incapacité permanente	*8,9*	*9,1*	*0,2*
	arrêt d'activité	*1,5*	*1,2*	*- 0,3*
Espérance de vie sans incapacité		**65,9**	**68,5**	**2,6**

tableau 1.3

VARIATIONS DE L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS ET DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ ENTRE 1981 ET 1991[1]

en années

		1981	1991	Évolution
HOMMES				
Espérance de vie totale		**14,1**	**15,7**	**1,6**
dont :	*avec incapacité sévère*	*1,0*	*0,9*	*-0,1*
Espérance de vie sans incapacité sévère		**13,1**	**14,8**	**1,7**
dont :	*avec incapacité modérée*	*4,3*	*4,7*	*0,4*
Espérance de vie sans incapacité		**8,8**	**10,1**	**1,3**
FEMMES				
Espérance de vie totale		**18,3**	**20,1**	**1,8**
dont :	*avec incapacité sévère*	*1,8*	*2,0*	*0,2*
Espérance de vie sans incapacité sévère		**16,5**	**18,1**	**1,6**
dont :	*avec incapacité modérée*	*6,7*	*6,0*	*-0,7*
Espérance de vie sans incapacité		**9,8**	**12,1**	**2,3**

1. ROBINE Jean-Marie, MORMICHE Pierre : « L'espérance de vie sans incapacité augmente », INSEE première, n° 281, 1993. Calculs : INSERM, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier

Champ : France métropolitaine

Sources : Situations démographiques, Recensements de la population et enquêtes sur la santé

tableau 1.4

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN 1999
MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET MORTALITÉ TOTALE

	MORTALITÉ PRÉMATURÉE			MORTALITÉ PRÉMATURÉE en %			MORTALITÉ TOTALE		
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin
TUMEURS	**42 843**	**27 858**	**14 985**	**38,8**	**36,3**	**44,3**	**148 584**	**89 142**	**59 442**
Tumeurs malignes	*41 841*	*27 243*	*14 598*	*37,9*	*35,5*	*43,2*	*143 849*	*86 903*	*56 946*
Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon	*9 561*	*8 035*	*1 526*	*8,7*	*10,5*	*4,5*	*25 196*	*20 867*	*4 329*
Tumeurs des voies aéro-digestives supérieures	*5 521*	*4 928*	*593*	*5,0*	*6,4*	*1,8*	*11 209*	*9 621*	*1 588*
Tumeurs du sein	*4 424*	*33*	*4 391*	*4,0*	*0,0*	*13,0*	*11 393*	*112*	*11 281*
Tumeurs de l'utérus	*882*	*0*	*882*	*0,8*	*0,0*	*2,6*	*2 996*	*0*	*2 996*
Tumeurs de l'intestin	*3 046*	*1 824*	*1 222*	*2,8*	*2,4*	*3,6*	*16 843*	*8 906*	*7 937*
Tumeurs de la prostate	*576*	*576*	*0*	*0,5*	*0,8*	*0,0*	*9 476*	*9 476*	*0*
Autres	*18 833*	*12 462*	*6 371*	*17,0*	*16,3*	*18,8*	*71 471*	*40 160*	*31 311*
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	**16 125**	**12 201**	**3 924**	**14,6**	**15,9**	**11,6**	**164 919**	**76 075**	**88 844**
Cardiopathie ischémique	*5 917*	*5 059*	*858*	*5,4*	*6,6*	*2,5*	*45 070*	*24 969*	*20 101*
Maladies vasculaires cérébrales	*3 491*	*2 293*	*1 198*	*3,2*	*3,0*	*3,5*	*39 812*	*16 537*	*23 275*
Autres	*6 717*	*4 849*	*1 868*	*6,1*	*6,3*	*5,5*	*80 037*	*34 569*	*45 468*
CAUSES EXTERNES DE TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS	**21 082**	**15 735**	**5 347**	**19,1**	**20,5**	**15,8**	**43 783**	**25 919**	**17 864**
Accidents de la circulation	*6 444*	*4 876*	*1 568*	*5,8*	*6,4*	*4,6*	*7 918*	*5 755*	*2 163*
Suicides	*7 270*	*5 325*	*1 945*	*6,6*	*6,9*	*5,8*	*10 268*	*7 427*	*2 841*
Accidents de la vie courante	*4 680*	*3 587*	*1 093*	*4,2*	*4,7*	*3,2*	*19 421*	*9 029*	*10 392*
Iatrogénie	*580*	*405*	*175*	*0,5*	*0,5*	*0,5*	*3 261*	*1 721*	*1 540*
Autres	*2 108*	*1 542*	*566*	*1,9*	*2,0*	*1,7*	*2 915*	*1 987*	*928*
ALCOOLISME (1)	**7 007**	**5 150**	**1 857**	**6,3**	**6,7**	**5,5**	**11 233**	**8 154**	**3 079**
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	**3 326**	**2 315**	**1 011**	**3,0**	**3,0**	**3,0**	**43 841**	**22 425**	**21 416**
Pneumonies et grippes	*1 204*	*854*	*350*	*1,1*	*1,1*	*1,0*	*18 212*	*8 338*	*9 874*
Bronchites chroniques	*1 110*	*818*	*292*	*1,0*	*1,1*	*0,9*	*15 913*	*9 326*	*6 587*
Autres	*1 012*	*643*	*369*	*0,9*	*0,8*	*1,1*	*9 716*	*4 761*	*4 955*
SIDA	**915**	**724**	**191**	**0,8**	**0,9**	**0,6**	**978**	**763**	**215**
AUTRES CAUSES	**19 172**	**12 666**	**6 506**	**17,4**	**16,5**	**19,2**	**124 121**	**52 286**	**71 835**
TOUTES CAUSES	**110 470**	**76 649**	**33 821**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**537 459**	**274 764**	**262 695**

(1) Psychoses alcooliques et cirrhoses alcooliques.
Champ : France métropolitaine
Source : INSERM - CepiDc

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies reste relativement stable dans le temps. On note cependant un recul du poids relatif des maladies de l'appareil circulatoire et une progression de celui des tumeurs, devenues la première cause de décès chez les hommes à la fin des années 1980, devant les pathologies circulatoires. Les maladies de l'appareil respiratoire progressent également et se situent désormais au même niveau que les morts violentes.

Au sein de l'Union européenne, la France bénéficie d'une position relativement favorable en matière de maladies cardiovasculaires. En revanche, la mortalité prématurée, définie comme la mortalité survenue avant 65 ans, est importante. Elle concerne un décès sur cinq, soit 110 470 en 1999.

L'examen de la mortalité prématurée dans l'Union européenne[8] place la France derrière ses voisins européens de taille comparable. Pour les femmes, le taux français est légèrement en dessous de la moyenne de l'Union européenne (cinq pays ont une mortalité prématurée féminine plus faible), mais la situation est nettement plus défavorable pour les hommes. Tous les pays de l'Union européenne, sauf deux (la Finlande et le Portugal), ont ainsi une mortalité prématurée masculine plus faible que la France (graphiques 1.2).

trois séries de causes sont responsables de la surmortalité prématurée : les cancers, les accidents et morts violentes et les cirrhoses ou psychoses alcooliques

Les cancers sont à l'origine de 38 % des décès prématurés et de 27 % de la mortalité totale (soit 143 849 décès dont 41 841 avant 65 ans). La mortalité prématurée masculine par tumeur maligne observée en France est la plus défavorable de l'Union européenne (graphiques 1.3). Ce constat vaut en particulier pour le cancer du poumon, pour lequel la France avait également en 1999 le taux de mortalité prématurée masculine le plus élevé[9]. Celui-ci se situe au même niveau qu'en 1990, alors que la tendance générale est à la baisse dans la plupart des pays de l'Union européenne (à l'exception de la Grèce, du Portugal et de l'Espagne).

Le cancer du sein est une des causes de mortalité les plus importantes chez les femmes : 13 % de la mortalité prématurée féminine et 4 % de la mortalité totale, les taux standardisés correspondants étant légèrement supérieurs à la moyenne des pays de l'Union européenne.

---

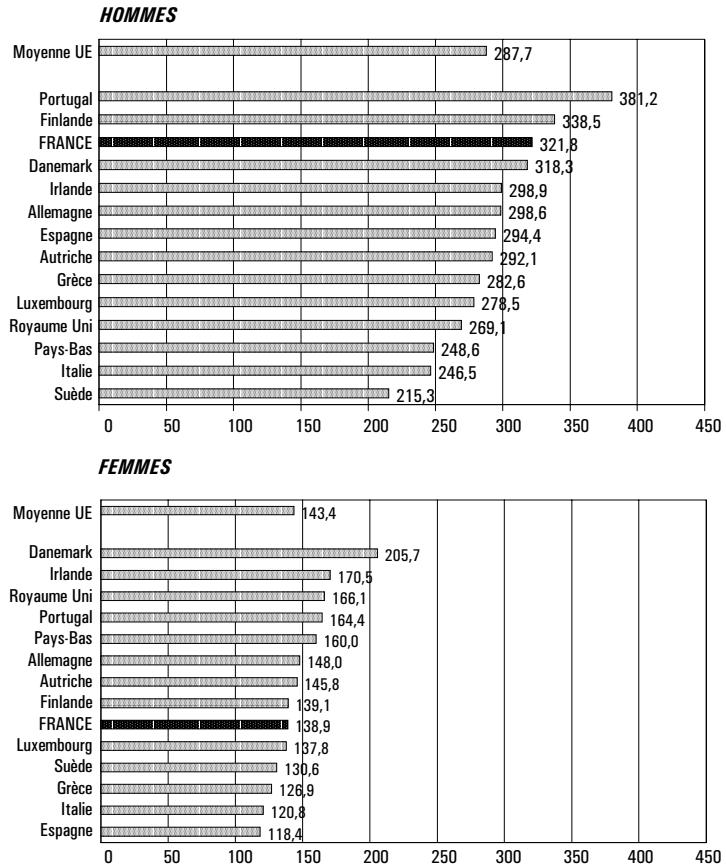
8. Source OMS ; région Europe, données 1999.

9. Alors que la mortalité masculine tous âges par cancer du poumon est proche de la moyenne européenne, la France se singularise par le nombre plus élevé de décès précoces (taux standardisés sur la population européenne). Les données 1999 ne sont pas disponibles pour la Belgique qui avait en 1996 une mortalité prématurée par cancer du poumon encore plus élevée qu'en France.

graphique 1.2

MORTALITÉ PRÉMATURÉE DANS L'UNION EUROPÉENNE

(taux standardisés pour 100 000)



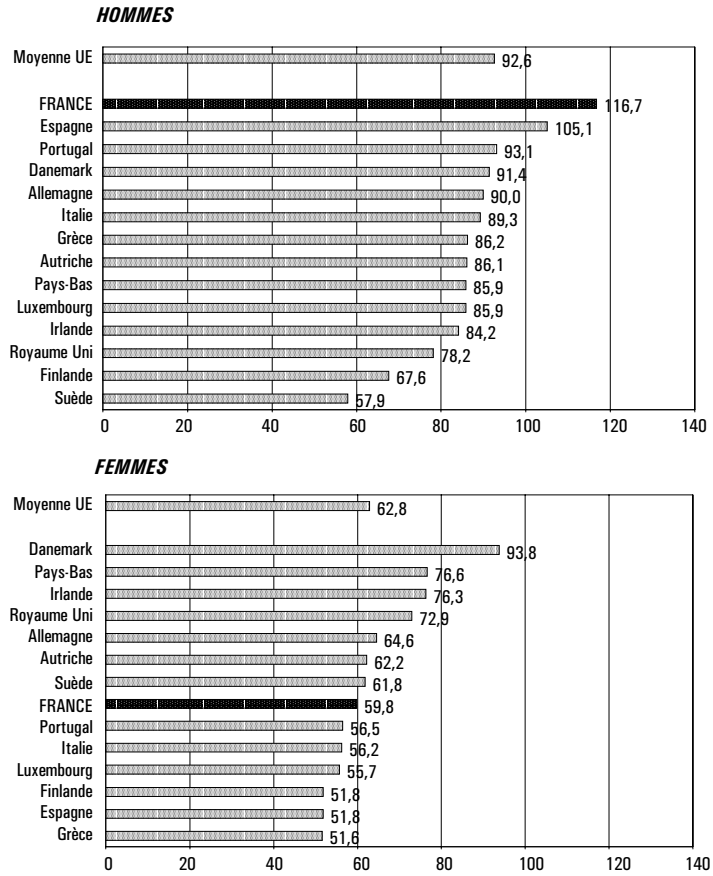
Champ : Union européenne, sauf Belgique, 1999
Source : OMS, Région Europe

Les décès dus à des causes externes représentent 19 % de la mortalité prématurée en 1999 et 8 % de la mortalité totale (43 783 décès dont 21 082 avant 65 ans). Ce groupe de causes comprend les lésions traumatiques, les intoxications et les autres effets indésirables. Elles peuvent être dues à des accidents (transports, chutes, noyades…), des agressions, des lésions auto-infligées, des intoxications ou complications à la suite de soins médicaux ou chirurgicaux. La mortalité prématurée française par « causes externes » est également particulièrement élevée pour les hommes mais aussi pour les femmes, seule la Finlande ayant des taux plus élevés (graphiques 1.4).

graphique 1.3

MORTALITÉ PRÉMATURÉE PAR TUMEURS MALIGNES DANS L'UNION EUROPÉENNE

(taux standardisés pour 100 000)



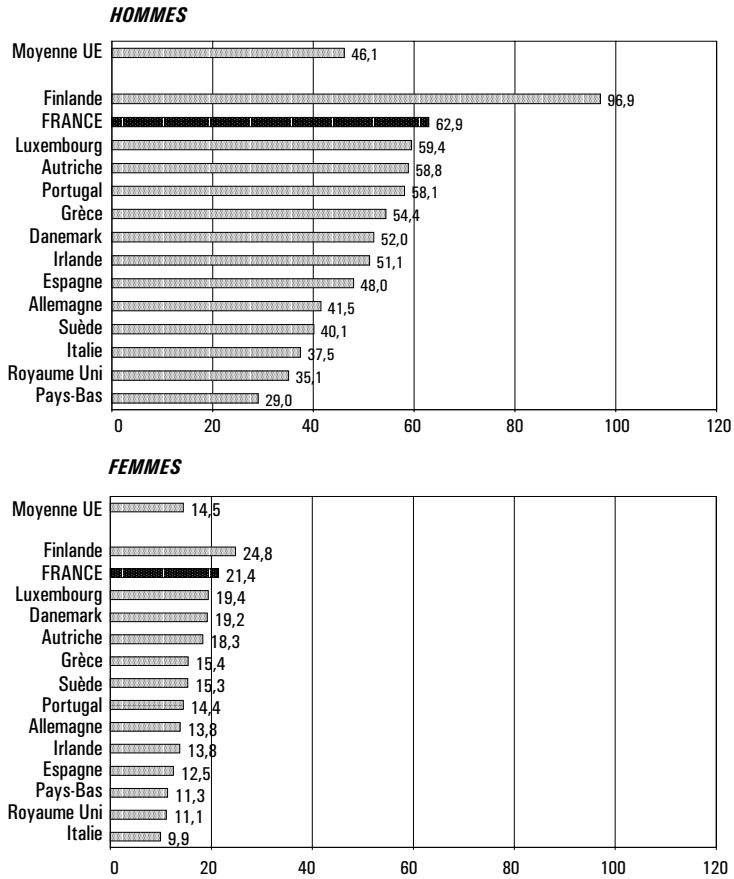
Champ : Union européenne, sauf Belgique, 1999
Source : OMS, Région Europe

Les cirrhoses et psychoses[10] liées à l'alcoolisme représentent 6 % de la mortalité prématurée et 2 % de la mortalité totale. Si l'on considère l'ensemble des pathologies directement dues ou très liées à la consommation régulière ou excessive d'alcool, en ajoutant les cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage, larynx), le total des décès prématurés liés à l'alcool atteignait 12 528 en 1999, soit 11,3 % de l'ensemble. Il s'élevait à 22 442 décès tous âges confondus, ce nombre s'inscrivant toutefois dans une tendance à la baisse.

10. Il s'agit en fait quasi exclusivement des cirrhoses.

graphique 1.4

MORTALITÉ PRÉMATURÉE PAR CAUSES EXTERNES DE TRAUMATISMES ET D'EMPOISONNEMENTS DANS L'UNION EUROPÉENNE (taux standardisés pour 100 000)



Champ : Union européenne, sauf Belgique, 1999
Source : OMS, Région Europe

La mortalité liée au sida qui, en 1995, représentait 3,9 % de la mortalité prématurée totale et 4,6 % de la mortalité prématurée masculine, a connu depuis une diminution importante grâce aux nouveaux traitements : ainsi, en 1997, elle ne représentait plus que 1,1 % de la mortalité prématurée (1,3 % pour les hommes) et 0,8 % de la mortalité totale en 1999 (0,9 % pour les hommes).

Le concept de « mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque » a été mis en avant par le Haut Comité de la santé publique (HCSP) pour désigner la part de la mortalité prématurée liée à des comportements susceptibles d'être modifiés grâce à une politique de santé

publique. Ce concept désigne une partie des décès imputés au tabac et à l'alcool (cancers du poumon[11] et des voies aéro-digestives supérieures, psychoses alcooliques et cirrhoses), ainsi que les décès par accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides et, dans le registre des maladies infectieuses, le sida. En 1999, le nombre de décès prématurés « évitables liés aux comportements à risque » a été estimé à 37 908, soit le tiers des décès prématurés dont près de 30 000 concernaient des hommes. Les causes les plus fréquentes des décès « évitables liés aux comportements à risque » sont les accidents de la circulation avant 25 ans, les suicides entre 25 et 44 ans et les cancers du poumon entre 45 et 64 ans[12].

1.3 DES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES ENCORE MARQUÉES

En France métropolitaine, entre les régions les plus et moins favorisées, l'espérance de vie à la naissance varie d'environ cinq ans pour les hommes et de trois ans pour les femmes. Pour les deux sexes, c'est dans la région Nord – Pas-de-Calais que l'espérance de vie à la naissance est la plus faible. Globalement, la situation est plus favorable au sud qu'au nord de la France. Ces particularités régionales relèvent de facteurs tant culturels (consommation d'alcool, de tabac ou alimentation) que sociaux ou environnementaux (contexte minier et sidérurgique marqué par une forte implantation ouvrière largement frappée par la crise industrielle, par exemple dans le Nord)[13] [cartes 1.1].

En 1999, la Mayenne détient le record départemental de longévité féminine (83,9 ans) et la Haute-Garonne celui de l'espérance de vie masculine (77,2 ans).

Les différences d'espérance de vie entre départements métropolitains sont en outre plus élevées pour les hommes que pour les femmes : 5,6 ans d'écart entre la Haute-Garonne et le Pas-de-Calais pour les hommes, 3,5 ans entre la Mayenne et le Nord pour les femmes en 1999[14].

---

11. Soulignons toutefois les estimations récentes quant au poids des cancers du poumon attribuables aux expositions professionnelles à des produits cancérogènes établis (de l'ordre 20 %) : IMBERNON Ellen : « Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteur professionnels en France », avril 2003, InVS.

12. PÉQUIGNOT Françoise, LE TOULLEC Alain, BOVET Martine, JOUGLA Éric : « La mortalité "évitable" liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 30-31 2003, InVS.

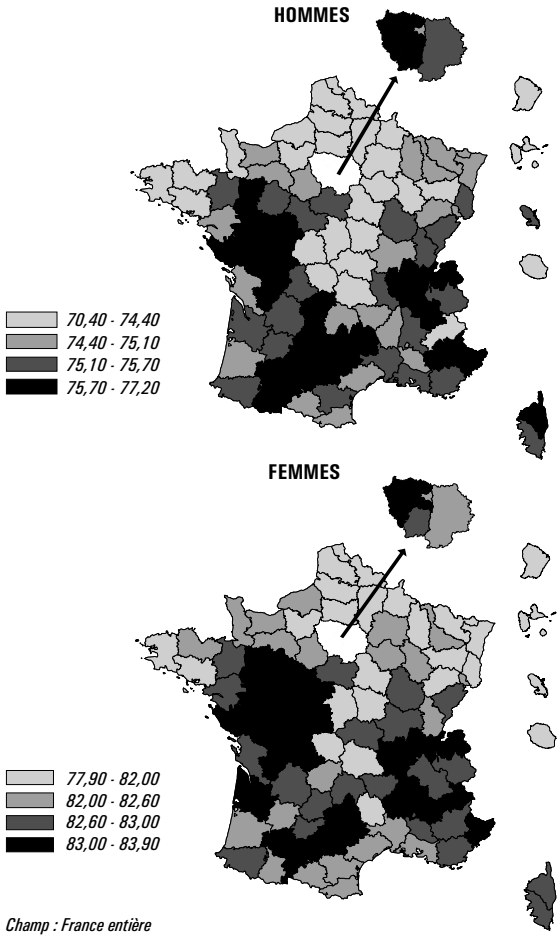
13. SALEM Gérard, RICAN Stéphane, JOUGLA Éric : « Atlas de la santé en France : Volume 1 : Les causes de décès », Paris, éd. John Libbey, 1999.

14. Ces écarts augmentent si l'on prend en compte l'outre-mer, et particulièrement la Guyane et la Réunion où l'espérance de vie à la naissance est plus faible que dans les départements métropolitains. Ils se portent alors à 6,8 ans pour les hommes et à 6 ans pour les femmes.

Les zones de surmortalité, masculine ou féminine, dessinent une figure en forme de T qui s'étend des côtes du nord de la Manche au Rhin et des Ardennes à l'Auvergne. En 1999, c'est dans le Pas-de-Calais que l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est le plus fort (9,3 ans) et en Lozère qu'il est le plus faible (5,3 ans).

cartes 1.1

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN 2000



Champ : France entière
Source : INSEE

En lien avec une structure de l'activité davantage orientée vers les services, on constate en outre que les niveaux de mortalité sont systématiquement plus faibles dans les grandes agglomérations, à l'exception du nord du pays où il existe peu de différences entre zones urbaines et zones rurales[15]. Le bassin rennais, par exemple, se démarque du reste de la Bretagne par une nette sous-mortalité, Rennes se distinguant en effet par une importante tertiarisation qui contraste avec l'ancrage rural et agricole de la région.

2 LES GRANDS TRAITS DE LA MORBIDITÉ

Les grands traits caractérisant la mortalité et la morbidité sont ici plus précisément décrits pour trois classes d'âge, la morbidité étant appréhendée au travers des affections déclarées d'une part, du recours aux soins en ville et à l'hôpital d'autre part.

2.1 DES INDICATEURS QUI TÉMOIGNENT PLUTÔT D'UNE BONNE SANTÉ CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 25 ANS

faible avant 15 ans, la mortalité chez les jeunes augmente ensuite avec les suicides et les accidents

Depuis 1995, le taux de mortalité infantile[16] est descendu en dessous de 5 pour 1 000 et a depuis continué à diminuer pour atteindre 4,2 pour 1 000 en 2002[17] en métropole. La situation est nettement moins favorable dans les départements d'outre-mer où la mortalité infantile s'élevait encore à 6,9 pour 1 000 en 2001 (voir chapitre II).

Au cours des années 1970 et 1980, la baisse de la mortalité infantile a été principalement liée à la diminution du nombre de décès précoces ou mortalité néonatale[18]. Dans la décennie suivante, le phénomène marquant est la diminution de la mortalité post-néonatale[19], un peu plus tardive, et expliquée pour environ la moitié des cas, par la chute du nombre de décès dus à la mort subite du nourrisson. Ce terme recouvre les décès à caractère inattendu, qui surviennent chez des enfants en bonne santé apparente pendant la première année de vie et avec un pic de fréquence vers l'âge de

15. SALEM Gérard, RICAN Stéphane, JOUGLA Éric : « Atlas de la santé en France : Volume 1 : Les causes de décès », Paris, éd. John Libbey, 1999.

16. Décès au cours de la première année de vie.

17. DOISNEAU Lionel : « Bilan démographique 2002 : légère diminution des naissances », *INSEE Première*, n° 882, janvier 2003, Insee.

18. Décès entre la naissance et 27 jours révolus.

19. Décès entre le 28e et le 365e jour de vie.

2 ou 3 mois. Le taux de mort subite du nourrisson s'est accru depuis la fin des années 70, pour culminer en 1991 avec 1 465 décès. Suite aux campagnes d'information sur les facteurs de risque (position pendant le sommeil, literie…), la fréquence de ces décès a diminué mais, en 1999, 338 décès étaient encore attribués à cette origine. Avant un an, le nombre de décès dus à des maladies infectieuses et parasitaires est nettement plus faible : 60 décès en 1999, dont 24 pour les infections intestinales (soit un taux de 3,3 pour 100 000). Autre indicateur de santé suivi avec attention, la mortalité périnatale[20] dont le taux est passé de 12,9 pour 1 000 en 1980 à 8,3 en 1990, et 6,5 en 1999, mais qui est remontée depuis à 6,9 pour 1 000, en lien probablement avec l'augmentation de la prématurité.

Après un an, le taux de mortalité diminue fortement (0,25 pour 1 000 entre 1 et 4 ans) avec un minimum entre 5 et 14 ans (0,14 pour 1 000). Il augmente ensuite entre 15 et 24 ans (0,6 pour 1 000). Dans cette classe d'âge, la mortalité masculine (0,92 pour 1 000) est presque trois fois plus élevée que la mortalité féminine (0,33 pour 1 000) et les morts violentes représentent plus des deux tiers des décès. Les accidents et suicides demeurent les principales causes de décès des 15 à 24 ans, surtout chez les jeunes hommes (voir chapitre II sur le sujet).

un état de santé général satisfaisant malgré quelques pathologies en augmentation

Globalement en bonne santé, les enfants et les jeunes de moins de 25 ans souffrent en majorité de maladies bénignes. Ils constituent la catégorie de population dont les taux de recours à l'hôpital sont les plus faibles, à l'exclusion des enfants de moins d'un an dont la consommation médicale est nettement au-dessus de la moyenne tant pour des motifs curatifs que préventifs. Dans toutes les études, les jeunes se jugent globalement en bonne santé (graphique 1.5, enquête SPS[21]). Selon le Baromètre santé jeunes 1997-1998[22], près de 95 % des 12 à 19 ans déclarent que leur santé est « plutôt » ou « très » satisfaisante et 1 % seulement affirme qu'elle ne l'est pas du tout. D'autres types de mesures permettent de conforter ce diagnostic. Ainsi, les scores de santé physique, calculés à l'aide de questions portant sur l'évaluation de la qualité de la vie (Profils de Duke du Baromètre santé 2000 – CFES) sont les plus élevés jusqu'à 25 ans.

---

20. Mort-nés et décès entre la naissance et moins de 7 jours.

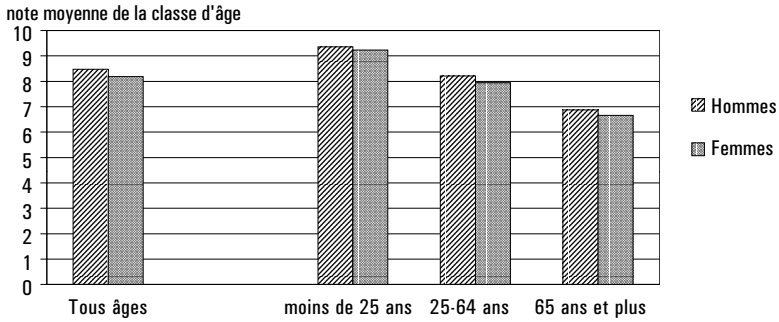
21. L'enquête Santé et protection sociale réalisée tous les deux ans par le Credes, représentative d'environ 95 % des ménages ordinaires de France métropolitaine, apporte des indications sur les maladies et troubles de la santé déclarés.

22. ARENES J., JANVRIN M.-P., BAUDIER F. : « Baromètre santé jeunes 1997/1998 », éd. CFES, 1998.

graphique 1.5

ESTIMATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ EN 2000

note moyenne sur une échelle de 0 à 10



Champ : France métropolitaine
Source : Credes, enquête SPS 2000, exploitation Drees

Quelques problèmes de santé, tels que l'asthme, les allergies et le surpoids, ont toutefois tendance à se développer. Par ailleurs, les troubles de la santé mentale se manifestent à des degrés divers à ces âges.

- *Les problèmes ophtalmologiques, dentaires et respiratoires sont les pathologies déclarées les plus fréquentes*

L'enquête *Santé et protection sociale (SPS)* permet d'apprécier la prévalence de la morbidité déclarée dans la population : en principe, la morbidité déclarée correspond aux affections présentes le jour de l'enquête, diagnostiquées, connues et effectivement déclarées par les personnes enquêtées (ou pour les enfants, par leurs parents). Dans l'enquête *SPS*, compte tenu des oublis et omissions possibles, les déclarations sont confrontées par des médecins à divers éléments des questionnaires (consommation médicamenteuse de la veille, interventions chirurgicales depuis la naissance, port de prothèses…) et corrigées si besoin après nouvelle interrogation des personnes par les enquêteurs. En l'occurrence, il s'agit donc de déclarations validées et si besoin complétées par les médecins.

Comparés à l'ensemble de la population, les moins de 25 ans déclarent peu de maladies ; la plupart sont bénignes et accompagnent le développement normal de l'individu : pathologies infectieuses, problèmes ophtalmologiques ou dentaires.

Chez les enfants de 0 à 15 ans, selon l'enquête *SPS*, la prévalence déclarée des affections ophtalmologiques et dentaires est très forte (respectivement 20 et 17 %)[23] ; les pathologies respiratoires sont particulièrement fréquentes puisqu'elles affectent 20 % de cette tranche d'âge (8 % présentent des rhinites aiguës et presque 6 % ont de l'asthme). À cet âge, on observe également un nombre important de problèmes dermatologiques : près de 10 % des enfants sont concernés, dont plus de la moitié présente des allergies cutanées ou de l'eczéma. Les maladies de l'appareil digestif touchent 5 % des enfants et les problèmes d'oreille (essentiellement des otites) 4 % (graphique 1.6).

Au-delà de 15 ans, les pathologies se diversifient. L'enquête *SPS* fait ainsi apparaître un accroissement de la fréquence des affections ophtalmologiques et des maladies de peau entre 15 et 19 ans. Avec le passage à l'âge adulte, la diversité des affections croît plus encore (ostéo-articulaires, maladies endocriniennes...) alors que les pathologies infectieuses plus spécifiques de l'enfance diminuent progressivement.

- *En dehors des premiers âges, les jeunes recourent peu aux soins ambulatoires, sauf pour des motifs administratifs ou de prévention*

Déclarant en moyenne peu de maladies, les Français de moins de 25 ans ont aussi moins recours aux médecins : le nombre annuel moyen de séances de médecin par personne est, ainsi, dans cette tranche d'âge, de 5,3 contre 6,3 pour les 25-64 ans.

Les plus jeunes enfants constituent cependant un cas particulier : selon l'enquête *SPS 2000* du Credes, les recours au médecin de ville atteignaient pour les enfants de moins de 2 ans un peu plus de 13 séances dans l'année, contre 6,6 pour l'ensemble de la population enquêtée. Les séances étaient réparties de façon voisine entre spécialistes (6 séances) et généralistes (7 séances).

Avant 25 ans, selon l'Enquête permanente sur la prescription médicale (de l'IMS) la consultation comporte fréquemment un seul motif : environ 130 motifs de recours pour 100 séances[24] contre près de 155 motifs entre 25 et 64 ans, et 224 au-delà de 64 ans. Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours par séance est équivalent chez les garçons et les filles. Au contraire, chez les 15-24 ans, il est plus élevé chez les filles : 135 motifs de recours pour 100 séances contre 124 chez les garçons.

---

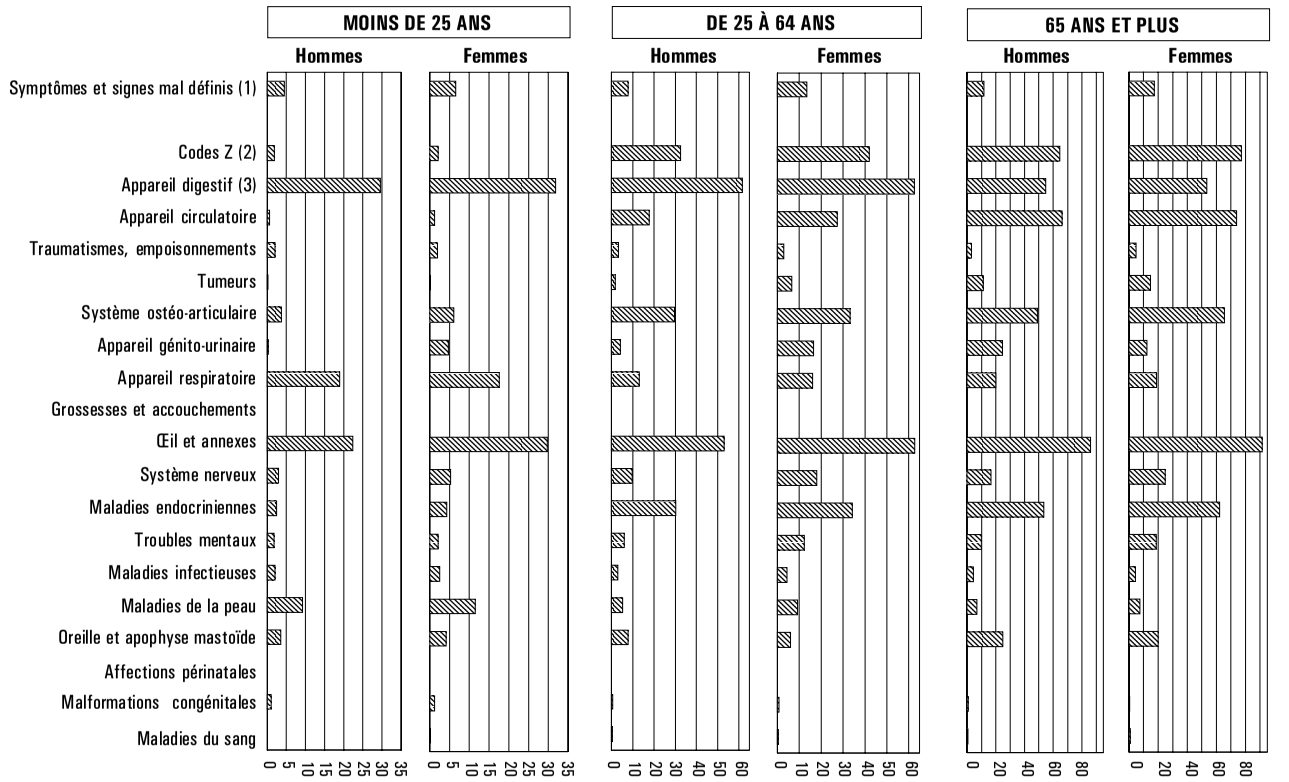
23. AUVRAY Laurence, DUMESNIL Sylvie et LE FUR Philippe : « Santé, soins et protection sociale en 2000 », Série Résultats, n° 1 364, décembre 2001, Credes.

24. Source : IMS - Health, enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Credes, septembre 2001 - août 2002.

graphique 1.6

MORBIDITÉ DÉCLARÉE PAR SEXE ET ÂGE

prévalences pour 100 personnes concernées



(1) Ne pouvant être rapportés à une maladie précise.
(2) Antécédents familiaux ou médicaux, port de prothèses diverses, soins en cours tels que prévention, surveillance, motifs sociaux.
(3) Les affections dentaires sont classées dans les affections de l'appareil digestif, ce qui explique en partie la fréquence élevée de cette classe.

Champ : France métropolitaine
Source : Credes, enquête SPS 2000, exploitation Drees.

Toujours selon IMS, les actes de prévention et les motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux...) représentent une part considérable des consultations (tableau 1.5) : 56 motifs pour 100 séances chez les moins d'un an, 22 motifs pour 100 séances dans la classe d'âge d'un à 14 ans, 26 motifs pour 100 séances pour les 15 à 24 ans. À cela s'ajoutent les consultations organisées par les services de protection maternelle et infantile pour les enfants jusqu'à 6 ans. Ces services assurent également une activité importante de prévention : près de 2,3 millions d'examens cliniques pour environ 732 000 consultants[25] en 2001.

Ces raisons mises à part, ce sont les pathologies respiratoires qui sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : 31 motifs pour 100 séances pour les moins d'un an, 43 pour la classe d'âge d'un à 14 ans et 25 motifs entre 15 et 24 ans.

On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et problèmes de santé mal définis d'une part et les maladies infectieuses d'autre part, qui représentent respectivement près de 11 et 8 % des motifs de séances ; on peut noter la part importante des maladies de la peau, plus présentes chez les 15-24 ans (près de 9 % des motifs de séances).

Le recours aux soins des adolescents de 11 à 20 ans a été plus particulièrement étudié[26]. Principalement suivis par des médecins généralistes, qui effectuent 70 % des actes les concernant, les adolescents déclarent peu d'affections et celles-ci sont généralement bénignes. Leur comportement de recours aux soins reproduit celui de leurs parents avec, notamment dans les milieux ouvriers, une plus grande déclaration de caries et un moindre recours aux dentistes. À cet âge, les troubles mentaux constituent un motif de consultation moins fréquent que chez les adultes, les problèmes les plus fréquents étant l'angoisse ou l'anxiété et les dépressions.

- *Le recours à l'hospitalisation concerne surtout les pathologies périnatales ou respiratoires pour les moins de 15 ans…*

En 2001, l'hospitalisation des moins de 25 ans représente environ 19 % des séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée[27]. Si l'on exclut les

25. « Activité de la Protection maternelle et infantile, résultats provisoires 2001 », exploitation Drees.

26. AUVRAY Laurence, LE FUR Philippe : « Adolescents : état de santé et recours aux soins », Questions d'économie de la Santé, n° 49, mars 2002, Credes.

27. Sources : Base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 2001, exploitation Drees ; voir aussi MOUQUET Marie-Claude : « Motifs d'hospitalisation en 1998 », Études et Résultats n° 81, septembre 2000, Drees.

tableau 1.5

MOTIFS DE RECOURS ET/OU DE DIAGNOSTICS POUR 100 SÉANCES DE MÉDECIN SELON L'ÂGE ET LE SEXE

1er septembre 2001 - 31 août 2002

		Nombre de motifs pour 100 séances	
MOINS DE 25 ANS		**HOMMES**	**FEMMES**
Ensemble des pathologies		**128,0**	**132,3**
dont :	*Maladies de l'appareil respiratoire*	*38,0*	*33,1*
	Prévention et motifs administratifs	*24,8*	*29,3*
	Symptômes et états morbides mal définis	*13,8*	*14,5*
	Maladies infectieuses et parasitaires	*10,2*	*9,9*
	Maladies de la peau	*7,6*	*8,4*
	Maladies ophtalmologiques	*7,5*	*7,6*
	ORL	*6,7*	*5,3*
	Lésions traumatiques	*5,5*	*3,6*
	Troubles mentaux	*3,6*	*4,2*
	Maladies ostéo-articulaires	*3,4*	*3,4*
	Maladies de l'appareil digestif	*2,8*	*3,2*
	Maladies des organes génito-urinaires	*0,8*	*4,3*
DE 25 À 64 ANS		**HOMMES**	**FEMMES**
Ensemble des pathologies		**152,3**	**156,5**
dont :	*Prévention et motifs administratifs*	*17,0*	*18,9*
	Troubles mentaux	*11,4*	*20,8*
	Maladies cardiovasculaires	*18,7*	*15,8*
	Maladies de l'appareil respiratoire	*18,9*	*15,4*
	Symptômes et états morbides mal définis	*15,3*	*16,4*
	Maladies ostéo-articulaires	*16,2*	*12,8*
	Maladies des organes génito-urinaires	*12,9*	*8,8*
	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	*7,7*	*7,0*
	Maladies ophtalmologiques	*2,1*	*9,6*
	Maladies de la peau	*6,9*	*5,7*
	Maladies de l'appareil digestif	*5,3*	*6,1*
	Maladies infectieuses et parasitaires	*5,5*	*5,7*
	Maladies du système nerveux	*5,5*	*5,5*
	Lésions traumatiques	*5,1*	*3,1*
65 ANS OU PLUS		**HOMMES**	**FEMMES**
Ensemble des pathologies		**216,8**	**229,4**
dont :	*Maladies cardiovasculaires*	*64,2*	*63,6*
	Symptômes et états morbides mal définis	*24,7*	*27,4*
	Maladies ostéo-articulaires	*25,0*	*23,3*
	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	*15,8*	*25,5*
	Troubles mentaux	*8,5*	*14,7*
	Maladies de l'appareil digestif	*12,7*	*11,4*
	Maladies de l'appareil respiratoire	*14,0*	*10,0*
	Maladies du système nerveux	*10,5*	*11,8*
	Prévention et motifs administratifs	*8,8*	*11,2*
	Maladies ophtalmologiques	*7,9*	*9,2*
	Maladies des organes génito-urinaires	*7,9*	*4,7*
	Maladies de la peau	*4,5*	*4,3*
	Maladies infectieuses et parasitaires	*3,1*	*3,6*
	Lésions traumatiques	*2,6*	*3,2*
	Tumeurs	*3,9*	*2,4*

Note : Les motifs de recours ont été classés dans chaque tranche d'âge par ordre décroissant de fréquence, pour les deux sexes réunis.

Champ : France métropolitaine - Médecine libérale

Source : IMS HEALTH, Étude permanente de la prescription médicale

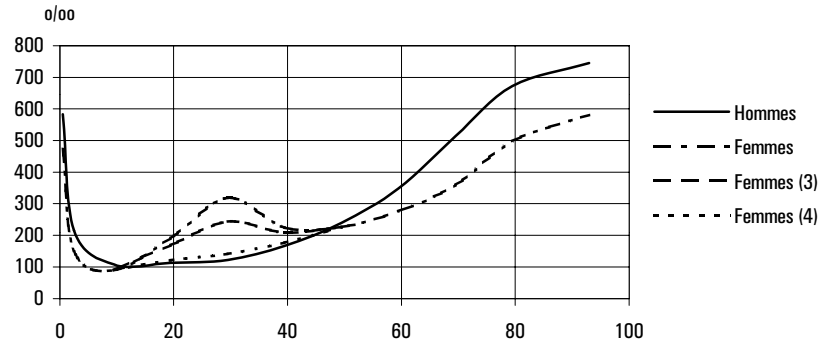
enfants de moins d'un an, le taux de recours à l'hôpital des enfants est nettement plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement chez les 5-14 ans (graphique 1.7). Avant 15 ans, les taux d'hospitalisation sont supérieurs pour les garçons, mais cette différence disparaît entre 15 et 24 ans, en raison des séjours liés à la grossesse et à l'accouchement (environ 270 000 séjours pour ce motif dans cette tranche d'âge).

Enfin, avec un taux de recours de 491 pour 1 000[28], la fréquentation hospitalière des enfants de moins d'un an se situe nettement au-dessus de la moyenne (251 pour 1 000). Les taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an sont parmi les plus forts, venant juste après ceux des personnes âgées de plus de 74 ans. Le taux de recours à l'hôpital est plus élevé chez les garçons (541 pour mille garçons, contre 440 pour mille filles). La part des pathologies périnatales est très élevée, avec 36 % de motifs de recours, le deuxième motif étant les maladies de l'appareil respiratoire avec 13 % des causes d'hospitalisation.

graphique 1.7

TAUX D'HOSPITALISATION (*) DANS LES SERVICES DE SOINS DE COURTE DURÉE - MCO(1)
DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS ET PRIVÉS
TOUTES CAUSES SELON LE SEXE ET L'ÂGE DES PATIENTS

ENSEMBLE DES HOSPITALISATIONS(2)



* Nombre de séjours de résidents en France métropolitaine pour 1 000 habitants de France métropolitaine.
(1) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
(2) Hospitalisations >= 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.
(3) Non compris accouchement unique et spontané (code 080 de la CIM de l'OMS 10e Révision).
(4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10e Révision).

Champ : Établissements publics et privés - Résidents en France métropolitaine
Source : Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Drees - Base nationale PMSI

28. Il s'agit de séjours et non d'individus, un même enfant pouvant être hospitalisé plusieurs fois dans l'année (les consultations et passages aux urgences en sont exclus).

Les causes d'hospitalisation évoluent à cet égard avec l'âge : avant 15 ans, les maladies respiratoires arrivent au premier plan (soit près d'un séjour sur cinq entre 1 et 14 ans), les traumatismes et empoisonnements représentant la deuxième cause d'hospitalisation. Ils n'arrivent plus qu'au troisième rang pour les 15-24 ans, avec 14 % des séjours, après les maladies de l'appareil digestif qui motivent 19 % des séjours (maladies des dents et appendicite, notamment) et les grossesses (23 % des séjours).

Les affections respiratoires, évoquées ci-dessus, apparaissent au premier plan des motifs de recours aux soins des enfants de moins de 15 ans aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Si, à l'hôpital[29], ce sont les maladies des amygdales et végétations adénoïdes qui expliquent le poids des affections respiratoires, l'asthme occupe une place importante en causant environ 28 000 séjours annuels : 3 200 pour les moins d'un an (soit un taux de 4,2 pour 1 000), 13 900 pour les 1 à 4 ans (soit 4,8 pour 1 000) et 10 900 pour les 5-14 ans (soit 1,5 pour 1 000), touchant majoritairement les garçons (près des deux tiers).

À ces âges, les hospitalisations pour carences en vitamine D sont rares (43 séjours en 2001 concernant des moins de 25 ans, dont 32 pour rachitisme évolutif) attestant d'un niveau élevé des pratiques de prévention en la matière.

- *… et les traumatismes pour les garçons de 15 à 24 ans*

Pour les 15-24 ans, le taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques et empoisonnements est de 21,6 pour 1 000 jeunes des deux sexes, allant de 13,5 pour 1 000 filles à 29,5 pour 1 000 garçons. Pour les garçons, si la part des luxations et entorses est importante (5 pour 1 000), on note des taux de 4,8 pour 1 000 pour les fractures des membres supérieurs et de 3,8 pour 1 000 pour les traumatismes crâniens. Chez les filles, ce sont les intoxications par produits pharmaceutiques qui apparaissent au premier plan, avec un taux de 4,3 pour 1 000 ; dans la quasi-totalité des cas, il s'agit de tentatives de suicides.

les troubles mentaux sont les principales causes de prise en charge de longue durée pour les jeunes

Les prises en charges pour affections de longue durée (ALD) [tableau 1.6] peuvent par ailleurs donner une idée de l'incidence des maladies chroniques les plus graves pour cette tranche d'âge. Ce sont de loin les troubles mentaux qui constituent les affections chroniques les plus

29. Source : Base nationale PMSI, 2001, exploitation Drees.

tableau 1.6

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) EN 2001
RÉPARTITION DES NOUVEAUX CAS SELON LA CAUSE

	MOINS DE 25 ANS		DE 25 À 64 ANS		65 ANS ET PLUS	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Groupe des affections cardiovasculaires (ALD 1, 3, 5, 12 et 13) (1)	7,3	7,0	31,4	17,0	40,0	41,9
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD 30)	7,2	7,4	21,5	30,7	31,6	21,3
Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime (ALD 8)	5,2	5,6	18,0	16,0	11,8	11,7
Psychose, trouble de la personnalité, arriération mentale (ALD 23)	41,0	30,8	11,6	16,8	6,1	14,7
Groupe des affections neurologiques et neuro-musculaires (ALD 9, 16, 20 et 25) (2)	11,2	11,3	3,1	4,1	2,9	3,0
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14)	10,0	7,9	2,9	3,0	4,0	2,9
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD 6)	0,9	1,2	4,6	3,1	1,1	0,9
Groupe des affections ostéo-articulaires (ALD 22, 26 et 27) (3)	3,2	11,2	1,6	3,5	0,6	1,4
Recto-colite hémorragique et maladie de Crohn évolutives (ALD 24)	2,9	4,6	1,1	1,6	0,2	0,2
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif (ALD 19)	2,0	1,5	0,8	0,6	0,8	0,6
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH (ALD 7)	2,1	2,6	1,5	0,8	0,0	0,0
Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive (ALD 21)	0,4	1,5	0,2	1,2	0,3	0,8
Tuberculose active (ALD 29)	1,7	2,1	0,9	0,7	0,3	0,3
Groupe des maladies du sang (ALD 2, 10 et 11) (4)	2,0	2,1	0,2	0,3	0,1	0,1
Groupe des maladies métaboliques sauf diabète (ALD 17 et 18) (5)	1,5	1,7	0,4	0,3	0,1	0,1
Autres ALD30 (ALD 4, 15 et 28) (6) et ALD30 non ventilées	1,4	1,6	0,2	0,3	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de nouveaux cas (7)	26 292	22 258	214 775	175 631	201 943	227 766

Note : les ALD et groupes d'ALD ont été classés par ordre décroissant de fréquences les deux sexes tous âges réunis.

(1) Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1), artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques (ALD 3), cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave (ALD 5), hypertention artérielle sévère (ALD 12) et infarctus du myocarde datant de moins de six mois (ALD 13).

(2) Forme grave d'une affection neuro musculaire (dont myopathie) (ALD 9), maladie de Parkinson (ALD 16), paraplégie (ALD 20) et sclérose en plaques invalidante (ALD 25).

(3) Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (ALD 22), scoliose structurale évolutive (ALD 26) et spondylarthrite ankylosante grave (ALD 27).

(4) Aplasie médullaire (ALD 2), hémoglobinopathie homozygote (ALD 10) et hémophilie (ALD 11).

(5) Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé (ALD 17) et mucoviscidose (ALD 18).

(6) Bilharziose compliquée (ALD 4), lèpre (ALD 15) et suites de transplantation d'organe (ALD 28).

(7) y compris les 405 cas d'âge inconnu reventilés au pro rata des tranches d'âges.

Champ : France entière
Source : Cnam-ts, ENSM

fréquentes avant 25 ans : cette catégorie comprend les psychoses, les troubles de la personnalité et les arriérations mentales. Les affections neurologiques et neuromusculaires sont environ trois fois moins nombreuses, tandis que les insuffisances respiratoires chroniques le sont environ quatre fois, et les affections cardiovasculaires, ostéo-articulaires de même que les tumeurs malignes le sont environ cinq fois.

2.2 AUX ÂGES ACTIFS, L'ÉTAT DE SANTÉ DES ADULTES EST PLUS CONTRASTÉ

L'état de santé des adultes d'âge actif a des dimensions diverses et contrastées en raison de l'étendue de la période de vie considérée, ainsi que de l'impact des comportements à risque et des facteurs sociaux et environnementaux.

Le début de cette période (entre 25 et 45 ans) se caractérise par une bonne santé physique générale et, pour beaucoup de femmes, par le temps de la maternité. Cependant, il ne faut pas sous-estimer l'importance des problèmes de santé mentale, l'accroissement des pathologies de la vie quotidienne, maux de tête, mal de dos, varices… que déclarent les personnes, et qui sont des facteurs de gêne et de consommations de soins. En outre, la fréquence des cancers féminins s'avère préoccupante pour cette classe d'âge.

Après 45 ans, on constate une augmentation massive de la fréquence des facteurs de risque (obésité, hypertension…) et de pathologies plus lourdes : cancers et maladies cardiovasculaires. Les conséquences des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme), des facteurs environnementaux et de ceux liés aux conditions de travail se cumulent avec les effets biologiques liés au vieillissement.

les adultes d'âge actif se jugent plutôt en bonne santé même si la moitié d'entre eux déclare des problèmes dentaires et de vue

Selon l'enquête *SPS 2000* déjà citée, la note moyenne attribuée par les enquêtés d'âge actif pour l'estimation globale de leur état de santé est relativement élevée, puisqu'elle atteint, sur une échelle de 0 à 10, 8,22 pour les hommes et 7,95 pour les femmes (graphique 1.5).

Les affections les plus souvent déclarées par les personnes de cette classe d'âge étendue sont les problèmes dentaires et de vue, cités par plus de 50 % des hommes et des femmes. L'obésité est mentionnée par 24 % des hommes et 26 % des femmes (il s'agit de l'obésité déclarée par la personne, et non de celle calculée à partir

de l'indice de masse corporelle). Puis, viennent les affections du dos pour 22 % des femmes et 24 % des hommes, et les affections articulaires pour 10 % des hommes et 13 % des femmes.

Les varices sont très fréquentes chez les femmes. Entre 25 et 64 ans, 19 % des femmes en souffrent, contre 7 % des hommes. L'hypertension artérielle concerne, quant à elle, 10 % des hommes et des femmes. Des troubles dépressifs sont mentionnés par 10 % des femmes et 3 % des hommes. Seuls 65 % des hommes et 56 % des femmes déclarent ne ressentir aucune douleur ; une douleur très importante est en revanche mentionnée par 2 % des hommes et 4 % des femmes.

en médecine de ville, les hommes consultent d'abord pour des problèmes respiratoires, cardiovasculaires et mentaux, les femmes pour des actes de prévention, des problèmes psychiques et circulatoires

En ville[30], cinq groupes de motifs de recours aux soins prédominent pour l'ensemble des hommes et femmes de 25 à 64 ans (tableau 1.5). Ils interviennent dans des proportions voisines mais avec un ordre et des importances différents chez les hommes et les femmes : pour les hommes, sur 100 séances chez le médecin, les motifs respiratoires en représentent environ 19, de même que les motifs cardiovasculaires, les troubles mentaux se situant pour leur part en troisième position (17 motifs pour 100 séances), avant les maladies du système ostéo-articulaire (16 motifs pour 100 séances) et les symptômes, signes et états morbides mal définis (15 motifs pour 100 séances). Pour les femmes, ce sont les actes administratifs et préventifs qui arrivent au premier rang avec près de 21 motifs pour 100 séances, devant les troubles mentaux (près de 19), les symptômes et états morbides mal définis et les pathologies circulatoires (autour de 16), puis les pathologies respiratoires (un peu plus de 15).

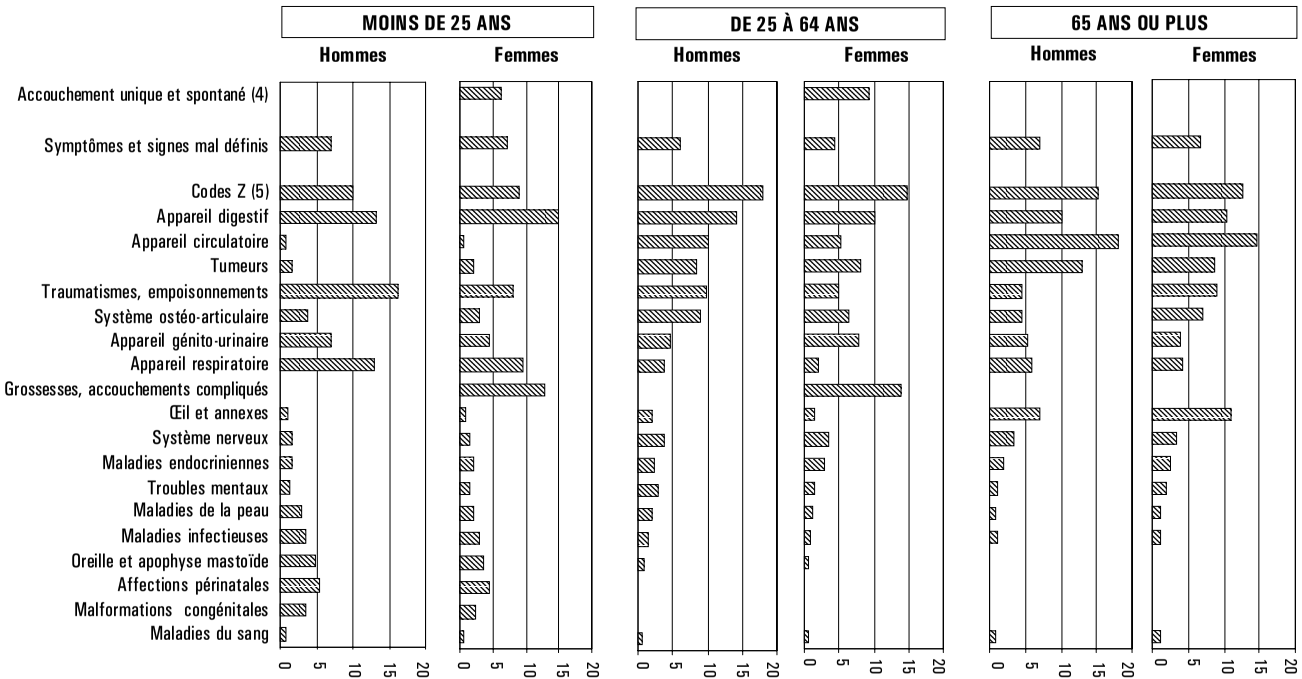
- *Les maladies de l'appareil digestif, les traumatismes et empoisonnements sont les principales causes d'hospitalisation avant 45 ans, les tumeurs et maladies cardiovasculaires deviennent plus fréquentes avec l'âge*

Les motifs d'hospitalisation[31] dans les services de soins somatiques sont également très diversifiés pour cette tranche d'âge (graphique 1.8). Une modification importante apparaît toutefois aux environs de 45 ans (graphique 1.7).

30. Source : IMS-Health, enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Credes, septembre 2001-août 2002.
31. Source : Base nationale PMSI 2001, exploitation Drees.

graphique 1.8

RÉPARTITION DES SÉJOURS [1] ANNUELS DANS LES SERVICES DE SOINS DE COURTE DURÉE [2] - MCO SELON LA PATHOLOGIE TRAITÉE [3], L'ÂGE ET LE SEXE DU PATIENT EN 2001 (%)



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, les deux sexes, tous âges réunis.

(1) Hospitalisations > = 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie ...).

(2) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

(3) Diagnostic principal, manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM de l'OMS, 10e révision.

(4) Code 080 de la CIM de l'OMS 10e révision.

(5) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux ...

Champ : Établissements publics et privés - Résidents en France métropolitaine

Source : Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Drees - Base nationale PMSI

Par ailleurs, avant 45 ans, la grossesse et l'accouchement sont au premier rang des hospitalisations féminines : entre 25 et 34 ans, le taux d'hospitalisation pour ce motif est le plus élevé de toutes les tranches d'âge (174,4 pour 1 000 femmes de 25 à 34 ans).

Avant 45 ans, hors grossesse et accouchement, les traumatismes et empoisonnements arrivent en troisième place des motifs d'hospitalisation après les motifs autres que maladie ou traumatisme (surveillance, bilans, examens de prévention) et les maladies de l'appareil digestif, alors que les taux d'hospitalisation pour tumeurs et maladies circulatoires sont peu élevés. Ces chiffres sont à rapprocher des données sur la mortalité. En effet, les morts violentes, accidents et suicides sont au premier rang des causes de décès pour les 25 à 44 ans : six décès sur dix pour les hommes de 25 à 34 ans, quatre sur dix pour les femmes du même âge et près d'un tiers pour les hommes de 35 à 44 ans.

À partir de 45 ans, même si les maladies de l'appareil digestif restent au deuxième rang derrière les motifs de recours aux soins autres que maladie ou traumatisme, tumeurs et maladies circulatoires augmentent pour motiver des taux d'hospitalisation qui se rapprochent de ceux causés par les maladies digestives. À cette période de la vie, les tumeurs deviennent en effet la première cause de mortalité chez les hommes et les femmes et les maladies circulatoires, la deuxième.

Les motifs d'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif sont peu spécifiques d'une classe d'âge. Leur part importante dans toutes les classes d'âge s'explique par le fait que ce chapitre de la Classification internationale des maladies (CIM) inclut les affections des dents et du parodonte, ainsi que l'appendicite.

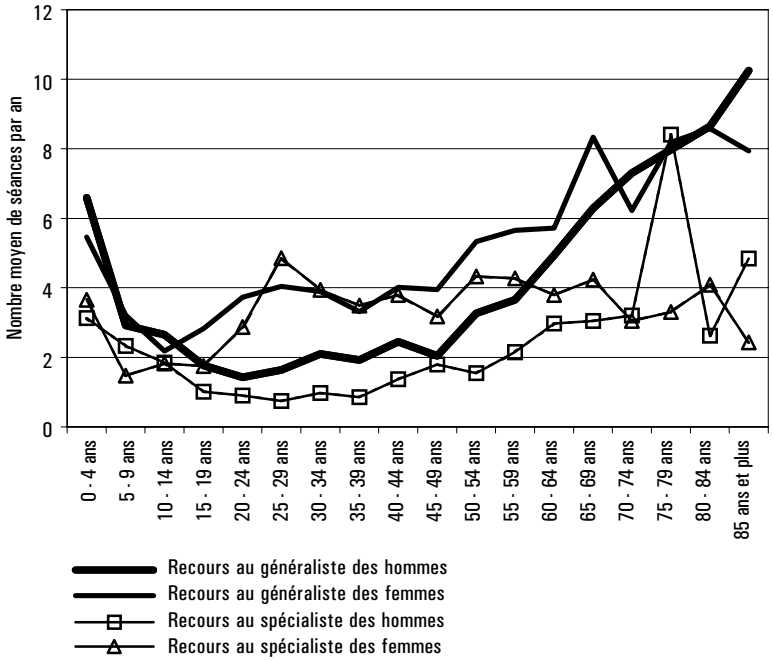
- *Entre 25 et 64 ans, la moitié des reconnaissances en affections de longue durée sont dues aux cancers et aux maladies cardiovasculaires*

Près de 400 000 personnes âgées de 25 à 64 ans ont été admises en « affections de longue durée » (ALD) par le régime général de l'assurance maladie en 2001, 55 % sont des hommes et 45 % des femmes (tableau 1.6).

Les causes d'admissions les plus fréquentes à cette période de la vie sont les cancers et les maladies cardiovasculaires et, dans une moindre mesure, le diabète et les maladies mentales (psychose, troubles de la

graphique 1.9

RECOURS AU GÉNÉRALISTE ET AU SPÉCIALISTE SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN 2001



Champ : France métropolitaine
Source : Credes, enquête SPS 2000

personnalité et arriération mentale). Ces quatre types de pathologies représentent plus de quatre nouvelles admissions sur cinq, et les deux premiers, une sur deux. Les affections cardiovasculaires prédominent chez les hommes et les tumeurs chez les femmes.

À ces âges, les deux tiers des entrées ALD pour maladies cardiovasculaires, et près de six sur dix pour le diabète concernent des hommes, alors que les nombres d'admissions pour tumeurs malignes et troubles mentaux sont légèrement plus élevés chez les femmes.

2.3 LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS OU PLUS : UNE DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ QUI JUSTIFIE UN RECOURS AUX SOINS DE PLUS EN PLUS FRÉQUENT

Le nombre d'affections déclarées s'accroît avec l'âge. Aussi, les personnes âgées ont-elles un taux de recours élevé tant aux soins de ville qu'à l'hôpital (graphique 1.9). La fréquence élevée des problèmes liés aux chutes et à l'ostéoporose ainsi que la démence sont spécifiques aux âges élevés.

plus de sept affections déclarées par les personnes âgées de 65 ans ou plus...

La note moyenne pour l'estimation globale de l'état de santé baisse régulièrement avec l'âge et n'est plus que de 6,9 pour les hommes et 6,7 pour les femmes chez les personnes de 65 ans ou plus (graphique 1.5).

Selon l'enquête *SPS 2000*[32], au-delà de 64 ans, les enquêtés déclarent en moyenne plus de sept affections y compris les problèmes dentaires et les troubles de la vue.

Parmi les affections les plus souvent déclarées, on trouve les troubles de la réfraction chez 84 % des plus de 64 ans. La cataracte, non incluse dans ce chiffre, est de plus signalée par 16 % des femmes et 13 % des hommes.

La gravité des problèmes dentaires déclarés reste en outre importante : selon les enquêtés, 38 % des personnes de 65 ans ou plus ont perdu toutes ou presque toutes leurs dents. Le port d'une prothèse dentaire amovible, type dentier, concerne 56 % des personnes de cette classe d'âge avec des disparités sociales importantes.

... notamment les affections cardiovasculaires, ostéo-articulaires et les troubles endocriniens ou du métabolisme

Si l'on exclut les problèmes dentaires et visuels, les personnes de 65 à 79 ans déclarent 4,9 maladies et à partir de 80 ans, 5,4. Au premier rang arrivent les affections cardiovasculaires (71 % des 65 ans ou plus) et notamment l'hypertension, qui est mentionnée par 44 % des sujets de cette tranche d'âge.

Les affections ostéo-articulaires (60 %) et les troubles endocriniens ou du métabolisme (59 %) sont également fréquemment cités. On peut noter que les troubles des lipides atteignent presque le quart des plus de 64 ans, et l'obésité[33] près de 15 %. Les troubles du sommeil sont signalés par 19 % des femmes et 11 % des

32. AUVRAY Laurence, DUMESNIL Sylvie et Le FUR Philippe : « Santé, soins et protection sociale en 2000 », série Résultats, n° 1 364, 2001, Credes.

33. Calculée pour un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m².

hommes. Les états dépressifs sont également plus fréquents chez les femmes qui sont 14 % à les déclarer contre 7 % des hommes. Le déficit auditif est relativement fréquent à cet âge, surtout chez les hommes. Il est mentionné par 24 % des hommes et 19 % des femmes. Cette différence de fréquence entre hommes et femmes a probablement pour partie une origine professionnelle.

Autre élément de qualité de vie, la capacité à se déplacer : 26 % des personnes de 65 ans ou plus déclarent avoir des difficultés à se déplacer et 8,6 % des difficultés à faire leur toilette. Ces limitations sont liées au milieu social des enquêtés : à âge et sexe comparables, elles sont plus fréquentes chez les personnes vivant dans un milieu d'ouvriers ou d'employés de commerce[34]. À ces âges, plus de six personnes sur dix déclarent des douleurs fréquentes. Celles-ci sont jugées « importantes » ou « très importantes » par une personne sur trois (respectivement 24 et 6 contre 11 et 2,6 dans la population générale tous âges confondus).

recours à l'hôpital et durée d'hospitalisation augmentent après 64 ans

Toutes pathologies confondues, le nombre de motifs de recours pour 100 séances de consultations des médecins de ville[35] augmente avec l'âge, atteignant 229 motifs pour 100 séances chez les femmes et 217 motifs pour 100 séances chez les hommes alors qu'il est de l'ordre de 155 entre 25 et 64 ans (tableau 1.5).

Les pathologies cardiovasculaires prédominent nettement, avec une proportion pour les deux sexes voisine de 64 motifs de recours pour 100 séances, et de 78 motifs pour 100 séances chez les 85 ans ou plus. Viennent ensuite les symptômes et états morbides mal définis (26 motifs pour 100 séances), les maladies endocriniennes et métaboliques (24 motifs pour 100 séances) et les maladies ostéo-articulaires (22 motifs pour 100 séances). À noter que la part des symptômes et états morbides mal définis est nettement plus élevée chez les personnes âgées de plus de 64 ans et s'accroît aussi au sein de cette tranche d'âge.

Le taux d'hospitalisation[36] augmente également très rapidement à partir de 65 ans (encadré 1.1). Ce taux, lé-

34. AUVRAY Laurence, DUMESNIL Sylvie et Le FUR Philippe : « Santé, soins et protection sociale en 2000 », série Résultats, n° 1 364, 2001, Credes.

35. Source : IMS - Health, Enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Credes, septembre 2001 – août 2002.

36. Source : Base nationale PMSI 2001, exploitation Drees.

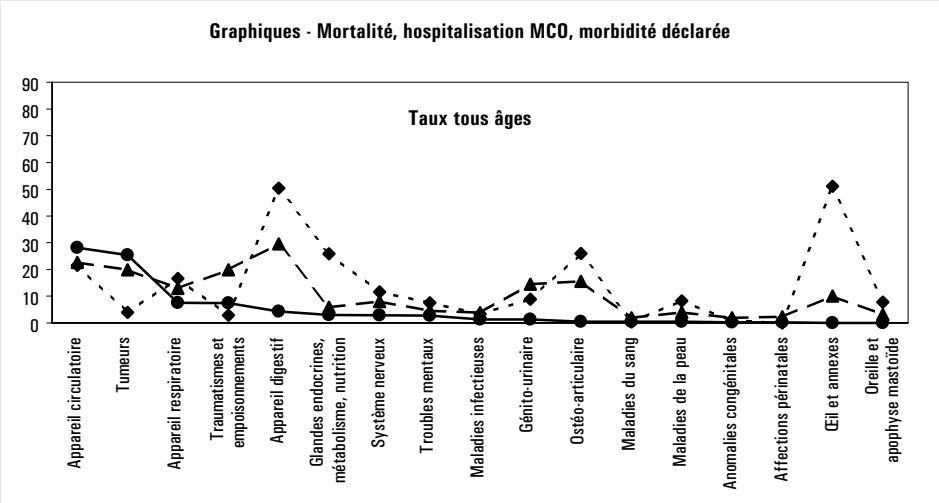
gèrement supérieur à 323 pour 1 000 pour les 55-64 ans, passe chez les 65-74 ans à 438 puis à près de 578 chez les 75-84 ans et à plus de 614 au-delà de 84 ans. En soins de courte durée, environ le tiers des séjours concerne des personnes de plus de 64 ans. Parallèlement, les durées d'hospitalisation s'allongent au fur et à mesure que l'âge des personnes hospitalisées s'accroît.

Les maladies de l'appareil circulatoire (graphique 1.8) sont, en 2001, à l'origine d'un peu plus d'un séjour hospitalier sur six pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, soit environ 782 000 séjours hospitaliers. Elles représentent la première cause de décès dans cette tranche d'âge (34,8 %), loin devant les tumeurs (24,8 %) et les pathologies respiratoires (9,5 %).

Les autres causes d'hospitalisation sont plus diversifiées selon le sexe. Pour les femmes, trois groupes de pathologies apparaissent dans des proportions voisines : les maladies de l'œil (11 %), la cataracte étant à elle seule responsable de près de 10 % des séjours hospitaliers des femmes âgées, les maladies de l'appareil digestif (un peu plus de 10 %), et les traumatismes (9 %) en raison, surtout, de la fréquence des fractures du col du fémur (58 200 pour les femmes de ce groupe d'âge sur un total de 81 700 en 2001, tous âges et tous sexes confondus). Pour les hommes, les affections les plus représentées après les maladies cardiovasculaires sont les tumeurs (13 %) et les maladies de l'appareil digestif (10 %). La part des motifs de recours aux soins autres que maladie ou traumatisme s'élève à 14 % pour l'ensemble de la tranche d'âge pour les deux sexes réunis, mais connaît une baisse sensible au fur et à mesure que l'âge augmente ; ils motivent près de 18 % des séjours pour les hommes de 65 à 74 ans et un peu moins de 8 % pour les femmes de plus de 84 ans.

En 2001, près de 430 000, soit la moitié des admissions en ALD, concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus (45 % des admissions masculines et 54 % pour les femmes). Dans cette tranche d'âge, les femmes sont plus nombreuses et représentent 53 % des nouvelles admissions (tableau 1.6). Conformément aux données d'hospitalisation et de mortalité, les pathologies graves incidentes les plus fréquentes à cet âge sont les affections cardiovasculaires et les tumeurs, qui représentent respectivement 41 et 26 % des entrées en ALD. Viennent ensuite le diabète (11,7 %) et les troubles mentaux (10,7 %).

FRÉQUENCES RELATIVES DES PROBLÈMES DE SANTÉ



Les graphiques ci-contre mettent en perspective les poids des différentes pathologies envisagées en termes de morbidité déclarée, d'hospitalisations en médecine ou chirurgie (soins de courte durée « MCO ») et de mortalité et ce, globalement puis par tranches d'âge.

Si à première vue, les ordres de grandeurs des taux peuvent apparaître équivalents, ceci est dû à des effets d'échelle : en effet la morbidité déclarée est exprimée en prévalences pour 100 personnes[1], les taux d'hospitalisation en séjour pour 1 000 personnes[2], alors que le taux brut de mortalité tous âges est ici rapporté à 10 000 personnes[3]. En outre, les taux de mortalité varient considérablement avec l'âge ; en conséquence, pour les besoins de la présentation graphique, les échelles des taux de mortalité varient avec les tranches d'âges considérées : les taux de mortalité par cause sont rapportés à 100 000 personnes dans le graphique des moins de 25 ans, 10 000 pour celui des 25-64 ans et 1 000 pour celui des 65 ans et plus.

Sur le graphique « tous âges », apparaissent les cinq causes de décès les plus fréquentes à savoir les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les maladies de l'appareil respiratoire, les traumatismes et empoisonnements et les maladies de l'appareil digestif. Cette hiérarchie est identique pour les plus âgés. Entre 25 et 64 ans, ce sont les décès par tumeurs qui sont les plus fréquents, avant les morts violentes et les maladies cardiovasculaires. Enfin, le graphique relatif aux moins de 25 ans montre la part majeure des traumatismes et empoisonnements dans la mortalité de cette tranche d'âge, avant les affections périnatales et les anomalies congénitales.

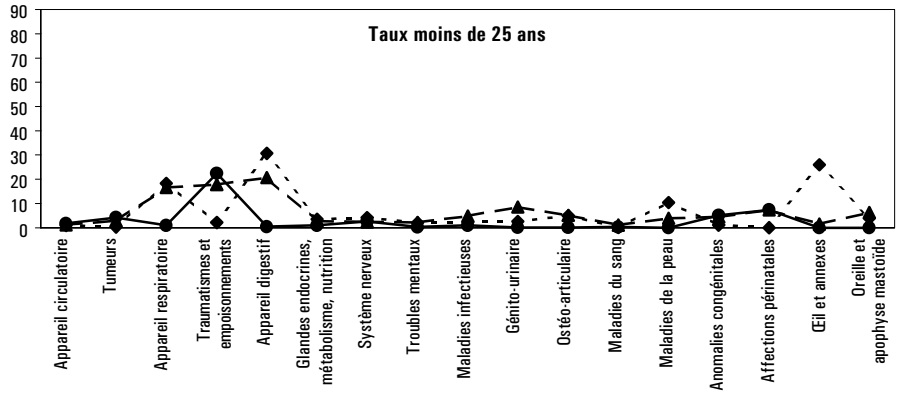
La physionomie de la morbidité déclarée est tout à fait différente. Les causes les plus fréquentes sont les affections ophtalmologiques, avec en premier lieu les troubles de la réfraction, les maladies de l'appareil digestif et particulièrement des dents, les maladies endocriniennes ou du métabolisme, incluant les troubles lipidiques, les maladies ostéo-articulaires, puis les maladies cardiovasculaires.

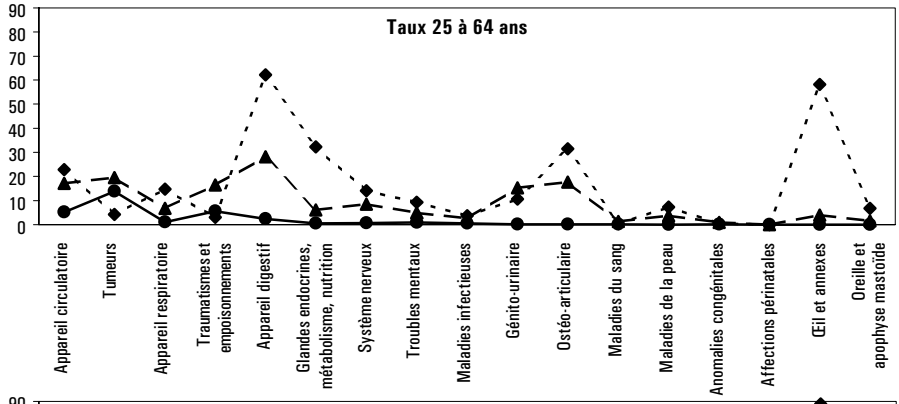
Ainsi, les maladies cardiovasculaires représentent une cause fréquente tant de décès que d'hospitalisations et de morbidité déclarée, de même que les tumeurs malignes dont la prévalence déclarée en population générale est cependant bien moindre. L'appareil digestif constitue la cause d'hospitalisation la plus fréquente.

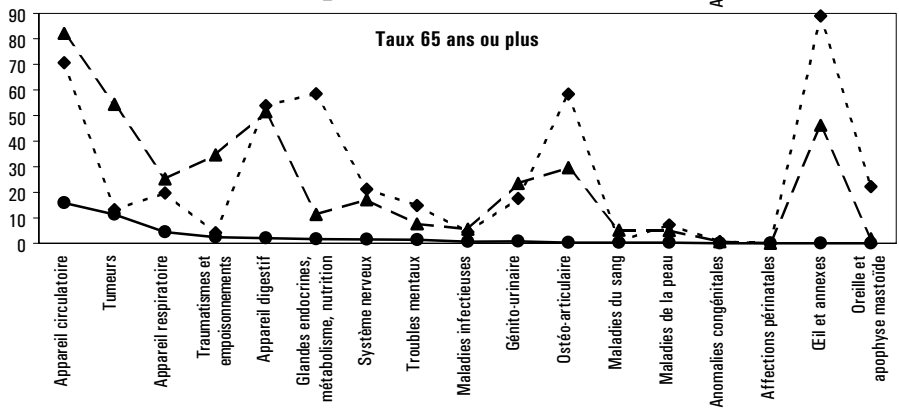
En revanche, les pathologies ophtalmologiques et ostéo-articulaires sont des pathologies fréquentes, mais peu souvent en cause dans la mortalité. Ce sont toutefois des facteurs majeurs de handicaps : dans l'enquête HID, *16 % des personnes interrogées à domicile présentaient des déficiences motrices, cette prévalence s'élevant à 45 % passés 64 ans. Cette enquête montre le poids élevé des déficiences mentales, les troubles mentaux constituant par ailleurs un motif fréquent de recours en soins de ville. Les déficiences sensorielles sont également des facteurs importants de handicap, notamment les déficiences auditives, qui affectent le tiers des plus de 65 ans, et les pathologies ophtalmologiques, qui constituent à ces âges une cause d'hospitalisation fréquente.*

---

1. Plusieurs pathologies pouvant être déclarées par une même personne.
2. Chaque séjour donne lieu à un seul diagnostic principal. Les séjours pour grossesse, accouchement, symptôme ou état morbide mal défini, et les motifs de recours autres que maladies ou traumatismes (prévention, motif administratif, surveillance, raison économique ou sociale...) ont été exclus.
3. Également une seule cause initiale par décès







Mortalité - Nombre de décès annuels pour 100 000 personnes

Hospitalisations MCO - Nombre de séjours annuels pour 1 000 personnes

Morbidité déclarée* - Prévalence pour 100 personnes

* Morbidité déclarée : la morbidité déclarée recouvre l'ensemble des affections, des troubles réels tels que les individus les ressentent, les interprètent et les déclarent.

Champ : France métropolitaine

Sources : Inserm - CépiDc, statistique des causes médicales de décès 1999 pour la mortalité, Drees, exploitation de la base nationale PMSI 2001 pour les hospitalisations MCO, Credes, enquête *SPS 2000* pour la morbidité déclarée

PATHOLOGIES LES PLUS FRÉQUENTES SELON L'ÂGE

	Mortalité 1999 % des décès		Hospitalisation « MCO » (1) % des séjours		Soins de ville (1) 2001-2002 % des motifs		Morbidité déclarée 2000 Prévalences		Déficiences HID 1999 Prévalences		ALD 2001 % des entrées en ALD	
Tous âges	**537 459**		**14 830 000**		**609 100 000** (10 500 000 âge inconnu)						**868 700**	
	Appareil circulatoire	30,7 %	Appareil digestif (dont dents)	11,8 %	Appareil circulatoire	14,3 %	Affections ophtalmologiques	51,1 %	Déficiences motrices	16,3 %	Affections cardiovasculaires	31,9 %
	Tumeurs	27,6 %	Appareil circulatoire	9,0 %	Appareil respiratoire	12,3 %	Appareil digestif	50,4 %	Déficiences intellectuelles ou mentales	15,7 %	Tumeurs malignes	24,9 %
	Appareil respiratoire	8,2 %	Tumeurs	7,9 %	Troubles mentaux	8,0 %	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	25,8 %	Déficiences auditives	8,7 %	Diabète	13,8 %
	Traumatismes et empoisonnements	8,1 %	Traumatismes et empoisonnements	7,9 %	Système ostéoarticulaire	8,0 %	Système ostéoarticulaire	25,9 %	Déficiences cardiovasculaires	6,4 %	Pychose, troubles de la personnalité, arriération mentale	13,6 %
	Appareil digestif	4,7 %	Système ostéoarticulaire	6,2 %	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	6,7 %	Appareil circulatoire	21,5 %	Déficiences visuelles	5,5 %	Affections neurologiques et neuro-musculaires	3,7 %
Moins de 25 ans	**9 813** (3 216 avant 1 an)		**2 767 000** (379 000 avant 1 an)		**120 500 000** (12 800 000 avant 1 an)						**48 600**	
	Traumatismes et empoisonnements	42,8 %	Appareil digestif (dont dents)	14,0 %	Appareil respiratoire	27,3 %	Appareil digestif	30,7 %	Déficiences intellectuelles ou mentales	10,8 %	Pychose, troubles de la personnalité, arriération mentale	36,3 %
	Affections d'origine périnatale	13,9 %	Traumatismes et empoisonnements	12,0 %	Maladies infectieuses	7,7 %	Affections ophtalmologiques	26,0 %	Déficiences respiratoires	4,3 %	Affections neurologiques et neuro-musculaires	11,2 %
	Anomalies congénitales	9,6 %	Appareil respiratoire	11,3 %	Maladies de la peau	6,1 %	Appareil respiratoire	18,3 %	Déficiences motrices	2,9 %	Insuffisance respiratoire chronique grave	9,1 %
	Tumeurs	7,7 %	Appareil génito-urinaire	5,7 %	Affections ophtalmologiques	5,7 %	Maladies de la peau	10,4 %	Déficiences visuelles	2,6 %	Tumeurs malignes	7,3 %
	Maladies du système nerveux	4,7 %	Affections d'origine périnatale	4,9 %	Maladies de l'oreille	4,7 %	Système ostéoarticulaire	4,9 %	Troubles du langage	2,2 %	Affections cardiovasculaires	7,2 %
25-64 ans	**100 657**		**7 240 000**		**291 200 000**						**390 400**	
	Tumeurs	41,8 %	Appareil digestif (dont dents)	11,9 %	Troubles mentaux	11,7 %	Appareil digestif	62,1 %	Déficiences intellectuelles ou mentales	16,2 %	Tumeurs malignes	25,7 %
	Traumatismes et empoisonnements	16,8 %	Tumeurs	8,3 %	Appareil circulatoire	10,9 %	Affections ophtalmologiques	58,1 %	Déficiences motrices	15,9 %	Affections cardiovasculaires	24,9 %
	Appareil circulatoire	15,7 %	Système ostéoarticulaire	7,5 %	Appareil respiratoire	10,8 %	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	32,2 %	Déficiences auditives	6,0 %	Diabète	17,1 %
	Appareil digestif	7,1 %	Appareil circulatoire	7,3 %	Système ostéoarticulaire	9,1 %	Système ostéoarticulaire	31,5 %	Déficiences cardiovasculaires	5,3 %	Pychose, troubles de la personnalité, arriération mentale	14,0 %
	Appareil respiratoire	3,1 %	Traumatismes et empoisonnements	7,0 %	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	6,7 %	Appareil circulatoire	22,8 %	Déficiences visuelles	6,0 %	Maladies chroniques actives du foie	3,9 %
65 ans ou plus	**426 989**		**4 824 000**		**186 900 000**						**429 700**	
	Appareil circulatoire	34,8 %	Appareil circulatoire	16,2 %	Appareil circulatoire	28,4 %	Affections ophtalmologiques	89,0 %	Déficiences motrices	44,9 %	Affections cardiovasculaires	41,0 %
	Tumeurs	24,8 %	Tumeurs	10,7 %	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	10,7 %	Appareil circulatoire	70,6 %	Déficiences auditives	32,4 %	Tumeurs malignes	26,1 %
	Appareil respiratoire	9,5 %	Appareil digestif (dont dents)	10,2 %	Système ostéoarticulaire	9,7 %	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	58,5 %	Déficiences intellectuelles ou mentales	24,2 %	Diabète	11,7 %
	Appareil digestif	4,3 %	Affections ophtalmologiques	9,1 %	Troubles mentaux	5,5 %	Système ostéoarticulaire	58,4 %	Déficiences cardiovasculaires	22,8 %	Pychose, troubles de la personnalité, arriération mentale	10,7 %
	Traumatismes et empoisonnements	4,2 %	Traumatismes et empoisonnements	6,8 %	Appareil respiratoire	5,2 %	Appareil digestif	53,9 %	Déficiences visuelles	15,2 %	Affections neurologiques et neuro-musculaires	2,9 %

3 DES DISPARITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET DE RECOURS AUX SOINS QUI PERDURENT

Malgré des résultats globaux satisfaisants, des disparités sociales significatives demeurent dans le système de santé français et ce tant en matière d'état de santé que de recours aux soins. Seuls certains aspects en sont rappelés ici, sachant qu'un important travail de l'Inserm[37] leur a été consacré, ainsi qu'un chapitre spécifique du dernier rapport du Haut comité de la santé publique[38].

3.1 DES DISPARITÉS ENTRE MILIEUX SOCIAUX EN MATIÈRE D'ESPÉRANCE DE VIE ET DE CAUSES DE DÉCÈS

Le dernier calcul d'espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle, sur la période 1982-1996, montre que l'écart demeure important entre les « cadres, professions libérales » et les « ouvriers », et qu'il est plus marqué encore chez les hommes (6,5 ans) que chez les femmes (3,5 ans)[39] [tableau 1.7]. Les disparités en termes de mortalité persistent aussi aux âges élevés : en France, dans la population masculine, les anciens ouvriers de 60 ans ou plus ont un risque de mortalité plus élevé de 58 % que les anciens cadres supérieurs, professions libérales et intellectuelles (période 1990-1994) [rapport des ratios standardisés de mortalité][40]. Outre la situation professionnelle (conditions de travail, revenus…), les déterminants sociaux de la santé sont fortement liés au contexte socio-économique dans lequel vivent les individus, incluant de nombreuses caractéristiques : le niveau d'étude, les conditions de logement, la structure familiale, les événements marquants… Ainsi, une étude récente montre que, pour la population féminine, l'environnement familial (statut matrimonial, nombre d'enfants, décès des parents durant l'enfance), le type de

37. LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (éditeurs) : « Les inégalités sociales de santé » Paris, La Découverte / Inserm, 2000.

38. HCSP : « La santé en France 2002 », Paris, La Documentation française, 2002.

39. MESRINE Annie : « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », *in Données sociales*, Paris, Insee, 1999.

40. CAMBOIS Emmanuelle : *« Occupational and Educational Mortality Differentials in the French Elderly People : Magnitude and Trends over last Decades »*, in Press Demographic Research.

tableau 1.7

ESPÉRANCE DE VIE À 35 ANS PAR CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE 1982 À 1996

en années

Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes
Cadres, professions libérales	44,5	49,5
dont : Cadres de la Fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	*46,0*	*51,0*
Agriculteurs exploitants	43,0	47,5
Professions intermédiaires	42,0	49,0
dont : Professions Intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	*41,0*	*50,0*
Professions intermédiaires de l'enseignement, la santé, la Fonction publique et assimilées	*42,5*	*48,5*
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	41,5	48,5
dont : Artisans	*41,5*	*48,5*
Commerçants et assimilés	*41,0*	*49,0*
Employés	40,0	47,5
Employés du commerce	40,5	48,0
Employés de la Fonction publique	40,5	47,0
Employés administratifs d'entreprise	40,0	48,0
Personnels des services directs aux particuliers	36,5	47,5
Ouvriers	38,0	46,0
Ouvriers qualifiés	38,5	46,5
Ouvriers agricoles	37,5	47,5
Ouvriers non qualifiés	37,0	45,5
Actifs (hommes) ou ayant déjà travaillé (femmes)	40,5	47,5
Inactifs hors retraités (hommes) ou n'ayant jamais travaillé (femmes)	34,0	46,0
ENSEMBLE	40,0	47,5

(*) L'espérance de vie est arrondie à la demi-année la plus proche.
Champ : France métropolitaine
Source : Insee, échantillon de mortalité de 1982

carrière (interrompue ou continue) et les caractéristiques du logement sont des critères déterminants pour expliquer les inégalités de mortalité[41] ; ces critères sont particulièrement utiles pour appréhender la situation des femmes dont le statut professionnel décrit moins clairement la situation sociale qu'il ne le fait pour les hommes. Plus généralement, ils permettent de mieux comprendre les relations entre statut social et santé.

Au cours du temps, lorsqu'on compare des groupes de population dont les caractéristiques sont stables de période en période, les inégalités sociales de mortalité se sont globalement maintenues. Les progrès médicaux, sanitaires et sociaux qui ont favorisé la baisse de la mortalité ont bénéficié à tous les groupes étudiés, mais ils

41. MEJER Lene, ROBERT-BOBEE Isabelle : « Mortalité des femmes et environnement familial : rôle protecteur de la vie de famille », *Insee première*, n° 892, avril 2003, Insee.

ne semblent pas avoir permis aux moins favorisés de rattraper leur retard en la matière et d'atténuer les inégalités[42]. Aux âges élevés aussi, cet écart est resté constant entre les années 70 et les années 90[43]. Cependant, lorsqu'on compare des groupes de population particuliers dont la structure a évolué au cours du temps (notamment les catégories sociales extrêmes), on constate des évolutions différenciées de la mortalité ; au sein de la catégorie des ouvriers, les moins qualifiés ont connu une évolution de leur risque de mortalité moins favorable que la moyenne. Ainsi, bien que les écarts demeurent constants entre anciens cadres et anciens ouvriers, le différentiel de mortalité entre anciens cadres supérieurs et anciens ouvriers non qualifiés s'est accru : ces derniers avaient un risque de mortalité plus élevé de 74 % que celui des anciens cadres supérieurs sur la période 1969-1973, de 83 % sur la période 1990-1994. Cette tendance s'explique en partie par l'évolution de la structure sociale de la population âgée et en particulier du groupe des ouvriers. Par exemple, le niveau d'études des ouvriers sans qualification a moins progressé durant la période que le niveau de formation moyen. Par ailleurs, cette catégorie constitue une part décroissante de la population[44] ; incluant dans la période récente les individus les plus défavorisés de la population (en termes de qualifications, de revenus, de conditions de travail, de risque de chômage…). Les ouvriers plus formés des générations d'aujourd'hui ont accès à des emplois qualifiés et font partie d'autres catégories. L'écart accru entre cadres supérieurs et ouvriers non qualifiés reflète ce changement structurel. Ainsi, pour interpréter les évolutions constatées et adapter les interventions, l'étude des inégalités sociales de santé doit s'accompagner d'une étude des caractéristiques des différents groupes considérés et de leurs probables évolutions au cours du temps (place d'un groupe au sein de la population, niveau moyen d'étude, environnement familial, type d'activité, risque de chômage…) ; des situations sociales particulières et les besoins de santé associés peuvent alors faire l'objet d'études spécifiques, comme c'est le cas dans le domaine de la précarité et de la santé (voir paragraphe I.3.3).

---

42. CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie : « Inégalités sociales d'espérance de vie sans incapacité en France : Résultats et points de méthodologie », *Médecine/Sciences*, 16(4), 2000.

43. CAMBOIS Emmanuelle : *« Occupational and Educational Mortality Differentials in the French Elderly People: Magnitude and Trends over last Decades »*. *In* Press Demographic Research.

44. Ibidem.

En matière de mortalité, les différences s'expriment aussi à travers les causes de décès. Si on n'identifie pas de causes propres aux groupes sociaux, la structure de la mortalité par causes fait apparaître des différences. Sur la période 1975-1980, l'Insee estimait qu'aux âges adultes, les accidents, les suicides et les cirrhoses constituaient une proportion des causes de décès plus importante chez les ouvriers, puis chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise que chez les cadres. Chez ces derniers, ce sont les tumeurs malignes et les maladies cardiovasculaires qui étaient relativement plus importantes. Une estimation des quotients de mortalité par maladies cardiaques montrait qu'ils différaient peu à cette époque entre catégories, ils étaient même plus importants pour les cadres que pour les ouvriers dans la population féminine[45]. L'évolution de la mortalité par maladie cardiovasculaire au cours des décennies est souvent avancée pour expliquer la persistance des inégalités sociales de mortalité depuis les années 1980 ; les taux de mortalité liés à certaines de ces pathologies diminueraient surtout dans les catégories socioprofessionnelles les plus élevées, sous l'effet d'une diminution différentielle de leur incidence et des inégalités dans le taux de létalité qui leur est associé[46]. L'Inserm indique aussi une influence croissante du diabète et des maladies respiratoires comme facteurs de la surmortalité des ouvriers et des employés par rapport aux cadres supérieurs (méthode basée sur l'information des certificats de décès)[47].

3.2 DES DIFFÉRENCES FACE À LA MALADIE ET SES CONSÉQUENCES

Comme le résume l'ouvrage de l'Inserm, de nombreuses études ont montré des inégalités sociales dans toutes les dimensions de la santé[48] : mortalité (voir ci-dessus), morbidité et handicap.

---

45. DESPLANQUES Guy : « La mortalité des adultes : résultats de deux études longitudinales (période 1955-1980) », Les Collections de l'INSEE, D102, 1985, Insee.

- DESPLANQUES Guy : « L'inégalité sociale devant la mort » in La société française : données sociales 1993, Paris, Insee, 1993.

46. LANG Thierry, RIBET Céline : « Les maladies cardiovasculaires », *in* LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (éditeurs) : « Les inégalités sociales de santé », Paris, La Découverte/Inserm, 2000.

47. JOUGLA Eric, RICAN Stéphane, PEQUIGNOT Françoise, LE TOULLEC Alain : « La mortalité », *in* LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (éd) : « Les inégalités sociales de santé », Paris, La Découverte/Inserm, 2000.

48. LECLERC Annette, FASSIN Didier, GRANDJEAN Hélène, KAMINSKI Monique, LANG Thierry (éditeurs) : « Les inégalités sociales de santé », Paris, La Découverte/Inserm, 2000.

Pour ce qui concerne la morbidité, de nombreuses disparités liées au milieu social sont reconnues. C'est le cas en particulier chez l'enfant, en période périnatale (hypotrophie et prématurité), et plus tard (surcharge pondérale et obésité, accidents), Certaines pathologies comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires sont plus fréquentes dans les couches les moins aisées de la population. Pour les cancers, des différences sont également notées mais dépendent des localisations de la tumeur : cancers de l'œsophage, des voies aérodigestives supérieures, du col de l'utérus plus nombreux dans les milieux les moins favorisés, mais, *a contrario*, cancer du sein et du colon moins fréquents. Les durées de survie des patients cancéreux sont globalement plus courtes quand le milieu social est plus modeste. L'explication de ces écarts fait l'objet d'hypothèses qui ne sont pas toutes validées mais les facteurs de causalité sont sans doute multiples. Dans le domaine de la santé mentale, le rôle du milieu socio-économique est depuis longtemps établi de même que pour la santé bucco-dentaire des enfants comme des adultes.

Le lien entre le milieu social et les conséquences des maladies et accidents que sont les incapacités et les handicaps sont aussi clairement établis.

Des calculs réalisés à partir de l'enquête décennale de santé de 1991 ont ainsi montré que les écarts d'espérance de vie entre milieux sociaux sont accrus si l'on décompte les années de vie passées en incapacité : le groupe le moins favorisé, celui des ouvriers, a non seulement une durée moyenne de vie inférieure, mais passe en outre un plus grand nombre d'années de vie en incapacité (1,3 an à 35 ans et 1,2 an à 60 ans en moyenne) [tableaux 1.8 et 1.9]. Ces constatations, qui pourront être réactualisées à partir de l'Enquête décennale de santé 2003, sont développées dans le chapitre II.5.1 consacré au handicap et intitulé « Des inégalités selon les catégories socioprofessionnelles ».

tableau 1.8

ESPÉRANCE DE VIE POUR LES HOMMES PAR GROUPE SOCIOPROFESSIONNEL EN 1991

en années

Espérance de vie	Groupe des cadres	Groupe intermédiaire	Groupe des ouvriers	Population masculine
35 ans	43,5	41,8	38,1	40,2
60 ans	21,1	20,4	18,0	19,2

Champ : France entière
Source : Insee, échantillon de mortalité de 1975

tableau 1.9

ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ POUR LES HOMMES PAR GROUPE SOCIOPROFESSIONNEL EN 1991

en années

Espérance de vie sans incapacité	Groupe des cadres	Groupe intermédiaire	Groupe des ouvriers	Population masculine
35 ans	38,2	35,1	31,4	33,9
60 ans	17,0	14,9	12,8	14,3

Champ : France entière
Sources : Insee, échantillon de mortalité de 1975 et enquête décennale de santé 1991-1992

Les deux paragraphes suivants s'intéressent plus particulièrement à l'état de santé de populations défavorisées : leurs situations sociales accentuent en effet, lorsqu'elles sont marquées par la précarité, ces désavantages face à la santé.

3.3 DES PROBLÈMES DE SANTÉ PLUS MARQUÉS POUR LES PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE

Depuis le milieu des années 1990, les pouvoirs publics se préoccupent des conditions de vie et de l'état de santé des groupes de population en situation précaire (problèmes importants d'emploi, de logement, ruptures sociales…). De nombreuses études sont menées pour mieux identifier, parmi ces groupes de population, les problèmes de santé qui les caractérisent et les besoins que les systèmes de soins courants ne parviennent pas à satisfaire. Comme pour les différences dans les causes de décès, on ne repère généralement pas de problèmes de santé spécifiques à ces groupes de population mais plutôt une fréquence plus importante de certains problèmes et un recours différent aux soins. Par exemple, parmi les bénéficiaires de prestations ou de couvertures sociales, comme le RMI ou la CMU, les usagers de centres de soins gratuits et des centres d'hébergement, ou plus généralement les plus démunis, on note une plus forte prévalence de la mauvaise santé ressentie et de problèmes psychiques et respiratoires que dans la population moyenne, un recours plus fréquent aux hospitalisations et moins fréquent aux spécialistes, des problèmes dentaires en plus grand nombre (caries, dents cassées), autant de problèmes de vue mais moins bien

corrigés (voir aussi paragraphes I.3.4 et I.3.5)[49]. On repère aussi plus souvent des problèmes locomoteurs et des incapacités ; conséquences de maladies ou d'accidents, ils illustrent aussi probablement les difficultés de récupération et de gestion des problèmes de santé auxquels sont soumises les personnes démunies. Par exemple, les modes de recours aux soins particuliers qui caractérisent ces groupes, souvent liés au manque de ressources, peuvent se révéler inadaptés à leur état de santé ou encore peu favorables aux démarches préventives ou de dépistage et à l'accompagnement des problèmes installés : consultations tardives, services d'urgence, recours exclusif à des soins généralistes…

Bien qu'ayant de nombreuses similarités (peu de ressources, faible niveau de formation, souvent au chômage, milieux d'origine défavorisés…), les différents groupes de population qui font l'objet de ces études se révèlent toutefois différents par leurs problèmes de santé et par leurs besoins : parmi les plus démunis, les bénéficiaires de la CMU concentrent une proportion de familles monoparentales plus importante que la moyenne (voir paragraphe I.3.5), alors que les usagers des centres de soins gratuits ont d'autres profils et d'autres besoins relatifs à leur état de santé et à leur situation sociale (absence de logement, dépendance à des substances psycho-actives, absence de papiers en règle…). Une analyse des filières de soins auxquelles recourent les personnes en fonction de leurs caractéristiques spécifiques est nécessaire pour mettre en lumière ces différences et adapter l'accueil et les services qui leur sont proposés[50].

---

49. FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, LECOMTE Thérèse, MIZRAHI Andrée, MIZRAHI Arié : « Vie et santé des personnes sans domicile à Paris », CREDES Biblio, 1222, 1998, Credes.

- FIRDION Jean-Marie, MARPSAT Maryse, AMOSSE Thomas, DOUSSIN Anne, ROCHEREAU Thierry : « Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire : enquête INED, Paris et petite couronne, 1998 », CREDES Biblio, 1355, 2001, CREDES.

- de la ROCHERE Bernadette : « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *INSEE première*, n° 893, avril 2003, Insee.

- RAYNAUD Denis : « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins», *Études et Résultats*, n° 229, mars 2003, Drees.

- KOVESS V., GYSENS S., POINSARD P.-F., CHANOIT P.-F., LABARTE S. : *« Mental Health and Use of Care in People Receiving a French Social Benefit »*, Soc Psychiatry Epidemiol, 34, 1999.

- GUIGNON Nathalie, BADEYAN Gérard : « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans scolaires », *Études et Résultats*, n° 155, janvier 2002, Drees/Desco.

50. PARIZOT Isabelle, CHAUVIN Pierre, FIRDION Jean-Marie, PAUGAM Serge : « Santé, inégalités et ruptures sociales: Résultats de la pré-enquête conduite dans cinq zones urbaines sensibles de l'Ile-de-France », Synthèse des premiers résultats pour l'Observatoire National de la Pauvreté et l'Exclusion Sociale, mars 2002 Ined/Inserm.

- CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, LEBAS Jacques : « État de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits : le projet PRECAR » in JOUBERT M., CHAUVIN P., FACY F., RINGA V. : « Précarisation, risque et santé », Paris, Inserm, 2001, (Questions en santé publique).

- COLLET Marc, MENAHEM Georges, PARIS Valérie, PICARD Hervé : « Précarité, risque et santé: enquête menée auprès des consultants de centres de soins gratuits », *Questions d'économie de la santé*, n° 63, février 2003, Credes.

3.4 DES DIFFÉRENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE RECOURS AUX SOINS PERCEPTIBLES DÈS L'ENFANCE POUR LES ENFANTS SCOLARISÉS EN ZEP

L'enquête en milieu scolaire[51] a permis d'aborder certains aspects de la santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans). En l'absence de données sur la catégorie socioprofessionnelle des parents, le niveau socioéconomique de la famille a été apprécié de façon indirecte à travers l'appartenance ou non de leur école à une zone d'éducation prioritaire (ZEP).

des problèmes de surcharge pondérale plus marqués pour les enfants scolarisés en ZEP

La proportion d'enfants en surcharge pondérale apparaît nettement plus importante en ZEP. Elle atteint ainsi 17,2 % contre 13,3 % dans les autres zones, ceci étant vrai pour la surcharge pondérale sévère comme pour le surpoids modéré (tableau 1.10).

Cette différence ne provient pas seulement de l'implantation plus fréquente des ZEP dans les zones urbanisées où le surpoids et l'obésité sont plus fréquents : elle subsiste en effet lorsque l'on réalise la comparaison entre les ZEP et les autres zones par tranche d'unité urbaine ou lorsque l'on effectue une analyse « toutes choses égales par ailleurs ». La situation apparaît, à cet égard, particulièrement défavorable pour les ZEP situées dans l'agglomération parisienne.

tableau 1.10

INDICATEURS DE SANTÉ ÉVALUÉS DANS ET HORS ZEP

en %

	ZEP	Hors ZEP
DENTITION		
Aucune dent cariée n'est soignée	66,0	50,0
Quelques dents cariées sont soignées	17,0	20,0
Toutes les dents cariées sont soignées	17,0	30,0
	100,0	100,0
TROUBLES DE LA VISION		
Anomalies connues avant l'examen	11,5	13,5
Troubles découverts à l'issue de l'examen	7,5	5,5
SURCHARGE PONDÉRALE		
Modérée	11,7	9,8
Sévère (obésité)	5,5	3,5
TOTAL	**17,2**	**13,3**

Champ : Enfants de 5-6 ans scolarisés en grande section de maternelle
Source : Enquête sur la santé des enfants au bilan de six ans, Drees / Desco

51. GUIGNON Nathalie , BADEYAN Gérard : « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans scolaire », *Études et Résultats*, n° 155, janvier 2002, Drees/Desco.

Compte tenu des caractéristiques socioéconomiques des ZEP, cette différence attire l'attention sur les inégalités qui peuvent exister selon le milieu social dans le domaine des comportements de nutrition et de santé et sur la façon dont elles peuvent se traduire chez les enfants.

des troubles du langage également plus sensibles

En raison de leur importance en termes de réussite scolaire et d'insertion sociale, les troubles du langage font l'objet d'un plan d'action mis en place par les ministres de l'Éducation nationale et de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. L'évaluation de différentes composantes du langage montre que les troubles et retards de langage sont plus marqués en ZEP, où seulement 81 % des enfants manipulent normalement les sons de la langue contre 88 % hors ZEP. De même, 87 % satisfont au test de vocabulaire par désignation d'images en ZEP, contre 94 % hors ZEP et, enfin, 78 % ont une élocution normale contre 83 % hors ZEP.

un déficit de dépistage et de prise en charge des problèmes dentaires et de vision

Le dépistage réalisé par les médecins et les infirmiers(ères) de l'Éducation nationale dans le cadre du bilan de 6 ans révèle un retard certain dans la prévention et le soin des caries pour les enfants scolarisés en ZEP. En effet, ceux-ci présentent près de deux fois plus de dents cariées que dans les autres zones. De surcroît, ces dents cariées restent le plus souvent sans soins.

Ces résultats ne peuvent être directement comparés en niveau à ceux issus des enquêtes conduites en milieu scolaire par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)[52], cependant les éventuels biais de mesure n'étant pas différents selon que l'école est ou non classée en ZEP, la comparaison entre les deux types de zones reste valide. Ces données contribuent ainsi à illustrer la persistance d'écarts sociaux dans la santé bucco-dentaire des enfants, écarts mis en évidence par les enquêtes de l'UFSBD en 1987, 1990 et 1993 et 1998.

Concernant les troubles de la vision, l'enquête montre un certain déficit de dépistage et de prise en charge pour les enfants scolarisés en ZEP. En effet, la fréquence globale des anomalies constatées lors de l'examen est équivalente dans les deux types de zone, mais le pourcentage d'anomalies connues avant l'examen était inférieur en ZEP, 11,5 % contre 13,5 % hors ZEP, de même, la part des enfants portant des lunettes était également inférieure de 2 points en ZEP.

52. « La santé bucco-dentaire en France 1998 », UFSBD.

3.5 LES DÉTERMINANTS DE LA CONSOMMATION DE SOINS : À ÉTAT DE SANTÉ IDENTIQUE, SURTOUT LE MILIEU SOCIAL ET LE NIVEAU D'ÉDUCATION

Les dépenses de santé sont croissantes avec l'âge et les dépenses ambulatoires des femmes supérieures à celles des hommes, de manière prononcée entre 16 et 39 ans (+ 44 %), et de façon toujours significative entre 40 et 64 ans (+27 %).

La Drees a étudié « toutes choses égales par ailleurs » et donc, en particulier, pour des indices de risque vital et d'invalidité comparables[53], l'influence de variables sociodémographiques et économiques sur la consommation de soins médicaux à partir de l'Échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) et de l'enquête *Santé et Protection sociale (SPS)* [années 1992, 1995 et 1997][54].

des dépenses hospitalières plus importantes chez les ouvriers

Le milieu social semble exercer une influence significative sur les comportements de consommation de soins. À structure d'âge et de sexe identiques, les dépenses totales de santé sont plus élevées que la moyenne de 10 % chez les ouvriers alors qu'elles sont inférieures de 13 % à la moyenne chez les cadres. Ce surcroît de dépenses en milieu ouvrier est exclusivement dû aux dépenses hospitalières. Les personnes appartenant à un ménage dont la personne de référence est ouvrier ont, « toutes choses égales par ailleurs », des dépenses hospitalières deux fois plus élevées que celles des individus appartenant à un ménage dont la personne de référence est cadre ou profession intellectuelle supérieure. Ainsi, à structures d'âge et de sexe identiques, les dépenses hospitalières représentent 53 % des dépenses de santé chez les ouvriers, mais seulement 33 % chez les cadres. Les professions intermédiaires et les employés ont, quant à eux, des dépenses hospitalières se situant dans la moyenne et représentant 45 % de leurs dépenses de santé. En revanche, les dépenses ambulatoires sont, « toutes choses égales par ailleurs », plus élevées chez les cadres que dans les autres milieux sociaux, l'écart étant d'environ 10 %. Au sein des dépenses ambulatoires, ce sont les dépenses optiques (+18 %), de spécialistes (+13 %),

53. Indicateurs établis par les médecins du Credes à partir de déclaration des enquêtés lors de l'enquête *SPS*.

54. RAYNAUD Denis : « Les déterminants individuels des dépenses de santé » in « Les dépenses de santé », *Dossiers Solidarité et santé*, n° 1, janvier-mars 2002, Drees. Il s'agit des dépenses remboursables par l'assurance maladie et effectivement présentées au remboursement.

de biologie (+12 %) pour lesquelles l'écart de dépense entre les cadres et les autres milieux sociaux est significatif. En outre, les cadres ont une propension à consulter un dentiste supérieure à la moyenne, ce qui reflète vraisemblablement un suivi plus régulier de leur part. Au contraire, leurs dépenses en auxiliaires médicaux (essentiellement kinésithérapie et soins infirmiers) sont inférieures de 20 % à celles des autres milieux sociaux.

soins dentaires et optiques augmentent avec le niveau de revenu

Un faible niveau d'éducation apparaît également comme un frein à l'accès aux soins de spécialistes, dentaires et optiques. Les propensions à consommer ces trois types de soins sont en effet significativement plus faibles pour les individus qui ont au mieux un niveau scolaire correspondant à l'école primaire.

La position sur le marché du travail a par ailleurs une influence en tant que telle sur la consommation de soins. En effet, les actifs au chômage ont, « toutes choses égales par ailleurs », des dépenses ambulatoires supérieures de 19 % à celles des actifs occupant un emploi et des inactifs. Au contraire, les inactifs ont des dépenses hospitalières supérieures de 38 % à celles des actifs (occupant un emploi ou au chômage).

Enfin, la structure démographique du ménage joue aussi un rôle dans la consommation de soins, les personnes appartenant à des familles nombreuses ont des dépenses ambulatoires inférieures à la moyenne, alors que les personnes vivant ou ayant déjà vécu en couple ont une propension à consommer supérieure à celle des célibataires.

3.6 L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS : LA MISE EN PLACE DE LA CMU

Avant la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU), l'aide médicale permettait aux personnes les plus démunies l'accès à une couverture maladie. Elle était gérée par les conseils généraux qui en définissaient les conditions d'accès. Un certain nombre de difficultés d'accès étaient apparues pour les populations les plus fragiles avec, en outre, une grande diversité départementale des barèmes de revenus[55].

La loi créant la CMU permet depuis le 1er janvier 2000 d'affilier automatiquement au régime général d'assurance maladie sur critère de résidence toute personne résidant en France de façon stable et régulière qui n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (CMU de base). Elle permet aussi de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute per-

sonne résidant en France de manière stable et régulière (CMU complémentaire), sous condition de ressources, prenant en charge sans avance de frais le ticket modérateur, le forfait journalier et les frais supplémentaires concernant les prothèses (dentaires, optique…).

Entre le 1er janvier 2000 (date de mise en place de la CMU et du transfert de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide médicale au 31 décembre 1999) et le 31 décembre 2002, le nombre de bénéficiaires de la CMU de base (affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence) a augmenté de 412 000 pour atteindre 1,4 million. Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire est passé de 3,8 à 4,5 millions[56], avec une évolution discontinue des effectifs. Cette évolution a débuté par une forte progression au cours des dix-huit premiers mois de mise en œuvre, les effectifs atteignant 5,3 millions de bénéficiaires au 30 juin 2001 pour la France entière. L'examen des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale, intervenu entre le 30 juin 2001 et le 30 septembre 2001, a entraîné une diminution sensible des effectifs (- 600 000). À la stabilité des effectifs qui s'est établie entre le 30 septembre 2001 et le 30 juin 2002 autour de 4,6 à 4,7 millions de personnes en raison d'un quasi-équilibre entre les flux d'entrants et de sortants, a succédé une nouvelle diminution du nombre de bénéficiaires (-200 000) entre le 30 juin et le 31 décembre 2002.

L'enquête auprès de ménage bénéficiaires de la CMU complémentaire[57] menée par la Drees entre novembre 2000 et février 2001 a permis d'estimer que plus d'un ménage sur deux a déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières avant de bénéficier de la CMU. Parmi ceux-ci, 65 % ont déclaré avoir commencé au moins un traitement depuis leur admission dans le dispositif et 24 % ont déclaré avoir l'intention de la faire.

L'impact de la CMU sur les dépenses de santé a enfin pu être étudié à partir de l'appariement de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) issu des trois principaux régimes (Cnamts, Canam, Msa) et de l'enquête *Santé et protection sociale (SPS)* du Credes pour l'année 2000[58]. L'étude conclut à une incidence

55. RUAULT Marie : « L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998 », *Études et Résultats*, n° 61, avril 2000, Drees.

56. BOISGUERIN Bénédicte : « La CMU au 31 décembre 2002 », *Études et Résultats*, n° 239, mai 2003, Drees.

57. BOISGUÉRIN Bénédicte : « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002 », *Études et Résultats*, n° 239, mai 2003, Drees.

58. RAYNAUD Denis : « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Études et Résultats* n° 182, juillet 2002, Drees.

significative du fait de bénéficier de la CMU sur les dépenses individuelles de santé. « Toutes choses égales par ailleurs » et comparée à une situation de référence sans aucune assurance complémentaire, la CMU accroît la probabilité de recourir dans l'année à l'ensemble des soins (y compris aux soins dentaires et optiques) et augmente la dépense totale de soins d'environ 20 %. À état de santé égal, la dépense totale de soins des bénéficiaires de la CMU n'est toutefois pas significativement différente de celle des personnes qui déclarent être couvertes par une assurance complémentaire autre que la CMU. Leur consommation de soins se caractérise cependant par une dépense pharmaceutique plus élevée que celle des autres assurés complémentaires (+32 % contre +16 % par rapport à une situation de référence sans assurance complémentaire). En conséquence, « toutes choses étant égales par ailleurs », les bénéficiaires de la CMU déclarent un renoncement aux soins pour raison financière au cours des douze derniers mois plus faible d'un tiers que les personnes sans assurance complémentaire et comparable au renoncement estimé des bénéficiaires d'autres assurances complémentaires.

liste des tableaux, graphiques et carte

TABLEAUX

CHAPITRE 1

Tableau 1.1 Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 1980 à 2002 11
Tableau 1.2 Variations de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991 14
Tableau 1.3 Variations de l'espérance de vie à 65 ans et de l'espérance de vie sans incapacité entre 1981 et 1991 14
Tableau 1.4 Principales causes de décès en 1999 – Mortalité prématurée et mortalité totale 15
Tableau 1.5 Motifs de recours et/ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe 28
Tableau 1.6 Affections de longue durée (ALD) en 2001 – Répartition des nouveaux cas selon la cause 31
Tableau 1.7 Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle de 1982 à 1996 44
Tableau 1.8 Espérance de vie pour les hommes par groupe socioprofessionnel en 1991 47
Tableau 1.9 Espérance de vie sans incapacité pour les hommes par groupe socioprofessionnel en 1991 48
Tableau 1.10 Indicateurs de santé évalués dans et hors Zep 50

CHAPITRE 2

Tableau 2.1 Couverture vaccinale des enfants à l'âge de 2 ans 62
Tableau 2.2 Couverture vaccinale des 3-4 ans : rougeole - oreillons - rubéole et BCG 64
Tableau 2.3 Prévalence de l'asthme à 6 ans en fonction de la taille de l'agglomération 69
Tableau 2.4 Accidents du travail : incapacité permanente ou décès selon la branche professionnelle 75
Tableau 2.5 Accidents du travail : incapacité permanente selon l'âge – Tous groupements d'activité du régime général 76
Tableau 2.6 Caractéristiques démographiques des patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000 91
Tableau 2.7 Répartition des lieux de survenue des accidents de la vie courante 113
Tableau 2.8 Évolution des naissances vivantes, de la fécondité et de l'âge moyen des mères 125
Tableau 2.9 Principales causes de décès par tumeur en 1999 – Mortalité prématurée et mortalité totale 141
Tableau 2.10 Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 : tous cancers 141
Tableau 2.11 Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 : hommes 142
Tableau 2.12 Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 : femmes 142
Tableau 2.13 Incidence estimée des cancers dans l'Union européenne en 2000 selon le sexe 143
Tableau 2.14 Taux de suicide par tranche d'âge pour 100 000 habitants en 1999 (taux bruts) 155
Tableau 2.15 Évolution de la prise en charge des diabétiques non insulino traités 166
Tableau 2.16 Diverses approches du handicap dans l'ensemble de la population 167
Tableau 2.17 Origine socio-professionnelle des personnes âgées en institution et à domicile 181
Tableau 2.18 Aides techniques : usages et besoins 186
Tableau 2.19 Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées 192
Tableau 2.20 Nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale (AES), tous régimes, de 1990 à 2002 194
Tableau 2.21 Les différents modes de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap autour de l'année 2000 196
Tableau 2.22 Modes de scolarisation des enfants et adolescents en établissements et services médico-sociaux au 1er janvier 2002 197

Tableau 2.23 Orientations en établissements et services médico-éducatifs en 1999-2000 198
Tableau 2.24 Demandes ayant reçu une décision favorable de la Cotorep 201
Tableau 2.25 Bénéficiaires adultes des prestations d'invalidité 203
Tableau 2.26 Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes handicapées 204
Tableau 2.27 Bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement des personnes handicapées par type d'établissement 205
Tableau 2.28 Les travailleurs handicapés à la fin de 1999 206
Tableau 2.29 Décisions d'orientation par les Cotorep 207
Tableau 2.30 Décisions d'orientation en établissement médico-social 208
Tableau 2.31 Structure des effectifs par déficience et type d'établissement au 1er janvier 2002 209

CHAPITRE 3

Tableau 3.1a Indicateurs synthétiques démographiques sur les professions de santé au 1er janvier 2002 214
Tableau 3.1b Indicateurs synthétiques d'activité sur les professions de santé au 1er janvier 2002 215
Tableau 3.2 Principaux résultats de la projection « à comportements constants » de la démographie médicale effectuée en 2002 217
Tableau 3.3 Médecins par spécialité au 1er janvier 2002 et évolution depuis 1990 219
Tableau 3.4 Répartition des établissements de santé selon leur statut 231
Tableau 3.5 Évolution du nombre d'établissements ou d'entités juridiques en 1992 et 2001 selon le secteur d'hospitalisation et la discipline médicale 233
Tableau 3.6 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet entre 1992 et 2001 234
Tableau 3.7 Évolution du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel et de chirurgie ambulatoire entre 1994 et 2001 237
Tableau 3.8 Effectifs médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2001 241
Tableau 3.9 Estimation des effectifs des médecins exerçant en établissements en 2001 selon la spécialité médicale 242
Tableau 3.10 Sages-femmes et personnels non médicaux - Effectifs en équivalent temps plein (ETP) 244
Tableau 3.11 Évolution des effectifs non médicaux en équivalent temps plein (ETP) des services de soins entre 1998 et 2001 245
Tableau 3.12 Comparaison de l'évolution du nombre de séjours entre temps complet et temps partiel 255
Tableau 3.13 Les 13 groupes homogènes de malades (GHM) regroupant le quart des séjours les plus fréquents en MCO 260
Tableau 3.14 Les GHM les plus fréquents 264
Tableau 3.15 Modalité de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie : évolution 1991-2000 274
Tableau 3.16 Nombre d'appareils de radiothérapie par établissement en 2001 278
Tableau 3.17 Répartition du nombre de patients et de traitements de dialyse selon le mode de prise en charge en 2001 285
Tableau 3.18 Répartition des structures de dialyse et des générateurs par secteur hospitalier 285
Tableau 3.19 Répartition du nombre de patients et de traitements en dialyse selon le mode de prise en charge en 2001 288
Tableau 3.20 Principales données disponibles en 2001 concernant les plateaux techniques de chirurgie 305
Tableau 3.21 Principales données sur les unités de réanimation déclarées en 2001 312
Tableau 3.22 L'activité des maternités par secteur 315
Tableau 3.23 Comparaison des maternités autorisées et installées par niveau 318
Tableau 3.24 Taux d'occupation des différents types d'établissements pour enfants handicapés 327
Tableau 3.25 Quatorze ans d'évolution des établissements et services d'éducation spéciale pour enfants handicapés .. 328
Tableau 3.26 Quatorze ans d'évolution des établissements et services d'éducation spéciale pour adultes handicapés .. 329
Tableau 3.27 Taux d'occupation des différents types d'établissements pour adultes handicapés 329

GRAPHIQUES

CHAPITRE 1

Graphique 1.1 Espérance de vie à la naissance dans l'Union européenne en 2001 (hommes-femmes) 12
Graphique 1.2 Mortalité prématurée dans l'Union européenne (hommes-femmes) 17
Graphique 1.3 Mortalité prématurée par tumeurs malignes dans l'Union européenne (hommes - femmes) 18
Graphique 1.4 Mortalité prématurée par causes externes de traumatismes et d'empoisonnements dans l'Union européenne (hommes - femmes) 19
Graphique 1.5 Estimation de l'état de santé en 2000 – Note moyenne sur une échelle de 0 à 10 24
Graphique 1.6 Morbidité déclarée par sexe et âge 26
Graphique 1.7 Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO des établissements hospitaliers publics et privés -Toutes causes selon le sexe et l'âge des patients 29
Graphique 1.8 Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée MCO selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2001 34
Graphique 1.9 Recours au généraliste et au spécialiste selon le sexe et l'âge en 2001 36

CHAPITRE 2

Graphique 2.1 Évolution de l'obésité de 1991 à 2000 82
Graphique 2.2 Proportion de femmes ayant déjà eu une interruption volontaire de grossesse en fonction de l'âge 87
Graphique 2.3 Fréquence de la consommation d'alcool en population générale adulte en 2000 par âge et type d'usage 93
Graphique 2.4 Ventes de cigarettes depuis 1990 95
Graphique 2.5 Évolution de la consommation de tabac en population générale adulte 97
Graphique 2.6 Consommation actuelle de tabac 99
Graphique 2.7 Pourcentage de personnes victimes dans l'année d'au moins un accident de la vie courante 113
Graphique 2.8 Mortalités infantile, néo-natale et périnatale 126
Graphique 2.9 Estimation de l'état dentaire 131
Graphique 2.10 État dentaire estimé par l'absence de dents 132
Graphique 2.11 Répartition des cancers selon l'âge médian d'incidence et la fréquence en 2000 145
Graphique 2.12 Durée de survie et taux de létalité par localisation de cancer 145
Graphique 2.13 Les inégalités socio-professionnelles devant le handicap pour les incapacités 171
Graphique 2.14 Les inégalités sociales devant le non-emploi des personnes handicapées pour raison de « santé » 172
Graphique 2.15 Taux de prévalence de la dépendance par âge (grilles Aggir et EHPA) 176
Graphique 2.16 Nombre de personnes dépendantes de 60 ans ou plus selon différents scénarii 179
Graphique 2.17 Types d'aide selon le groupe d'âge des personnes âgées 182

CHAPITRE 3

Graphique 3.1 Évolution et projections du nombre de médecins pour 100 000 habitants 217
Graphique 3.2 Évolution du quota et du nombre de diplômés en instituts de formation en soins infirmiers 223
Graphique 3.3 Évolution observée et projetée du nombre de kinésithérapeutes au 1er janvier 2002 selon l'hypothèse retenue sur les autorisations d'exercice au-delà de 2003 225
Graphique 3.4 Nombre moyen observé et projeté d'accouchements par sage-femme 226

Graphique 3.5 Répartition des lits d'hospitalisation complète entre les secteurs en 2001 236
Graphique 3.6 Répartition des places d'hospitalisation partielle entre les secteurs en 2001 238
Graphique 3.7 Évolution annuelle des effectifs infirmiers (en ETP) entre 1998 et 2001 selon le secteur d'hospitalisation 246
Graphique 3.8 Évolution du nombre de journées dans les grandes disciplines (base 100 en 1998) Total journées en hospitalisation complète 252
Graphique 3.9 Évolution du nombre de séjours en hospitalisation complète en court séjour MCO (base 100 en 1998) 252
Graphique 3.10 Évolution du nombre de séjours en hospitalisation partielle (base 100 en 1998) 254
Graphique 3.11 Répartition des séjours en hospitalisation complète par secteur d'hospitalisation et par discipline 256
Graphique 3.12 Répartition des séjours en hospitalisation partielle par secteur d'hospitalisation et par discipline 258
Graphique 3.13 Répartition des séjours de moins de 24 heures par catégorie majeure de diagnostic en 2001 263
Graphique 3.14 Nombre de séjours et part de la chirurgie ambulatoire pour neuf gestes marqueurs en 2001 265
Graphique 3.15 Part de l'hospitalisation partielle pour neuf gestes marqueurs en 2001 268
Graphique 3.16 Évolution du nombre d'endoscopies par secteur (base 100 en 1998) 269
Graphique 3.17 Évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge en psychiatrie sectorisée (en nombre de patients) 273
Graphique 3.18 La chimiothérapie selon les catégories d'établissements 275
Graphique 3.19 Nombre de passages-machine par appareil de radiothérapie en 2001 281
Graphique 3.20 Répartition des séances d'hémodialyse selon les différentes modalités de traitement et selon les secteurs d'hospitalisation en 2001 287
Graphique 3.21 Évolution du nombre de passages aux urgences de 1996 à 2001 (base 100 en 1999) 293
Graphique 3.22 Répartition du nombre de passages aux urgences selon le type d'autorisation et le secteur en 2001 .. 293
Graphique 3.23 Taille des services d'urgence exprimée en milliers de passages en 2001 294
Graphique 3.24 Répartition des services d'urgence selon leur taux d'hospitalisation et leur statut 294
Graphique 3.25 Nombre annuel de passages aux urgences en 2001 par box selon l'autorisation et la taille du service 297
Graphique 3.26 Nombre annuel de passages aux urgences en 2001 par ETP médical et infirmier selon la taille du service 298
Graphique 3.27 Nombre moyen d'interventions par salle d'intervention chirurgicale 305
Graphique 3.28 Taux d'utilisation des salles d'opération et nombre d'anesthésistes par salle selon les catégories d'établissements 307
Graphique 3.29 Densité du personnel infirmier par salle et par intervention selon les statuts 309
Graphique 3.30 Comparaison de la répartition des maternités par niveau d'activité entre 2000 et 2001 316
Graphique 3.31 Comparaison de la prise en charge des naissances multiples entre 1996 et 2001 selon le niveau des établissements 320
Graphique 3.32 Évolution du nombre de places installées des établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés de 1963 à 2002 en France métropolitaine 327

CARTES

CHAPITRE 1

Cartes 1.1 Espérance de vie à la naissance (hommes, femmes) en 2000 21

index alphabétique

A

Accidents 15-18,22, 108-114
Accidents de la circulation 15, 75, 109, 110-112
Accidents du travail 74-76, 91, 110, 203
Accidents de la vie courante 15, 110, 112-113
Accouchements 35
Adultes handicapés *(voir personnes handicapées)*
Affections de longue durée (ALD) 30-31, 35-36, 164
Aide à domicile (aides techniques et humaines) 137, 139, 178-179, 181-188, 324
Aide sociale aux personnes âgées 181-192
Aide sociale aux personnes handicapées 202-204
Aide sociale (conseils généraux) 191-192, 202-204
Alcoolisme 15-18, 28, 34, 40-42, 83-94, 127-128, 147
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) 191
Allocation d'adulte handicapé (AAH) 91, 199, 202
Allocation d'éducation spéciale (AES) 193-194
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) 174, 188-192
Alzheimer (maladie d') 152-153
Anesthésistes 308-310
Antidépresseurs 104-105, 109, 115
Anxiolytiques 105-107, 115
Arthrose .....
Assurance maladie .....
Asthme 22, 28, 34, 40-42, 68-71, 72
Atelier protégé 207

B

BCG 62-63

C

Cancers 16, 28, 34, 40-42, 77, 83-84, 89, 94, 140-148, 277-282
Cannabis 101-102
Carie 129-130
Carte d'invalidité 193-194, 202
Cataracte 135, 261, 264, 265-266
Causes de décès *(voir aussi mortalité)* 71, 72, 80, 89, 94, 109, 111-112, 114, 146, 148, 154, 158
Centre d'aide par le travail (CAT) 207, 208, 328-329
Chimiothérapie 261, 275-276
Chirurgie 236, 237, 243, 258, 261, 262, 267-269
Cirrhose 16-18, 28, 34, 40-42, 89, 161

Chutes 109, 139
Coefficient d'occupation *(voir hospitalisation)*
Commission départementale d'éducation spéciale (CDES) 193-198
Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) 199-202, 206, 208
Comportements alimentaires *(voir nutrition)*
Comportements sexuels 84-89
Contraception 85, 86-87
Coqueluche 61-62
Couverture universelle maladie (CMU) 48-49, 53-55, 90

D

Décès (causes médicales et accidentelles) *(voir mortalité)*
Déficiences 109-110, 156, 167-173
Démence 134, 152-153, 168, 169-170
Démographie (données) 11, 174-179
Démographie médicale 216-223
Dentistes 130-131
Dépendance (des personnes âgées) 121, 134, 166-192
Dépression 150, 153-154, 155
Diabète 79, 135, 163-166
Dialyse 282-289
Diphtérie 61-62
Disparités géographiques 80-82, 88, 91-92, 129, 155, 159, 165
Dopage 107-108
Drogues 101-108, 159, 161-162

E

Emploi des personnes handicapées 204-207
Empoisonnement 15, 28, 34, 40-42
Enfants et jeunes ..... 22-32, 40-42, 50, 60-64, 68, 70, 80-81, 92-94, 96-98, 101-102, 106-107, 109-110, 122-124, 130, 134, 149-151, 154, 289 -291, 299-300, 301, 325-332
Enfants handicapés (établissements et services, scolarisation) 193-199, 325-328
Espérance de vie 11-14, 20-22, 44, 166, 173-174
Établissements de santé 227-322
Établissements et services d'éducation spéciale 325-327, 331
Établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) 121, 179-180, 189, 323-324
Établissements médico-éducatifs (EME) 196-197, 198
Établissements médico-sociaux 198-199, 208-210, 325-332

F

Fécondité 86-87, 125
Femmes 93-94, 96, 106, 110, 115-116, 118-120, 139, 140, 147, 156, 179-180
Foyer d'accueil médicalisé 208-210, 328-329
Foyer occupationnel 208-210, 328
Foyer d'hébergement 208-210, 328

G

Généralistes 90-92, 106, 218-219, 321
Glaucome 135
Greffes .....
Grille AGGIR 174-175, 178
Grippe 65
Grossesse 87, 125-128, 260-261
Groupe homogène de malades 258, 264

H

Haemophilus influenzae 61-62
Handicap 110, 136, 167-173, 193-210
Hébergement pour personnes âgées 323-324
Hébergement pour personnes handicapées 325-332
Hépatites (B et C) 62, 65, 104, 160-163
Héroïne 102-104
Hôpital 90-92, 214, 220-221, 227-322
Hospitalisation à temps complet 27-32, 38, 229-237, 248, 253, 256-257
Hospitalisation à temps partiel 229-237, 239, 248, 253-254, 257, 262-276
Hypertension artérielle 79, 164
Hypnotiques 105-106, 115

I

Incapacité 76, 153, 169-170
Indicateur EHPA 174-175, 178
Inégalités de recours aux soins 42-55
Inégalités de santé 20-22, 42-55
Inégalités sociales 32-42, 55, 81, 88, 89-90, 98, 114, 128, 132, 168, 170-173
Infections nosocomiales 66-67, 310
Infirmiers 222-223, 244-245, 298-299, 308-310
Insuffisance rénale 163, 282-283
Internes 218
Interruption volontaire de grossesse (IVG) 87, 261, 264

J

Journée *(voir Hospitalisation)*

L

Légionellose 65-66
Logement-foyer 180, 323

M

Maison d'accueil spécialisée 209, 328-329
Maison de retraite 121, 180, 323
Maladies de l'appareil respiratoire 15, 24-26, 28, 32-34, 40-42, 68-69, 72, 94, 138
Maladies cardio-vasculaires 15, 28, 34, 40-42, 72, 79, 94,139, 148-149, 164 302, 314
Maladies chroniques 138, 140-166
Maladies infectieuses 27-28, 34, 40-42, 138
Maladies professionnelles 68, 76-79, 136
Maltraitance 117-124
Masseurs-kinésithérapeutes (effectif, formation) 223-224, 239
Maternités 127, 315-319
Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO) 29, 227-237, 258-261, 290-291, 301
Médecins (activité, effectifs, spécialité, revenu) 216-223, 239, 240-243, 297-298
Médicament 104-107, 154, 291
Méningite 61-62
Morbidité 22-27, 71, 111-113, 148-149, 156, 162
Mortalité générale 15-22, 140
Mortalité infantile (néonatale, périnatale) 22-23, 126
Mortalité par accidents 15, 18, 40-42
Mortalité prématurée 17-20, 146-147, 148

N

Naissances 125, 128-129, 318-319
Natalité (taux de) .....
Neuroleptiques 105-106
Numerus clausus 216-218
Nutrition 83-84, 139

O

Obésité 24, 28, 34, 40-42, 79-84, 165
Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 228
Objectif quantifié national (OQN) 228
Omnipraticiens *(voirgénéralistes)* .....
Oreillons *(voir Ror)* 50-51
Ostéoporose 139
Oto-rhino-laryngologistes (ORL) 220

P

Pathologies *(voir maladies)*
Pensions (invalidité, vieillesse) 123, 151
Périnatalité 125-128, 317-319
Personnel (des établissements de soins) 220-221, 222, 239-247
Personnes âgées 37-42, 109, 114, 120-122, 134-136, 138-139, 149, 152-153, 289-291, 300-301
Personnes handicapées (prestations, travail, hébergement) 199-210
Pharmaciens .....
Pilule 86-87
Plomb *(voir saturnisme)* .....
Poliomyélite 61, 65
Pollution 71-74
Préservatif 85, 86, 159-160
Prestation spécifique dépendance (PSD) 174, 191
Prévention 25-27, 59-79, 147-148, 149, 161-163, 165
Professions de santé (effectif, formation) 161, 173
Professions paramédicales (effectif, formation) 169, 173
Protection maternelle et infantile (PMI) 60, 63
Puéricultrices (voir PMI)
Psychiatrie (infanto-juvénile, générale) 149-152, 156, 238, 239, 256, 270-275, 301
Psychotropes (consommation) 104-107
Psychose alcoolique 89

R

Radiothérapie 277-282
Réanimation 66, 310-314
ROR (Rougeole, oreillons, rubéole) 63-64

S

Sages-femmes (effectifs, formation, hospitaliers, PMI) 224-226, 239
Santé bucco-dentaire 24, 129-133, 139
Santé mentale 30, 114-117
Santé perçue 22-32, 37-38, 40-42, 115, 131
Saturnisme 67-68
Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) 195, 198-199, 325, 331
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) 184, 323
Sida (Syndrome d'immunodéficience acquis) 19, 85, 104, 157-160
Soins de suite et de réadaptation 66, 289
Souffrance psychique 109, 114, 150
Spécialistes (médecins) 218-220, 242-243

Structure d'aide aux personnes âgées à domicile (Sapad) 182-184, 324
Suicides 15, 22, 116, 154-156
Surdose 104
Surmortalité 13-16, 21
Surpoids 24, 28, 34, 40-42, 79-84, 165
Syphillis 160

T

Tabagisme 94-101, 127
Tétanos 61-62, 65
Transfusion sanguine 161-162
Traumatismes ..... 33-34 , 40-41, 109, 114, 300
Travail protégé 207
Troubles auditifs 78-79, 136, 169
Troubles du comportement 116, 150, 152-153, 175-176
Troubles endocriniens 37, 40-42, 80
Troubles du langage 51, 137-138, 169, 180
Troubles mentaux 30, 34, 40-42, 105, 149-157, 169
Troubles visuels 24, 133, 163, 169
Tuberculose 62-63
Tumeurs (morbidité et mortalité) 15, 28, 34, 40-42

U

Unité de soins de longue durée (USLD) 180, 323-324
Urgences 292-302, 306, 320-321

V

Vaccination 59-65
Vieillesse *(voir personnes âgées)*
VHC *(voir hépatite)*
VIH *(voir Sida)*
Vieillissement 135, 138-139, 146, 169-170, 173-179
Violence *(voir maltraitance)*