

Les maladies chroniques

pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 [23], et caractérisée par :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- ◆ une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
- ◆ une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
- ◆ la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Importance du problème : fréquence, contribution des différentes pathologies

Juliette Bloch
Médecin
épidémiologiste,
directrice du
Département des
maladies chroniques
et des traumatismes,
Institut de veille
sanitaire

D'après l'OMS, une maladie chronique est une maladie nécessitant des soins à long terme, pendant une période d'au moins plusieurs mois. On distingue les maladies transmissibles par un agent, viral, bactérien ou autre (les maladies infectieuses), et les maladies non transmissibles. En pratique, la notion de maladies chroniques fait souvent référence aux maladies non transmissibles, telles que le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, etc. Les maladies infectieuses sont le plus souvent aiguës, bien que certaines telles que le sida ou certaines hépatites virales puissent devenir chroniques. Nous assimilerons ici les maladies chroniques aux maladies non transmissibles.

Dans les pays développés, les progrès de l'hygiène, de la nutrition, de l'antibiothérapie et de la vaccination ont relégué, depuis plusieurs décennies, les maladies infectieuses au second plan de la mortalité et de la morbidité. Les maladies infectieuses ne représentent plus que 2 % des décès en France. Les maladies chroniques sont devenues un véritable problème de société pour plusieurs raisons. Les progrès thérapeutiques ont permis l'allongement de la durée de vie des personnes atteintes de maladies autrefois toujours mortelles, augmentant ainsi la prévalence de ces pathologies, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes à un instant donné. L'allongement de l'espérance de vie, comme dans les autres pays développés, entraîne une augmentation du nombre de sujets âgés porteurs de maladies chroniques. La maladie d'Alzheimer, l'insuffisance rénale chronique terminale ou encore le cancer de la prostate sont des maladies que connaissent, à un bien moindre degré, les pays où l'espérance de vie est inférieure à 60 ans. Aussi, les maladies chroniques sont devenues un enjeu de société, de par leur importance dans la population, leur coût et du fait qu'un certain nombre d'entre elles peuvent être prévenues par un mode de vie sain (ne pas fumer, faire de l'exercice régu-

lièrement, avoir une consommation modérée d'alcool, une alimentation équilibrée) ou le contrôle de certains facteurs connus pour en être des déterminants (poids, pression artérielle, glycémie, cholestérol et triglycérides, pour citer les plus importants). Les maladies chroniques non transmissibles comptent pour 88 % des décès en France. On comptabilisait 107 307 décès « prématurés » en 2005, c'est-à-dire survenant avant 65 ans, toutes causes confondues. Un tiers de ces décès pourrait être « évité » en réduisant les comportements à risque : ces causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

Au-delà de la qualité de la prise en charge des maladies chroniques, la qualité de vie des patients est aussi devenue une préoccupation des pouvoirs publics avec l'inclusion dans la loi de santé publique de 2004 d'un Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Comment apprécier la fréquence des maladies chroniques ?

Apprécier la fréquence des maladies chroniques est moins immédiat qu'il n'y paraît : il n'existe pas de base de données regroupant les diagnostics de toutes les personnes atteintes de maladies chroniques. Aussi, pour en faire une estimation, on utilise différents « outils » ayant chacun leurs limites. Les différents régimes d'assurance maladie disposent du nombre de personnes qui sont inscrites en affection de longue durée (ALD) pour maladie chronique et coûteuse, donnant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette maladie (voir plus loin). Des enquêtes en population générale permettent, sur une base déclarative, d'estimer le nombre de personnes atteintes de certaines pathologies à un instant donné, mais sans grande pré-

cision sur les diagnostics et avec l'impossibilité de faire des analyses régionales. L'analyse des causes de décès enregistrées par le Centre d'épidémiologie sur les causes de décès de l'Inserm (Cepidc) apporte un éclairage sur le rôle respectif des différentes pathologies chroniques graves dans la mortalité et l'âge au décès des personnes atteintes, pour tout le territoire, avec la réserve que le diagnostic n'est pas toujours connu du médecin qui rédige le certificat de décès. Les registres de morbidité permettent, par l'enregistrement exhaustif de tous les nouveaux cas des événements considérés (cancer, infarctus, accident vasculaire cérébral) dans la zone géographique concernée (généralement un département), d'estimer l'incidence d'une pathologie avec beaucoup de précision, mais ces dispositifs ne couvrent qu'une partie du territoire.

L'espérance de vie sans incapacité et état de santé perçu

L'espérance de vie, c'est-à-dire le nombre d'années moyen qu'une personne peut espérer vivre, a atteint, pour un garçon né en 2009, 77,8 ans et pour une fille, 84 ans, soit un gain de trois années en dix ans pour les hommes et de deux ans pour les femmes. Cependant le souhait de la population est de vivre non seulement longtemps mais le plus longtemps possible en bonne santé et en toute autonomie. De cette question est né le concept d'espérance de vie en bonne santé (*health expectancy*) : ainsi, l'espérance de vie se décompose en espérance de vie sans maladie chronique et espérance de vie sans incapacité. L'analyse de la fréquence des pathologies prises une par une ne rend pas compte de l'état de santé global de la population et du cumul de pathologies pour un même individu. Les indices synthétiques de santé donnent une idée de la proportion de la population qui se déclare en bonne santé et/ou sans limitation fonctionnelle, et/ou sans pathologie chronique. À partir de 2012, certaines questions seront ainsi posées de la même manière dans des enquêtes réalisées dans tous les pays de la Communauté européenne afin de disposer d'indicateurs comparables de l'état de santé des populations, avec parmi elles les questions permettant d'élaborer les indicateurs synthétiques de santé et qui composent le mini-module européen¹. Ces questions ont déjà été posées dans l'enquête Handicap-Santé 2008 menée auprès de 28 500 personnes par l'Insee et la Drees. Les résultats ont montré qu'après 75 ans, 25 % des personnes interrogées se disent être en bonne ou très bonne santé et que le même pourcentage se dit fortement limité dans ses activités depuis au moins 6 mois, ce pourcentage étant de 10 % sur l'ensemble de la population. Tous âges confondus, 3,5 millions

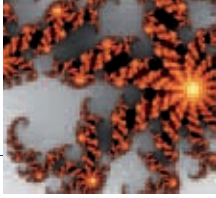
d'hommes et 5,5 millions de femmes vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles. Dans 80 % des cas, ces personnes, qui disent ne pas être en bonne santé, déclarent avoir au moins une pathologie chronique. L'analyse des indicateurs synthétiques de santé permet de mesurer quel est le poids des différentes maladies chroniques dans l'état de santé global perçu et les limitations d'activité. Ainsi, les pathologies telles que les lombalgies, le diabète ou la dépression sont celles qui entraînent le plus souvent un mauvais état de santé déclaré mais sans limitation d'activité. Les personnes qui cumulent un mauvais état de santé perçu, une pathologie chronique et des limitations dans la vie quotidienne sont plus souvent atteintes de maladies cardio-vasculaires ou respiratoires graves, d'un cancer ou de la maladie d'Alzheimer. À partir des questions du mini-module européen est calculée l'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans. Cette estimation est réalisée dans tous les pays européens chaque année. Âgée de 65 ans en 2007, une femme résidant en France pouvait espérer vivre 23 ans, dont près de 10 sans incapacité, contre 21 ans, dont 8,5 sans incapacité en 1995. Pour les hommes, ces chiffres étaient de 18,4 années, dont 9,4 sans incapacité en 2007, contre 16,2 années dont 7,6 sans incapacité.

Une personne sur sept est déclarée en affection de longue durée à l'assurance maladie

Au 31 décembre 2008, 8,3 millions de personnes inscrites au régime général de l'assurance maladie bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur pour une affection de longue durée, soit une personne sur sept. Le régime général couvrant 88 % de la population, on peut estimer à 9,4 millions le nombre total de personnes en ALD sur l'ensemble de la population. Les affections concernées par ce dispositif sont des affections chroniques dont le traitement entraîne des frais médicaux importants, et le reste à charge est trop lourd pour être supporté par le patient seul. En conséquence, les patients atteints de formes plus bénignes d'une maladie peuvent ne pas être comptabilisés dans ce décompte car le coût de leur traitement ne le justifie pas. D'autres ont pu décéder de leur pathologie avant même d'être inscrits en ALD (c'est le cas de certains cancers de mauvais pronostic). À ces réserves près, ces données restent très intéressantes car disponibles sur tout le territoire et permettant l'étude des variations dans le temps et dans l'espace. Pour certaines pathologies, elles sont les seules estimations de prévalence disponible. La population des personnes en ALD augmente régulièrement chaque année, ces dernières années étant marquées par une certaine stabilisation de la progression. L'augmentation annuelle était de 5,7 % par an de 1994 à 2004, puis 3,9 % entre 2005 et 2007, 3,5 % de 2007 à 2008. Dans cette dernière augmentation, 1 point est lié au vieillissement de la population. Un patient peut avoir plusieurs ALD, témoignant de la concomitance de plusieurs pathologies,

1. Indicateurs standardisés au niveau européen. Les libellés des trois questions de ce module sont les suivantes :

- Comment est votre état de santé général ?
- Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ?
- Êtes-vous limité depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que font les gens habituellement ?



Les maladies chroniques

en moyenne 1,22 par patient en 2008. Quatre grands groupes d'affections regroupent 75 % des ALD : les affections cardio-vasculaires (2,8 millions), les cancers (1,7 million), le diabète (1,6 million) et les affections psychiatriques de longue durée (950 000 personnes). Viennent ensuite les insuffisants respiratoires chroniques graves, au nombre de 300 000. Les soins des personnes en affection de longue durée représentaient en 2008 les deux tiers des dépenses totales du régime général de l'assurance maladie. Dans les paragraphes suivants, ces principales causes de morbidité de longue durée (et coûteuses) sont détaillées.

Les cancers, première cause de mortalité

Les maladies cardio-vasculaires ne sont plus depuis 2004 la première cause de décès en France, devancées par les cancers, ces derniers représentant un tiers des décès et 40 % des décès avant 65 ans (mortalité prématurée). Les hommes en meurent deux fois plus que les femmes, la première cause de décès de ces dernières restant les maladies cardio-vasculaires. Le nombre de décès par cancer a augmenté, mais le risque de décéder d'un cancer a diminué : cette affirmation, qui peut paraître contradictoire, signifie que l'augmentation des décès est expliquée par le vieillissement et l'augmentation démographique de la population. L'analyse des données de registres du cancer qui couvrent 20 % du territoire montre une augmentation très importante du nombre de nouveaux cas de cancers depuis vingt-cinq ans : en 1980, le nombre de nouveaux cas de cancers s'élevait à 170 000 ; il était de 320 000 nouveaux cas par an en 2005, soit une progression de 93 % chez l'homme et de 84 % chez la femme. Que signifient ces chiffres ? Une partie de l'augmentation est liée à l'accroissement démographique de la population (25 %), une autre au vieillissement de la population (20 %) et, enfin, le reste correspond à une réelle augmentation du risque. Toutefois, cette augmentation du risque n'est pas la même pour tous les cancers. Le cancer de la prostate est le plus fréquent de tous les cancers et est en très forte augmentation. Il représente près de 70 % de l'augmentation des nouveaux cas de cancers chez l'homme. Une des principales raisons de cette augmentation, outre le vieillissement de la population puisqu'il s'agit d'un cancer du sujet âgé, est la pratique très répandue du dosage de l'antigène prostatique sérique (PSA), qui entraîne le diagnostic de cancers asymptomatiques d'évolution très lente, qui seraient restés silencieux en l'absence de dépistage. En revanche, la mortalité liée à ce cancer est en baisse. Les cancers liés au tabac, comme le cancer du poumon et celui des voies aérodigestives supérieures, sont en augmentation régulière chez les femmes, de même que la mortalité associée, alors que ces deux indices sont à la baisse chez les hommes. De par son mauvais pronostic, le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer chez les hommes et la troisième chez les femmes ; une véritable épidémie féminine de

ce cancer est observée dans les pays développés du fait de l'augmentation du tabagisme des femmes dans les dernières décennies. L'incidence du cancer du sein a aussi beaucoup augmenté en 25 ans, de +2,4 % en moyenne par an soit 129 % entre 1980 et 2005, mais sa mortalité en revanche est en baisse. Ces courbes « divergentes » s'expliquent en partie par la pratique du dépistage, par les progrès thérapeutiques enregistrés et aussi par une augmentation de la prévalence dans la population générale des facteurs de risque que sont le surpoids et l'obésité, la maternité tardive et le faible taux d'allaitement maternel. Le troisième type de cancer, en termes de fréquence et de mortalité, est le cancer colo-rectal pour les deux sexes, avec près de 40 000 cas par an, pour lesquels incidence et mortalité sont en baisse.

Les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque : diabète, hypertension artérielle, obésité, tous accessibles à la prévention

Sous ce terme sont regroupées les maladies coronariennes, c'est-à-dire les maladies des vaisseaux du cœur (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et l'artériopathie chronique. Ces pathologies ont en commun des facteurs de risque accessibles à la prévention et/ou au traitement : il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, des dyslipémies, du tabagisme, de la sédentarité et du surpoids. En ce qui concerne les AVC, leur nombre reste assez constant (autour de 100 000 séjours d'hospitalisation pour AVC par an) et les progrès dans leur prise en charge ont permis une baisse de la mortalité, mais ils restent une source préoccupante d'invalidité : d'après les données du registre des AVC de Dijon, 42 % des personnes ayant eu un AVC ne pouvaient plus marcher sans assistance. Les AVC seraient la première cause de handicap fonctionnel et la deuxième cause de démence. En ce qui concerne les pathologies coronaires (notamment l'infarctus du myocarde), l'analyse des évolutions montre une baisse très importante de la mortalité, de -40 % entre 1990 et 2006. Les taux d'hospitalisation ont aussi baissé mais beaucoup moins, de l'ordre de -3,5 % entre 2000 et 2006, avec près de 320 000 séjours hospitaliers pour cardiopathie ischémique en 2006. Cela provient d'une amélioration de la prise en charge et de la prévention secondaire de la maladie coronarienne, alors même que la prévalence de certains de ses facteurs de risque est importante, voire en augmentation. Ainsi, si l'hypertension artérielle concerne 31 % de la population entre 18 et 75 ans, et semble en baisse depuis dix ans, en revanche, le surpoids et l'obésité sont en constante augmentation. En 2006, 49,3 % des adultes étaient en surpoids (indice de masse corporelle, IMC > 25), parmi lesquels 16,9 % étaient obèses (IMC > 30). Conséquence de cette augmentation, le diabète, dont un facteur de risque majeur est le surpoids et l'obésité, connaît une véritable épidémie : cette maladie concernait en 2006

5,5 % de la population (dont 1 % de personnes non diagnostiquées). La prévalence du diabète est 2 à 3 fois plus élevée chez les personnes en surpoids, et 5 à 6 fois plus élevée chez les obèses par rapport aux personnes de corpulence normale. L'augmentation du nombre de diabétiques a été de 5,7 % par an entre 2000 et 2005, une grande partie de cet accroissement étant due à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, l'autre partie au vieillissement de la population. En effet, la fréquence du diabète augmente avec l'âge : entre 75 et 79 ans, 18 % des hommes et 13 % des femmes sont traités pour un diabète. C'est la deuxième cause de mise en ALD après les cancers, et la facture pour l'assurance maladie s'élève à 12,5 milliards d'euros de soins et traitements, pour 2,7 millions de diabétiques traités. Le diabète est source de complications, elles-mêmes source de handicaps : annuellement, plus de 9000 patients diabétiques sont amputés, plus de 12000 sont hospitalisés pour infarctus du myocarde, près de 3000 deviennent des insuffisants rénaux nécessitant une dialyse ou une greffe, soit 37 % des nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale, et près de 4 % des personnes ont perdu la vue d'un œil à cause de leur diabète.

Les maladies respiratoires chroniques : asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive

L'asthme est une maladie respiratoire chronique, évoluant par crises plus ou moins graves, qui peuvent être prévenues par un traitement bien conduit. L'estimation de la fréquence de l'asthme ne peut se faire aisément à partir des bases médico-administratives car dans la plupart des cas le traitement ne justifie pas une demande d'ALD et, d'autre part, les traitements ne sont pas suffisamment spécifiques pour permettre d'identifier à coup sûr leurs bénéficiaires comme asthmatiques. La prévalence de l'asthme peut être estimée par auto-questionnaire, dans des enquêtes en population générale. Ainsi, d'après les données des enquêtes du cycle triennal en milieu scolaire, recueillies en classe de troisième au cours de l'année scolaire 2003-2004 et en CM2 en 2004-2005, environ 9 % des enfants, en CM2 et en troisième, avaient un asthme actuel, c'est-à-dire avaient déjà eu des crises d'asthme et avaient eu des sifflements dans les douze derniers mois. Tous âges confondus, selon l'enquête Santé Protection sociale 2006, la prévalence de l'asthme actuel (ici entendu comme une personne ayant souffert d'asthme ou ayant pris des médicaments pour un asthme au cours des douze derniers mois) est estimée à 6,7 % contre 5,7 % en 1998, soit 6,25 millions de personnes. La prévalence est particulièrement élevée chez les plus de 65 ans : de 7,8 %. Le nombre de séjours hospitaliers pour crise d'asthme a baissé régulièrement de 1998 à 2005, témoignant vraisemblablement d'une meilleure prise en charge. La mortalité par asthme a aussi baissé entre 1990 et 2005.

Si l'asthme est accessible à une prévention essentiellement secondaire, c'est-à-dire à la prévention des com-

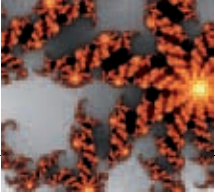
plications par une bonne prise en charge, en revanche, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), source de plus de 15000 décès par an d'adultes de plus de 45 ans, pourrait être presque entièrement prévenue par l'arrêt du tabagisme, à l'exception des cas liés à des expositions professionnelles. L'évolution de la mortalité liée à cette maladie, stabilisée chez les hommes depuis 1986 mais en augmentation régulière chez les femmes, témoigne s'il était besoin des liens étroits entre BPCO et tabagisme. La prévalence de cette affection n'est pas facile à estimer car son diagnostic nécessite la réalisation d'une mesure de la fonction respiratoire, difficile à pratiquer dans le cadre d'enquêtes en population générale. L'absence d'ALD ou de traitement spécifique ne permet pas non plus d'utiliser les bases médico-administratives. D'après différentes enquêtes, cette affection toucherait de 4 à 10 % de la population adulte, soit autour de 2 à 3 millions de personnes.

La santé mentale et les affections psychiatriques

Les problèmes de santé mentale recouvrent des affections aussi différentes quant à leur retentissement fonctionnel que la schizophrénie, les troubles bipolaires et les épisodes anxio-dépressifs. On ne dispose pas du nombre précis de patients psychotiques ou atteints de troubles bi-polaires. La constitution depuis 2007 d'une base nationale de données sur l'activité du secteur sanitaire psychiatrique, appelée RIM-PSY (pour recueil d'information médicalisée en psychiatrie), à l'image de la base PMSI, apportera des données dans les prochaines années. On connaît mieux la prévalence des épisodes dépressifs car il existe des questionnaires validés que l'on peut introduire dans les enquêtes déclaratives en population générale. Toutefois, les résultats diffèrent parfois beaucoup selon le questionnaire utilisé, voire selon l'ordre des questions d'un même questionnaire. Les chiffres les plus récents tirés du Baromètre santé 2005 et de l'enquête sur la dépression Anadep 2005, de l'Inpes, faisaient état d'un pourcentage de personnes de 15 à 75 ans ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois de 7,8 % pour la première étude et de 5 % pour la deuxième. Dans toutes les enquêtes, les femmes sont plus touchées que les hommes, jusqu'à deux fois plus. D'après l'étude Anadep, la fréquence est la plus grande chez les 45-54 ans. Les événements de vie tels que le chômage, l'invalidité, le célibat, le divorce et le veuvage sont parmi les facteurs de risque les mieux identifiés.

En termes de coût, les soins liés aux troubles mentaux occupent la troisième place des dépenses de santé en France comme dans d'autres pays développés et la première cause de mise en invalidité (21000 personnes, soit 28 % des mises en invalidité en 2006), les troubles dépressifs, émotionnels ou névrotiques étant les diagnostics les plus fréquents.

Un indicateur que l'on peut relier aux épisodes dépressifs et à leur prise en charge est le taux de



Les maladies chroniques

décès par suicide. Le dernier chiffre disponible est de 10 423 décès en 2006, soit 10,3 pour 100 000 habitants, situant la France parmi les pays au taux de suicide élevé. Ce taux, plus élevé chez les hommes que chez les femmes, augmentant avec l'âge, est en baisse constante depuis 1990, particulièrement chez les plus jeunes et les plus âgés.

L'insuffisance rénale chronique terminale

D'après les données du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN), mis en place par l'Agence de la biomédecine, couvrant, en 2008, 20 régions et 86 % de la population vivant en France, 31 436 personnes étaient en dialyse, 26 439 porteuses d'un greffon rénal. Environ 8 000 nouveaux patients avaient débuté la dialyse ou avaient été greffés cette année-là, à un âge médian de 70 ans pour la dialyse et 56 ans pour la greffe. Parmi ces nouveaux cas, les hommes représentaient 62 % des cas. L'insuffisance rénale était dans 23 % une complication du diabète et 22 % une complication d'une hypertension artérielle. Les analyses de tendance disponibles pour les cinq dernières années montrent que l'incidence semble s'être relativement stabilisée, du moins chez les moins de 75 ans. Il existe en effet des traitements qui permettent de retarder l'évolution de la maladie vers la phase nécessitant dialyse ou greffe. Toutefois, du fait du vieillissement de la population, le nombre absolu de patients s'accroît chaque année. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en phase terminale représente un coût considérable pour l'assurance maladie, estimé à 4 milliards d'euros en 2007, soit plus de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé, et devrait atteindre 5 milliards d'euros en 2025.

Les inégalités de santé : territoriales et sociales

L'analyse régionale des données concernant les maladies chroniques permet d'objectiver des régions où l'incidence ou la prévalence est plus élevée (ou moins élevée) par rapport à la moyenne nationale. Ces inégalités, parfois liées à des particularités génétiques rattachées aux origines géographiques, sont le plus souvent attribuables aux différences d'habitudes de vie, notamment l'alimentation, le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool, certaines pratiques alimentaires, et aussi, dans une moindre mesure, à certaines expositions professionnelles liées aux activités industrielles régionales. Les pathologies neuro-cardio-vasculaires, que ce soit l'hypertension artérielle, les AVC ou les pathologies coronariennes, sont particulièrement présentes dans le nord et l'ouest de la France ainsi que dans les départements d'outre-mer, tout comme leurs facteurs de risque, notamment le surpoids et l'obésité. Le diabète est moins fréquent en Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie (3,5 %), mais beaucoup plus dans le nord, l'est de la France et dans les DOM. La

géographie des cancers liés au tabac et à l'alcool suit des gradients Nord-Sud avec des incidences élevées dans le nord et l'est de la France, de même que la BPCO. Les taux d'incidence des suicides sont aussi plus élevés dans le nord-ouest de la France que dans le sud. De nombreuses pathologies et déterminants de santé sont liés aux facteurs sociaux-économiques que représentent le niveau d'études et l'activité professionnelle. Les écarts observés depuis longtemps en termes d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers semblent s'être creusés ces dernières années, du moins pour les hommes : à 35 ans, un homme cadre peut espérer vivre sept ans de plus qu'un ouvrier, cette différence étant de trois ans pour les femmes. Les inégalités se retrouvent à tous les niveaux, que ce soit au niveau de la prévalence des facteurs de risque tels que l'obésité, le tabagisme, que de la pratique des actes de prévention comme le dépistage des cancers. À l'augmentation du risque (habitudes de vie, environnement), responsable d'une incidence plus élevée, peuvent s'ajouter des inégalités de recours aux soins, diminuant la survie une fois la maladie déclarée. Les inégalités sociales en matière de cancer sont particulièrement marquées chez les hommes pour les localisations liées au tabagisme et à la consommation d'alcool que sont les cancers des voies aéro-digestives supérieures et le cancer du poumon.

Conclusion

L'augmentation du nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique est un peu l'envers de la médaille de l'allongement de l'espérance de vie observée dans les pays développés. Bien que l'espérance de vie sans incapacité augmente dans notre pays en parallèle de l'espérance de vie, la France reste en position défavorable au niveau de l'Europe en ce qui concerne la mortalité évitable, dont une grande partie est liée aux maladies chroniques que sont les cancers et les maladies neuro-cardio-vasculaires. Cela justifie que des efforts supplémentaires soient faits en matière de lutte contre le tabagisme, l'excès de consommation d'alcool, la sédentarité, le surpoids et l'obésité : la part des dépenses de santé consacrées à la prévention a été estimée pour l'année 2002 à 6,4 % de la dépense courante de santé. Au-delà de la prévention de la survenue des pathologies chroniques, la France comme tous les pays développés doit faire face au défi que représente le nombre de plus en plus important de personnes atteintes de maladies chroniques pour lesquelles une prise en charge globale et optimisée peut permettre d'éviter ou retarder la survenue de complications et la perte d'autonomie. Il est à craindre que la crise économique que traverse l'ensemble du monde développé creuse encore plus les inégalités sociales de santé, déjà importantes en France. 🌐